

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Fernanda Condé Teixeira

**A COMPLEMENTARIEDADE INVERTIDA DO SETOR FILANTRÓPICO DE
SAÚDE AO SUS: O CASO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ
DE FORA-MG**

Juiz de Fora
2019

Fernanda Condé Teixeira

A COMPLEMENTARIEDADE INVERTIDA DO SETOR FILANTRÓPICO DE
SAÚDE AO SUS: O CASO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA-MG

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Serviço
Social da Universidade Federal de
Juiz de Fora, como requisito parcial à
obtenção do grau de bacharel em
Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Joseane Barbosa de Lima

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Condé Teixeira, Fernanda .

A Complementariedade Invertida do Setor Filantrópico de Saúde ao SUS: O Caso da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG / Fernanda Condé Teixeira. -- 2019.

72 f.

Orientadora: Joseane Barbosa de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2019.

1. Complementariedade. 2. Filantropia. 3. Política Pública. 4. Santa Casa. 5. Saúde. I. Barbosa de Lima, Joseane , orient. II. Título.



FERNANDA CONDÉ TEIXEIRA

A COMPLEMENTARIEDADE INVERTIDA DO SETOR FILANTRÓPICO DE SAÚDE AO SUS: O CASO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA-MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Joseane Barbosa de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 28 de Novembro de 2019, por banca composta pelos seguintes membros:

Joseane Barbosa de Lima (assinar)
Profa Dra Joseane Barbosa de Lima – Orientador(a)

Marina Monteiro de Castro e Castro (assinar)
Profa Dra Marina Monteiro de Castro e Castro

Luciana Gonçalves Pereira de Paula (assinar)
Profa Dra Luciana Gonçalves Pereira de Paula

Nota: 90

Juiz de Fora
Novembro/2019

Dedico este trabalho aos meus pais, minha irmã e ao meu namorado. Meus maiores apoiadores e incentivadores, amo vocês de todo o coração.

AGRADECIMENTO

Gostaria de começar agradecendo a Deus, por ser minha força, amparo e proteção. Por me guiar ao longo desses quatro anos de graduação que me levaram a construção desse trabalho, sem ele nada disso seria possível. Agradeço aos meus pais Tadeu e Dileny, por me proporcionarem tantas oportunidades, buscando sempre o melhor para mim. Obrigada por me ensinarem tanto, por serem minha base, minha proteção e meu abrigo, sou imensamente grata por tudo que vocês fizeram e fazem por mim. Agradeço à minha irmã Fanny, minha outra metade. Tenho você como uma grande inspiração, desde pequenininha e até hoje. Obrigada pelo apoio, incentivo e amizade de sempre. Deus me deu um anjo como irmã, como sou grata por ter você. Agradeço ao meu namorado Leandro, você é meu porto seguro. Me apoia e me sustenta quando nem eu mesma acredito, me incentiva a buscar o que quero alcançar. Nos dias difíceis, de muita ansiedade e nervosismo, é meu abraço quentinho, meu carinho, tenta a todo custo me arrancar um sorriso, e consegue. Obrigada por cada dia de incansável apoio, amizade, companheirismo e amor.

Agradeço ainda a minha orientadora, Joseane. Obrigada por acreditar em meu trabalho, pela dedicação, empenho e conhecimento compartilhado. Trabalhar com você me proporcionou um crescimento enorme e sou muito grata por poder falar que construímos esse trabalho juntas. Obrigada por tudo.

Não poderia deixar de agradecer as minhas amigas e amigos, que fizeram com que a jornada fosse mais leve. Vocês são apoio, incentivo, risada e por que não choro compartilhado? Compartilhamos tantos momentos, nossa história não acaba com a conclusão do curso, eu sei que não.

Agradeço às minhas supervisoras em estágio, projetos, vocês me proporcionaram vivências incríveis possibilitaram reflexões, questionamentos e muito, muito crescimento. Agradeço também a todos os professores, obrigada por me ensinarem tanto.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a minha formação e na construção desse trabalho.

Obrigada!

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Relatório final da VIII CNS, Anais, 1987, p.382).

RESUMO

Este é um trabalho de conclusão de curso para bacharel no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. O trabalho tem o objetivo de discutir acerca da participação do setor filantrópico nos serviços da área da saúde, fazendo uma análise da particularidade da instituição Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

Como metodologia, utilizou-se de pesquisa bibliográfica, de levantamento e análise dos dados realizado através do DataSUS, portal público online que indica acerca dos serviços e pagamento do Sistema Único de Saúde.

Com isso, pôde-se fazer uma crítica à complementação que o setor privado filantrópico vem dando ao Sistema Único de Saúde, indicando que o que vem ocorrendo é o desmonte da política pública de saúde brasileira, com o crescimento do incentivo a participação de outros setores na desresponsabilização do Estado. Destaca-se, pois que o que prevê a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8080/90, a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

Palavras-chave: Complementariedade, Filantropia, Política Pública, Santa Casa e Saúde.

ABSTRACT

This is a course conclusion work for bachelor in the course of Social Work, Federal University of Juiz de Fora. The work aims to discuss about the participation of the nonprofit sector in the health services, making an analysis of the particularity of the institution Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

The methodology used is a bibliographic research, survey and data analysis conducted by DataSUS, online public portal that indicates about the services and pay the “Sistema Único de Saúde”.

Thus, it could be a critical to complement the private philanthropic sector is giving the “Sistema Único de Saúde”, indicating that what is happening is the dismantling of public policy on health in Brazil, with the growth of encouraging the participation of other sectors the irresponsibility of the state. It stands out because it provides what the Federal Constitution of 1988 and Law No. 8080/90, health as a right of all and duty of the State.

Keywords: Complementarity, philanthropy, public policy, Santa Casa, Cheers

Sumário

Introdução.....	8
1. CAPÍTULO 1 – FILANTROPIA E SAÚDE	11
1.1 Caracterização da filantropia no Brasil: aspectos sócio históricos	11
1.2 Aspectos sócio históricos da política de saúde no Brasil e sua relação com a filantropia	24
2. CAPÍTULO 2 - AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA NA RELAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a complementaridade invertida do setor filantrópico de saúde.....	29
2.1 Complementaridade Invertida do setor filantrópico de saúde ao SUS: Hospitais filantrópicos e tensionamento pelos recursos públicos da saúde	29
2.2 A particularidade das Santas Casas de Misericórdia na relação com o SUS	36
2.3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA: canalização de recursos públicos da saúde para o setor filantrópico.	43
3. Conclusão	58
4. Referencial bibliográfico	60
5. Anexo.....	64

Introdução

Este é um trabalho de conclusão de curso que busca abordar a temática da complementariedade do setor privado filantrópico ao serviço público de saúde. Como objetivo geral, analisar a mercantilização da saúde no contexto da complementariedade do setor filantrópico ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como objetivos específicos, tem-se: Resgatar a história da política pública de saúde no Brasil; Analisar a relação das instituições filantrópicas de saúde com os serviços públicos de saúde brasileiro a partir da década de 1990; Analisar a relação público privado na política de saúde brasileira; Discutir o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro e Analisar a complementariedade invertida na política de saúde brasileira. Assim, ao longo do desenvolvimento do trabalho, foi feito um recorte dentro do setor filantrópico no intuito de se fazer um estudo da particularidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

O interesse pelo estudo mencionado surgiu a partir da minha inserção no Estágio Supervisionado I na instituição Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, dando início também o meu primeiro contato com área da saúde no curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Assim, desde o meu primeiro dia de estágio, me despertou a curiosidade em estudar sobre relação público/privado e filantrópico na saúde, visto a realidade do caráter da instituição na qual estava me inserindo.

A proposta de estudo tem como ponto de partida o entendimento que área da saúde tem se constituído em um mercado lucrativo para o capital, e nesse processo diversas instituições tem disputado recursos públicos da saúde, seja no livre mercado, através do fortalecimento dos planos privados de saúde, ou por dentro do próprio SUS, por meio da complementariedade invertida, e o repasse da gestão para o setor denominado “público não-estatal” (CORREIA, 2007).

Para alcançar os objetivos definidos foi realizada uma pesquisa de cunho bibliográfico e documental. Foi feito o levantamento bibliográfico realizado a partir de plataformas online como o Google Acadêmico e Scielo. Selecionou-se por essas plataformas online materiais como: artigos, dissertações, livros, entre outros, que discutissem filantropia, política de saúde brasileira, a história das

Santas Casas e a política de saúde do município de Juiz de Fora. Com isso, tinha-se o objetivo de levantar fundamentação teórica e argumentativa para debater a complementariedade da política de saúde.

Também fundamental base para coleta de dados foi o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS - onde se buscou obter números de internações no município de Juiz de Fora, na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, os valores repassados pelo SUS ao município e os valores repassados exclusivamente para a Irmandade, utilizando o período dos últimos seis meses (abril - setembro de 2019)

O trabalho está dividido em três capítulos. Sendo assim, no primeiro capítulo, tem-se o intuito de fazer um resgate acerca da atuação da filantropia na sociedade, levantando os elementos sócio históricos e sua particularidade na área da saúde. No segundo capítulo, busca-se debater o processo histórico da construção da política pública de saúde brasileira, levantando os principais elementos que acarretaram e contribuíram para tal. Ainda é feita uma análise da fundação da Irmandade Santa Casa de Misericórdia e sua chegada ao Brasil, identificando sua atuação na saúde. No terceiro capítulo, é possível produzir crítica a complementariedade que o setor privado filantrópico vem tendo com relação ao Sistema Único de Saúde e como se dá essa realidade na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, fazendo análise de dados acerca do financiamento público a essa instituição.

Para a conclusão do trabalho, foram realizadas ponderações e críticas acerca do que foi levantado ao longo de todo esse trabalho, debatendo acerca da política de saúde brasileira e da complementariedade do setor privado filantrópico, em particular na Santa Casa de Juiz de Fora ao Sistema Único de Saúde.

Com isso, pretende-se trazer contribuições para o debate sobre a política pública de saúde brasileira, contribuindo para que haja maior bibliografia debatendo a temática. Além disso, percebe-se que a saúde é uma área que emprega grande parte dos Assistentes Sociais, demonstrando a relevância em se debater essa temática, visto que esse é e pode ser o campo de atuação de muitos Assistentes Sociais. Para além disso, busca-se com esse trabalho trazer um retorno para a população, de forma que ao estarmos em uma universidade pública, devemos dar um retorno para a população debatendo assuntos que são

pertinentes para a vida dessas pessoas, além do intuito de conscientizar as pessoas sobre o direito constitucional à saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado.

1. CAPÍTULO 1 – FILANTROPIA E SAÚDE

Esse primeiro capítulo tem o objetivo de fazer um resgate histórico sobre a filantropia, no intuito de caracterizar o que é a filantropia em seu surgimento e como ela vem se desdobrando e transformando ao longo dos anos. Assim, apresenta-se uma análise apontando principalmente a realidade brasileira no que diz respeito as ações envolvendo a filantropia até a contemporaneidade, fazendo ainda um debate das relações que envolvem a participação da filantropia na sociedade. Ainda nesse capítulo, será debatido acerca da atuação das entidades filantrópicas na área da saúde ao longo dos anos.

1.1 Caracterização da filantropia no Brasil: aspectos sócio históricos

Para compreendermos a particularidade da filantropia no Brasil, faz-se necessário realizar um resgate histórico acerca da origem da filantropia, de seu significado e de suas características que vêm sendo moldadas ao longo da história.

Segundo Escorsim (2008), o surgimento da filantropia, enquanto forma de expressar uma relação social, teve em sua origem o cenário da Grécia antiga. O entendimento de Aristóteles¹ e os Estóicos² sobre a filantropia, segundo Escorsim (2008), consiste na amizade entre os homens, compreendendo como algo natural. Enquanto Platão compreende a filantropia em três aspectos, sendo eles: saudação, ajuda e hospitalidade.

A prática da ajuda ao próximo teve sua origem com a sociedade civil e foi influenciada historicamente pela Igreja Católica que, segundo Escorsim (2008), reforçava os valores de amor ao próximo que dão origem à prática da caridade. Como ações da igreja, nesse período, pode-se dizer que consistiam em doações financeiras, oferta de alimento, prestação de cuidados, principalmente, às crianças e viúvas, considerados públicos mais necessitados de amparo.

¹ Aristóteles é considerado um grande filósofo grego do período clássico da Grécia antiga. Foi ainda fundador da escola peripatética e do Liceu, sendo aluno de Platão.

² Estudiosos da Grécia Antiga, que compartilham de princípios como a fidelidade ao conhecimento, negando sentimentos externos como a luxúria.

Nesse sentido, a assistência desprendida das ações prestadas pela Igreja ocorre apenas no período pós-república, período esse em que, segundo Escosrim (2008), há a separação entre o que é campo de atuação do Estado e o que cabe à Igreja.

Nesse quadro, durante o momento de vida nos feudos na Europa, a ideia de proteção partia inicialmente da responsabilidade da família. Entretanto, com a chegada do modo de produção capitalista se torna difícil manter a relação de ver o próximo e praticar atos que contribuam para o seu bem-estar.

Pois, enquanto sistema gerador de desigualdade como princípio fundante, o antagonismo de interesses entre trabalho e capital estabeleceu novas relações de produção na base infraestrutural societária como também na produção e reprodução da base política-ideológica, constituída pelo Estado, pelo direito e pelas formas de consciência social (ESCORSIM, 2008, p.1).

O Estado no modo de produção capitalista nega as necessidades das pessoas, ficando improvável a existência de um bem comum, assim, segundo Escorsim (2008), nesse contexto sobressai os interesses da classe burguesa aos interesses da classe trabalhadora, deixando evidente a situação de desigualdade social promovida pelo capitalismo. Nesse quadro, cabe citar ainda que:

A propriedade privada dos meios de produção e a mercantilização como substrato da sociedade capitalista, passaram a determinar o lugar social daqueles trabalhadores inseridos no processo produtivo dos quais se extrai a mais – valia, e daqueles cuja força de trabalho não interessava imediatamente ao capital e, portanto, cumpriam a função de exército industrial de reserva (ESCORSIM, 2008, p.1).

Como característica principal da filantropia nesse período de início de desenvolvimento do capitalismo, tem-se a ideia de cooperação. Assim, consiste na ideia de que os indivíduos devem contribuir, se dedicando ao desenvolvimento da sociedade. Nesse quadro, sob a influência da igreja, a população passa a assumir para si responsabilidades para com a sociedade.

Trazendo o debate para o âmbito nacional, a Assistência Social³ no Brasil esteve, na maior parte do tempo, vinculada à filantropia, prática de caridade que dependia do voluntariado para sobreviver. Assim, essa prática partia principalmente de instituições religiosas que:

Sob o prisma da herança moral cristã, dispensavam seus cuidados, oferecendo abrigos, roupas e alimentos, em especial às crianças

³ Aqui se faz relevante dizer que anterior aos anos de 1988 a assistência social não era tida enquanto um direito social.

abandonadas, aos velhos e doentes em geral. É mais do que reconhecido o papel de organizações como as Santas Casas de Misericórdia no país como também atividades desenvolvidas por várias ordens religiosas (ESCORSIM, 2008, p.3).

Nesse quadro, até o século XX o Brasil viveu as características trazidas conseqüentes de uma oligarquia latifundiária, com a concentração do poder e dinheiro nas mãos de poucos e marcada pelo conservadorismo. Assim, ocorre a abertura da economia brasileira à política liberal, com crescente industrialização e intensificação da urbanização.

No Brasil, pode-se dizer que a filantropia em seu surgimento está vinculada diretamente com a igreja católica, visto que essa trazia em seus princípios o discurso da necessidade de as pessoas praticarem a caridade e o amor ao próximo como pré-requisitos para se ter uma boa moral. Assim, via-se com bons olhos aqueles que se dedicavam ao próximo, doando seus bens e prestando apoio de alguma forma à população. Nesse quadro, as pessoas com alto poder aquisitivo deveriam doar seus bens e os pobres deveriam doar seu tempo e trabalho ao próximo, de forma a prestar “socorro” aos que se encontravam em maiores condições de necessidades.

As ações da filantropia nesse período tiveram relação com a assistência social a medida em que se tinha um Estado liberal, que buscava ser mínimo em suas ações para a população, transferindo sua responsabilidade para os indivíduos. Dessa forma, segundo Smiderle (2012), durante o período da Primeira República (1889 a 1930) identifica-se a filantropia voltada para a higienização, com suas ações realizadas por médicos, religiosos ou por meio jurídico, tendo sua atuação voltada para o atendimento a crianças, orfanatos, asilos e mendigos.

Sob o governo de Getúlio Vargas, tem-se a criação do Conselho Nacional de Serviço Social ⁴ e no ano de 1942 foi criada a Legião Brasileira de Assistência – LBA, que encontrava-se influenciada principalmente pelas primeiras damas, senhoras da alta classe que eram responsáveis por executar a assistência aos pobres. Com isso, a pobreza deixa de ser como nos anos de 1920 um “caso de polícia” e se torna questão moral. Dessa forma não se trata de combater as

⁴ Órgão estatal que era responsável por atribuir parecer para a concessão de recursos estatais para as entidades sem fins lucrativos.

desigualdades, mas de corrigir os “fora da ordem”⁵. Para isso, pode-se destacar que:

O modelo conservador trata o Estado como uma grande família, na qual as esposas de governantes, as primeiras damas, é que cuidam dos “coitados”. É o paradigma do não direito, da reiteração da subalternidade, assentado no modelo de Estado patrimonial (ESCORSIM, 2008, p.3).

Ainda segundo Smiderle (2012), no período Getulista (1930 a 1945) percebe-se a perspectiva da filantropia como algo disciplinador, em que deveria-se prezar pelas normas e enquadramento dos indivíduos a ordem. Nesse momento destaca-se que o prestador da assistência é o Estado juntamente com entidades religiosas de forma a controlar os indivíduos, notando que este buscava estar presente desde a população infantil a idosa, para que toda a população estivesse enquadrada às requisições da ordem capitalista vigente.

Ainda é importante salientar acerca dos Movimentos Sociais que teve papel significativo na organização da população para movimentação de reivindicação de direitos e melhores condições de vida. Com isso, pode-se dizer que os movimentos sociais tiveram papel fundamental para a conquista e consolidação de políticas voltadas para as demandas da população. Destaca-se pois, esse instrumento como forte meio de organização da classe trabalhadora e de suas lutas ao longo da história.

No período de Estado Democrático Populista (1946 a 1964), segundo Smiderle (2012), vivia-se a filantropia partilhada, de forma que nesse período tem-se a participação do Estado e das entidades filantrópicas além de algumas instituições que haviam sido criadas pelo Estado juntamente com o setor do empresariado.

Durante o período de Estado autoritário (1964 a 1988) o que se percebe é a presença da filantropia através do apadrinhamento, com as ações prestadas pelo Estado e por organizações sociais que atuavam na repressão da população de forma a tentar impedir a crítica e de se manter a população alienada sob o regime militar.

⁵ Como “fora da ordem” aqui se diz acerca daqueles que não estavam dentro das determinações que a ordem vigente determinava, assim, pode-se citar como fora da ordem aqueles que se encontravam desempregados, que reivindicavam melhores condições de vida, que militavam em movimentos sociais, entre outras características que não eram vistas com bons olhos, pois esses eram vistos como ameaças para aqueles que queriam “manter a ordem” e os bons costumes.

Após o período ditatorial, segundo Paim (2008), somente com a promulgação da Constituição de 1988, se tem por encerrado o processo de transição democrática e com isso torna-se possível analisar de fato a possibilidade de implantação de uma reforma no sentido de romper com o que se tinha durante o período autoritário.

Destaca-se que é nesse processo que se torna possível notar um rompimento com o caráter histórico da caridade e do clientelismo que envolvem a assistência social. Ressalta-se a conquista da Seguridade Social nesse contexto, em que se coloca a Assistência Social e a Saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

Cabe salientar ainda que a conquista desses direitos presentes na Constituição Federal não significou sua efetivação, assim boa parte da população não os tem assegurados. Tal fato ocorre diante do avanço dos ideários neoliberais ao longo dos anos de 1990, expresso no desmonte das políticas públicas, fragmentando e impossibilitando que a população acesse seus direitos. Nesse âmbito, a política de Assistência Social não é fortalecida conforme se era esperado, permanecendo vivo no ideário brasileiro a lógica do assistencialismo, clientelismo e caridade.

Essa lógica é fortalecida principalmente pelo crescimento do “Terceiro Setor”⁶. Esse teve seu nascimento nos ideários norte-americanos que vinham de uma política liberal em que se tem a valorização do discurso individualista. Aqui se faz ainda a crítica a transferência da responsabilidade que é do Estado para um outro setor, o “terceiro setor”. Com isso, percebe-se que tem a responsabilização dos indivíduos para com as obrigações do Estado (CALEGARE E JUNIOR 2009).

Assim, a respeito do primeiro, segundo e “terceiro setor”, segundo Moura e Fernandes (2009) o que se denomina como Primeiro Setor pode ser definido a partir das organizações públicas de interesse e finalidade pública. Já com relação ao Segundo Setor trata-se de organizações privadas que apresentam interesse e finalidade privada.

⁶ Por Terceiro Setor compreende-se, segundo Fernandes (1997), que é composto por organizações sem fins lucrativos que são criadas e mantidas por meio não governamental, ou seja, por meio de participação voluntária, advindas da caridade, filantropia.

De forma a se tornar mais claro, apresenta-se abaixo quadro 1 em que se exemplifica a dinâmica que envolve os três setores:

Tabela 1 – Setores e suas características

Setor	Origem	Finalidade
Estado	pública	pública
Mercado	privada	privada
Terceiro Setor	privada	pública

Moura e Fernandes (2009, p. 3)

No final do período dos anos 1970 até a chegada dos anos de 1980 é relevante referenciar o processo de crise do capital no cenário internacional, ainda sendo importante salientar acerca do período ditatorial vivenciado no Brasil a partir dos anos de 1964. Tal processo traz consigo o cenário de agravamento das expressões da questão social, mais expressivamente nos grandes centros urbanos, onde a pobreza se percebia de forma mais notória. Anos após, tem-se o contexto de decadência do regime autoritário, ocorrendo maior organização popular que dá origem a movimentos sociais que buscavam pautas de reivindicações voltadas para melhores condições de vida para a população. É nesse cenário apresentado que ocorre o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária, que será apresentado a seguir.

O Movimento da Reforma Sanitária trouxe relevantes impactos para a construção do Sistema Único de Saúde, assim para orientar o processo da construção do Movimento foram traçados alguns princípios, como pode-se citar:

Os princípios que orientaram este processo foram: um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação (FLEURY, 2009, p. 748).

Também estiveram presentes nas lutas do Movimento de Reforma Sanitária, organizações como: o *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (Cebes) - espaço plural e suprapartidário cuja missão histórica é a defesa da democracia, dos direitos sociais e da saúde, e a; *Associação Brasileira de Saúde Coletiva*

(Abrasco), que tem o objetivo de atuar como forma de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva. Além disso, houve grande participação dos movimentos sociais que tiveram um avanço devido ao processo de retomada da democracia, bem como, os partidos políticos de esquerda que se encontravam em crescimento nesse período.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 é considerada um marco para a história da saúde brasileira, sendo ela fundamental para que ocorresse todo esse processo da reforma do sistema de saúde que acarretou ainda a Constituição de 1988. Segundo Escorel (2012) a VIII CNS contou com grande participação da população assim como de movimentos sociais organizados. Foram discutidos nessa Conferência temáticas que são pertinentes até os dias de hoje e que fizeram parte do relatório final da Conferência. Sendo eles a busca por equidade no sistema de saúde, a garantia do acesso universal aos serviços de saúde e aumento do financiamento público ao setor de saúde. Assim, o relatório final da Conferência, em 1986, significou a consolidação da proposta desenvolvida pelo Movimento de Reforma Sanitária acrescida de mais algumas questões, podendo dizer assim que foi a sistematização da Reforma Sanitária enquanto conjunto de políticas.

Assim, nos anos de 1990 tem-se a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) que regulamenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por intuito dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei instituiu o Sistema Único de Saúde, sendo que esse se constitui por meio do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Traz ainda elementos fundamentais para direcionar as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), como a busca por universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade de assistência e a equidade. Cabe destacar que os significados desses princípios: **Universalização**: compreendendo que a saúde é um direito de toda a população, os serviços de saúde devem ser garantidos a todos, sem restrições; A **Equidade**: busca diminuir desigualdades, compreendendo que todos têm o direito, mas situações distintas; **Integralidade**: considera as pessoas como um

todo, buscando atender a todas as suas necessidades, com isso, visa a articulação da saúde com outras políticas públicas.

É a partir da Lei 8080/90 que passa a existir normas a serem seguidas pelas instituições do setor privado com e sem fins lucrativos de prestação de serviços na área da saúde. Assim é pertinente trazer que se encontra previsto nessa mesma lei em seu artigo 25 do Capítulo II, que na hipótese dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde não serem suficientes para garantir a cobertura das demandas da população, pode-se recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Entretanto, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deverão ter a preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90).

Na Constituição de 1988, mais especificamente na seção da saúde, no capítulo da seguridade social, define-se a complementaridade dos serviços privados, destacando-se a prioridade aos serviços filantrópicos pelo sistema público de saúde, privilegiando-se esses serviços aos do setor hospitalar privado lucrativo no atendimento à saúde pública (art. 199, §1º). Assim como, na Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080/90, em seu artigo número 25 é regulamentado o dever de se dar prioridade aos hospitais filantrópicos em relação aos demais do setor privado, para atuar na complementação ao setor estatal na prestação de serviços ao SUS.

No período do início dos anos de 1990, chega ao Brasil o projeto neoliberal que é expresso no que se denominou de "Contrarreforma do Estado". O referido projeto sustenta a crítica de que os serviços públicos ao serem norteados por princípios como o da universalidade, traz uma não dimensão de quanto seria o gasto público para atender esse princípio, compreendendo que o principal discurso é a contenção de gastos, as políticas sociais sofrem diretamente com a contrarreforma do Estado brasileiro (IAMAMOTO, 2008).

Com a implantação do neoliberalismo no Brasil, houve um crescimento expressivo do chamado terceiro setor no Brasil, com o apoio do Estado, evidenciado pelo crescimento significativo do número de Organizações Não Governamentais - ONGs. Assim, é possível afirmar que

A reatualização e reconfiguração das antigas práticas de caridade por parte de organizações do terceiro setor como também das organizações empresariais, sob novas denominações como: ações assistenciais, sociais, filantrópicas, de responsabilidade social, entre outras expressões, denotam a complexidade do tema enquanto novos

rearranjos dos padrões de sociabilidade e a urgente explicitação de suas determinações sociais e implicações no campo das políticas públicas, no interior do desenvolvimento capitalista brasileiro (ESCORSIM, 2008, p.5).

Nota-se, portanto, a trajetória histórica que a filantropia realiza na sociedade, acompanhando as transformações e as novas requisições que a ordem capitalista vem exigindo.

Nesse quadro, destaca-se o caráter da filantropia como algo moralizador e dever de todos, enquanto se tem a desresponsabilização do Estado, culpando as pessoas pelas suas condições. Logo, se a sociedade não está se desenvolvendo é devido ao fato de as pessoas não estarem sendo caridosas o suficiente, não estão tendo amor ao próximo. Assim, nega-se o real movimento do modo de produção capitalista que faz com haja a questão social⁷ e suas expressões perpassando a vida dos indivíduos, havendo portanto um fetichismo do capitalismo, como pode-se citar:

A questão social expressa a subversão do humano próprio da sociedade capitalista contemporânea, que se materializa na naturalização das desigualdades sociais e na submissão das necessidades humanas ao poder das coisas sociais – do capital dinheiro e de seu fetiche (IAMAMOTO, 2008, p.125).

Segundo Behring (2008), a contrarreforma do Estado tem impacto principalmente em três dimensões, sendo elas: privatizações, seguridade social e flexibilização das condições de trabalho.

O Plano Diretor do Aparelho da Reforma do Estado (PDRE) é a expressão formal das contrarreformas dos anos 1990. O PDRE foi redigido por Bresser Pereira, então Ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que defendeu que o Brasil teria sido atingido nos anos de 1990 por uma crise profunda agravada pela dívida externa e pela atuação do Estado no desenvolvimento por meio de políticas. Assim, ele considera necessário uma forte disciplina fiscal, a privatização e a liberação do mercado para que se consiga recuperar da crise. Nessa lógica, a função da "reforma" do Estado era a

⁷ Ao falar de questão social se utiliza da compreensão abordada por Iamamoto (2008), que discute a questão social como algo indissociável da lógica capitalista, visto que o modo de produção capitalista causa um conflito entre a produção e a distribuição, logo o capital concentra a riqueza fazendo com que haja a polarização da pobreza. Aqui se fala tanto da desigualdade social provocada pelo capital e da forma como o capital consegue atingir as questões objetivas e subjetivas da vida humana tanto do importante movimento de luta da classe trabalhadora como forma de resistência.

garantia das taxas de poupança e investimento e começar a distribuir a renda para movimentar a economia do país. Nesse quadro, as políticas voltadas para a saúde, assim como outras áreas, passam a ser responsabilidade de organizações públicas não estatais (BEHRING, 2008).

No processo de redefinição das funções do Estado, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado considera quatro setores pertencentes ao Estado, sendo eles: 1. Núcleo estratégico (Legislativo e Judiciário, Ministério Público e Poder Executivo), onde se define as leis e onde essas são cobradas; 2. Atividades exclusivas: setor de atividades que são realizadas exclusivamente pelo Estado; 3. Serviços não exclusivos: é o setor onde o Estado atua, entretanto, outras organizações públicas não estatais e privados também atuam; 4. Produção de bens e serviços para o mercado: corresponde à área de atuação de empresas estatais tanto do setor produtivo quanto do mercado financeiro (LIMA, 2018).

Nesse período ocorrem os sancionamentos de duas leis que irão concretizar o Plano Diretor, trata-se respectivamente da Lei 9637/98, mais conhecida como a Lei das Organizações Sociais (OS), e a Lei nº 9.790 que corresponde as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS).

Assim, a Lei 9637/98 aprovada em maio de 1998, mais conhecida como a Lei das Organizações Sociais (OS), dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Sendo ressaltado que o poder executivo tem poder para qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham suas atividades voltadas para o ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, atendendo ao que se encontra previstos nessa mesma lei.

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (LEI DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, 1998).

Também tinham o objetivo de cumprir com objetivos:

O objetivo formal da chamada “Lei das OSs” foi o de “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa

científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1o). Para dar consequência, institui o contrato de gestão (Art. 5o ao 10o), “observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade” (art. 7o), como instrumento a ser firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às OSs. E ainda (possivelmente o objetivo mais importante para o projeto político de governo da época), assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União (Art. 20), que atuem nas atividades previstas na Lei, por meio do Programa Nacional de Publicização (PNP), criado mediante decreto do Poder Executivo (REZENDE, 2008, p. 27).

Assim como as Organizações Sociais, a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP (Lei nº 9.790) também é outorgada pelo Poder Público, podendo ser denominada de associações ou fundações, tem o viés não estatal e deve ser sem fins lucrativos. Dessa forma, não poderão ser consideradas OSCIPs as entidades como partidos políticos, instituições religiosas e sindicatos. Ressalta-se ainda que as organizações sociais não podem ser consideradas como OSCIPs.

Já a Lei nº 9.790 dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e institui o Termo de Parceria. Assim, pode-se qualificar como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, três anos, de modo que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias preencha os requisitos instituídos nessa mesma lei.

É relevante destacar que essas organizações ao atuarem, exercem um papel de assumir a responsabilidade que segundo a lei é do Estado. Assim, o Estado se oculta de suas responsabilidades e transfere essa para outro setor. Com isso, o que se percebe é o intuito de abertura de possibilidades alternativas para agir na promoção a saúde para a minimização da atuação por parte do Estado.

Destaca-se ainda nesse contexto que a modalidade de gestão por meio de Organizações Sociais e OSCIPs contraria o artigo 199 da Constituição Federal que, como já apresentado, prevê a participação do setor filantrópico da saúde como complementar ao SUS, e não como substitutivo, como vem ocorrendo desde a institucionalização das referidas leis.

Desse modo, é possível apontar a ampliação e consolidação do setor filantrópico de saúde por dentro do SUS, com grandes impactos no financiamento da saúde pública, como será analisado mais adiante.

É importante destacar que, na contemporaneidade, considera-se por entidade filantrópica a instituição beneficente de assistência social, podendo também ser da área da educação e da saúde. Tal entidade deve, pois, não ter fins lucrativos e deve cumprir com a Resolução 32/99 do CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social). Segundo Portela et al (2000), essa resolução determina que ao adquirir o certificado de entidade filantrópica torna-se necessário que a instituição comprove o cumprimento, nos três anos anteriores à concessão ou renovação, de algumas exigências, sendo algumas delas:

- a) estar legalmente constituída no país e em funcionamento;
- b) possuir inscrição em um Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS) ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal (CASDF);
- c) possuir registro no CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social).

Para além disso, a instituição deve incluir no seu estatuto condições, sendo algumas delas:

- a) aplicar suas rendas integralmente no território nacional e na manutenção de seus objetivos institucionais;
- c) não distribuir resultados;
- f) não constituir patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social;
- h) aplicar anualmente em gratuidade pelo menos 20% da receita bruta advinda das vendas de serviços, das aplicações financeiras, locação de bens, doações, cujo montante não será inferior à isenção de contribuições sociais usufruída.

Nesse quadro ainda é relevante apresentar acerca da Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social – CEAS. Essa certificação é concedida pelo Ministério da Cidadania às organizações da assistência social com o intuito de servir como um instrumento que traz a possibilidade de a entidade beneficente usufruir da isenção das contribuições sociais, permitindo ainda que essas instituições sejam tidas como preferenciais em situações de

realização de contratos com o poder público (Secretaria Especial do Desenvolvimento Social).

Destaca-se ainda um dos privilégios das entidades filantrópicas, a isenção de tributos federais e contribuições sociais: contribuição social sobre o faturamento; contribuição social sobre o lucro líquido; cota patronal (ao receber o pagamento pelos serviços prestados, não tem desconto); imposto de renda sobre a pessoa jurídica; contribuição para os programas de integração social e de formação de patrimônio do servidor público (PORTELA, et al., 2000).

Para compreender os tramites que perpassam a oficialização de uma entidade como filantrópica, é relevante apresentar como se dá seu processo. Assim, de forma sucinta, inicia-se com a criação da identidade da entidade como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Após isso, a instituição realiza o pedido do registro e posteriormente, o certificado junto ao CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social). Concomitantemente, se faz necessário a obtenção de declaração de utilidade pública federal e estadual (ou municipal). Após esses processos pode-se então dar entrada ao pedido de isenção das contribuições sociais e dos tributos federais (PORTELA, et al., 2000).

Após a definição constitucional, a principal lei que regulamenta o setor filantrópico em todas as suas áreas é a de nº 8.742, de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas/93), que também institui o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), responsável pela concessão dos certificados de filantropia, estando a fiscalização a cargo dos conselhos estaduais e municipais de assistência social.

Compreende-se, portanto que o setor filantrópico vem historicamente sendo subsidiado por meio do Estado e que ao longo do tempo, foram se adequando e modificando mas não deixaram de ser visto como algo moral pela sociedade e algo benéfico para o Estado (PORTELA, et al., 2000).

No item a seguir serão abordadas as particularidades históricas da filantropia com a prestação de serviços de saúde, considerando a realidade brasileira.

1.2 Aspectos sócio históricos da política de saúde no Brasil e sua relação com a filantropia

No período anterior aos anos de 1920 o Estado ainda não assumia a saúde como sua responsabilidade, então as redes filantrópicas exerciam essa função. Nesse sentido, segundo Paim (2009), quem se responsabilizava pela assistência à população pobre era a caridade cristã, enquanto os militares ficavam sob os cuidados das famílias ricas.

O setor hospitalar filantrópico se desenvolveu ao longo do tempo e vem correspondendo a uma significativa parcela dos atendimentos do setor hospitalar brasileiro desde o período anterior aos anos de 1920 até os dias atuais.

Segundo Ribeiro e Dacal (2012), o modelo hospitalocêntrico foi um norte para a criação de sistemas de saúde nacionais, no período da década de 1950 até meados da década de 1970, modelo este centrado na assistência médico hospitalar, na estrutura hospitalar moderna que se tornou símbolo de prestígio profissional e ampla sofisticação tecnológica focalizado nas práticas hospitalares e curativas em detrimento das práticas preventivas extra-hospitalares. Importante destacar que da década de 1970 até os anos de 1980, este modelo hospitalocêntrico foi questionado quanto a sua sustentabilidade social (RODRIGUES, 2018, p.20).

Nesse quadro, destaca-se que inicialmente os hospitais filantrópicos tiveram suas atuações ocupando espaços pequenos, com poucos leitos e poucos profissionais. Essas instituições foram se expandindo ao longo dos séculos XVI e XVII, principalmente nos países historicamente de religião católica. Um dos maiores exemplos de hospital com origem filantrópica e católica é a Santa Casa de Misericórdia, nascida em Portugal (MARQUES 2011).

Durante o século XV em Portugal era comum encontrar casas de caridade que em sua origem tiveram o intuito de servir como hospital improvisado, lugar de isolamento para leprosos e asilo para pobres e para aqueles considerados inválidos, entre outras funções. Destaca-se que:

Em geral, as funções caritativas dessas instituições estavam voltadas aos membros das corporações que as mantinham, como as associações dos marítimos, sapateiros, ourives, etc., como expressando as distinções corporativas da sociedade de ordens agente da caridade que, por meio desta prática, estabelece uma relação mais harmoniosa com a divindade (ROCHA, 2005, p.11).

Portanto, torna-se possível dizer que não havia um sentido de agir com revolta para com a situação de pobreza e miséria que a população se encontrava. Assim, as ações eram como uma maquiagem para a realidade, de

forma que não modificava a sociedade, só atendia de forma paliativa a algumas demandas que estavam postas. A prática se dava como forma de exercitar a caridade, de praticar sua fé e se mostrar para a sociedade como uma boa pessoa (ROCHA 2005).

A irmandade Santa Casa de Misericórdia teve seu surgimento em Portugal, sendo criada em 15 de agosto de 1498, em Lisboa, pela rainha Leonor de Lencastre, esposa de Dom João II, dando origem ao que no início denominou-se "Confraria de Nossa Senhora de Misericórdia". O surgimento das Santas Casas ficou marcado pela retomada de sentimentos como a fraternidade e a solidariedade após o período de guerras. A Irmandade não iniciou com uma instituição física, consistia em ações que fossem ao encontro dos enfermos, podendo ser inclusive em suas próprias casas (ROCHA 2005).

Como primeiro compromisso traçado pela Irmandade, segundo Rocha (2005), pode-se dizer que era algo voltado mais para a orientação do interior da irmandade, como previa a:

existência de cem irmãos, sem distinção de classe, exigindo apenas boa fama e honestidade e ao próprio provedor só se pedia que fosse 'honrado, de autoridade, virtuoso, de boa fama e muito humilde e paciente (ROCHA, 2005, p.22).

Em seguida, com o surgimento de novos compromissos da Irmandade, nota-se que o compromisso com a igualdade entre as pessoas é deixado de lado e divide-se a população em grupos, sendo eles: os maiores e os menores, ou seja, ricos e pobres, sendo que apenas os maiores poderiam participar da diretoria da Irmandade (ROCHA, 2005).

Ao longo dos anos a irmandade cresceu, sendo fundadas dez filiais que se espalharam até Ásia, África, Europa e pelas Américas (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas – CMB, 2019).

No Brasil a irmandade chega no período final do século XIX e início do século XX. Segundo Silva (2011), o Brasil teve sua primeira instituição fundada pelo português que era líder do povoado de São Vicente. Por volta do ano de 1560, deu-se a criação da Confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga.

Após isso, deram-se ao surgimento de novos polos da instituição, como surgiram a da Bahia, de Tomé de Sousa; a do Espírito Santo e a do Rio de

Janeiro, de José de Anchieta, a de Olinda, de João Pais Barreto, a de São Paulo, e, em seguida, centenas de outras.

Desde o início com a colonização, segundo Rocha (2005) a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia foi uma das instituições mais privilegiadas pela sociedade colonial. Assim, fazer parte dessa instituição era considerado como uma conquista e elevação de seu status social. Nesse quadro, se faz possível dizer que a Irmandade encontrou seu melhor momento para crescer e se espalhar pelo Brasil no período de desenvolvimento econômico brasileiro.

Destaca-se ainda a presença da igreja católica que:

Teve uma participação fundamental no desenvolvimento dos hospitais com viés caritativo para manutenção da ideologia religiosa que foi consolidado a partir da criação das Santas Casas de Misericórdia e teve grande influência na trajetória histórica hospitalar brasileira (RODRIGUES, 2018, p.11).

As Santas Casas de Misericórdia brasileiras foram instituídas, segundo Silva (2011), conforme o modelo hospitalar de influência portuguesas e foram guiadas no início pelos jesuítas, visto o pequeno número de médicos que moravam no Brasil nesse período. As Santas Casas foram se espalhando, realizando atendimentos de forma leiga e possuindo poucos recursos em seu início para serem oferecidos a quem recorria a ela.

Dentre práticas assistenciais que a entidade prestava, pode-se destacar principalmente:

a arrecadação e distribuição de esmolas aos pobres, a assistência aos presos, a concessão de dotes às moças pobres, a assistência aos enjeitados, a prestação de serviços hospitalares, a assistência às moças órfãs e a organização dos funerais para os membros da Irmandade, os indigentes e os que solicitassem o serviço mediante pagamento (ROCHA, 2005, p. 36).

Cabe dizer ainda que, segundo Rodrigues (2018), estas irmandades reforçavam apelos de solidariedade, devendo cumprir catorze (14) obras da Misericórdia que consistiam basicamente no atendimento a crianças, idosos, auxílio a doentes e aos que eram considerados “loucos”, além de esmolas para as viúvas e pobres, entre outros.

Com relação ao financiamento da irmandade, aponta-se que:

Desde sua origem, até o início das relações com os governos (especialmente na década de 1960), as Santas Casas foram criadas e mantidas pelas doações das comunidades, vivendo períodos áureos, em que construíram seus patrimônios, sendo boa parte destes tombados como patrimônio histórico (CONFERDERAÇÃO DAS

SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSP. E ENTIDADES
FILANTRÓPICAS – CMB, 2019).

A partir dos anos de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, tem-se início o processo de regulamentação das relações trabalhistas e do sistema previdenciário. Com isso, o setor filantrópico da saúde dá início aos meios de contratos e convênios, através de alguns contratos entre o Estado e as entidades, firmando um contrato de prestação de serviços.

No período de 1966, com as mudanças na previdência e na saúde por meio do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS⁸ -, inicia-se a participação da filantropia dentro das políticas públicas (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas – CMB, 2019).

Após esse período, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado no ano de 1977, ainda no bojo do regime militar, esse órgão tinha como intuito a prestação de atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, assim, a assistência era prestada apenas para a população que contribuía com a previdência, não se estendendo a toda a população. Dessa forma, a assistência aos não contribuintes aconteciam em sua maioria através dos serviços oferecidos pelo setor filantrópico (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas – CMB, 2019).

A saúde também demandava se adequar às requisições capitalistas, acompanhando as mudanças que já estavam acontecendo no exterior. Nesse período a saúde pública, de característica campanhista, de responsabilidade do Estado, vivenciou um declínio, enquanto, a medicina previdenciária, que assegurava direito à saúde aos contribuintes da previdência social, se expandiu (BRAVO, 2006).

Segundo Teixeira (1986 apud Bravo 2000) consolidou-se nesse período o modelo de privilegiamento do produtor privado com características como: a extensão da cobertura previdenciária abrangendo quase toda a população

⁸ Esse órgão foi criado pelo Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966, como consequência da junção dos institutos de aposentadoria e pensões do setor privado — o dos marítimos (IAPM), o dos comerciários (IAPC), o dos bancários (IAPB), o dos industriários (IAPÍ), o dos empregados em transportes e cargas (IAPETEC) e o dos ferroviários e empregados em serviços públicos (IAPFESP) — e dos serviços integrados e comuns a todos esses institutos — dentre o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS).

urbana (após os anos de 1973 passou a abranger também os trabalhadores rurais, as domésticas e trabalhadores autônomos); a criação do complexo médico-industrial, que tinha papel fundamental nas elevadas taxas de acumulação de capital de grandes empresas monopolistas internacionais que eram responsáveis pela produção de remédios e de equipamentos médicos. Também é importante salientar a influência estatal na previdência, que passou a desenvolver um padrão de orientações para a prática médica que visava a lucratividade na saúde, com isso se tinha a capitalização da medicina, o que acabava por privilegiar o produtor privado dos serviços (BRAVO, 2006).

Paiva e Teixeira (2014) apontam que o governo dos militares priorizou a expansão do setor privado e filantrópico de saúde no país. Nessa direção, houve a ampliação da compra de serviços médicos privados pela previdência social, por meio da contratação de companhias privadas ou cooperativas/empresas para prestação de serviços de saúde aos seus funcionários, com incentivos fiscais às empresas.

Compreendendo que a saúde vem se constituindo enquanto espaço de disputa entre o interesse mercadológico e o de direito, considera-se relevante debater como o setor filantrópico e o setor privado vem atuando dentro do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, os impactos dessas relações com o setor privado e filantrópico para a saúde pública brasileira será analisada no próximo capítulo.

2. CAPÍTULO 2 - AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRIDA NA RELAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a complementaridade invertida do setor filantrópico de saúde

Ao longo desse segundo capítulo, será debatido sobre o processo de criação do Sistema Único de Saúde, analisando a participação do setor filantrópico na prestação dos serviços de saúde. Também será identificada a questão dos serviços hospitalares e a complementariedade do serviço privado e das instituições sem fins lucrativos nesse setor.

2.1 Complementaridade Invertida do setor filantrópico de saúde ao SUS: Hospitais filantrópicos e tensionamento pelos recursos públicos da saúde

A questão da privatização das políticas sociais fica evidente durante o processo da contrarreforma do Estado brasileiro, e a política de saúde foi uma das mais penalizadas durante esse processo. As conquistas sociais em termos de Seguridade Social, expressas na Constituição Federal de 1988, se encontram em desmonte, assim, a saúde enquanto dever do Estado e direito do cidadão não se efetiva integralmente (CARNEIRO, 2014).

Segundo Bravo (2000), nessa lógica, a saúde deixa de ser tratada como direito, e passa a haver um incentivo para seu acesso via mercado, como qualquer outra mercadoria. Nesse âmbito, tenta-se vender o discurso da ineficiência do público para que as pessoas paguem por algo que é “melhor”. Com isso, traz-se a responsabilidade para os sujeitos, em que eles que precisam se adequar. Percebe-se que a função do Estado passa a ser, portanto, voltado para a garantia do mínimo social, transformando as políticas sociais de caráter universal em políticas focalizada.

Nesse contexto, é relevante dizer que por caráter público, compreende-se a disponibilização e oferta de serviços de forma gratuita que é oferecida pelo Estado. Com relação ao caráter privado, entende-se a participação de instituições com fins lucrativos na oferta de serviços, sendo esses serviços pagos, indiretamente, pela população. Já com relação ao caráter filantrópico,

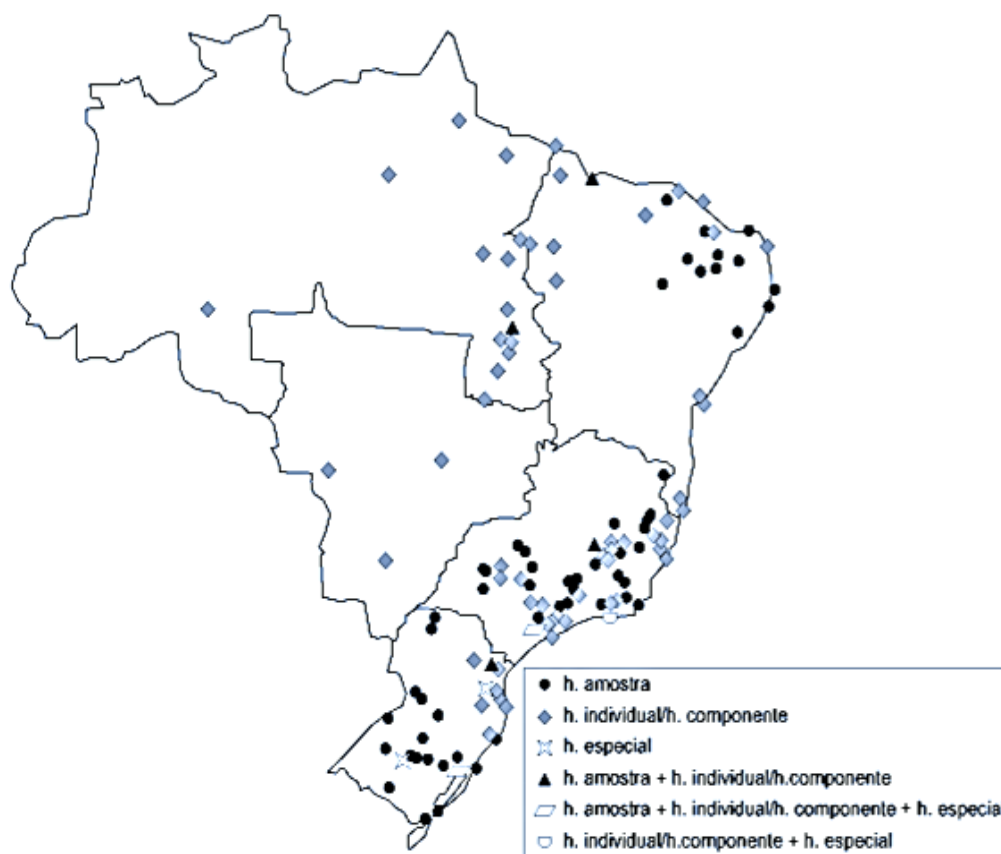
compreende-se que se caracteriza pela função privada que, teoricamente, “não tem lucro” nos serviços que são oferecidos.

A relação público-privado, pode-se dizer que funciona como favorável ao mercado na medida em que ele consegue lucrar, a partir do fundo público, por meio da oferta de bens e serviços públicos. Na área da saúde, entende-se, que a referida atuação transforma o direito à saúde em mercadoria, seja no livre mercado - a partir da venda direta de serviços -, seja por dentro do SUS - a partir das parcerias público, privadas – PPPs (CARNEIRO, 2014).

Segundo Silva, et al, (2017) o termo “complementariedade invertida” é utilizado para explicar o fato de que segundo a Lei nº 8080/90 o setor privado pode complementar a atuação do SUS, atendendo o que o SUS não consegue atingir, entretanto, o que se percebe na realidade é o inverso disso, muitas vezes, o setor privado/filantrópico tem assumido a centralidade a oferta de serviços de saúde em detrimento do SUS. Dessa forma, entende-se que os hospitais também perpassam o contexto da complementariedade do privado/filantrópico ao público.

Segundo Portela et al. (2000), com base em dados do primeiro trimestre de 1999 do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 1.740 (27,0%) das 6.440 unidades hospitalares cadastradas eram classificadas como de natureza jurídica filantrópica. Essa situação de expressiva participação do setor filantrópico atuando no setor da saúde vem se expandindo ao longo dos anos, sendo relevante identificar como os hospitais filantrópicos vêm se localizando no território brasileiro, como indica a figura abaixo:

Imagem 1– Distribuição dos Hospitais Filantrópicos no Brasil



Portela, et al. (2000)

Fazendo uma análise dos dados coletados e debatidos por Gerschman, et al., (2003), o setor filantrópico vem realizando 4,5 milhões de internações/ano, totalizando um percentual de 37,5% de internações do Sistema Único de Saúde pelo setor filantrópico. Segundo Gerschman, et al., (2003), a maioria dos hospitais filantrópicos são a única opção de atendimento de saúde de alguns municípios, não havendo outro tipo de hospital. A grande maioria também informa atender pessoas de outros municípios próximos (GERSCHMAN, ET AL, 2003).

Nesse sentido, os dados da pesquisa de Gerschman, et al. (2003), indicam a grande concentração dos hospitais nas áreas sul e sudeste do Brasil (conforme a figura 1), voltados para o interior de seus estados. Assim, percebe-se a forte presença do setor filantrópico em cidades de pequeno e médio porte, destacando ainda que estes costumam ser o único ponto de referência de atenção hospitalar daquele município e da região. Nessa lógica, o setor

filantrópico acaba assumindo o protagonismo na prestação de serviços de saúde públicos em determinadas regiões.

Um dos braços da contrarreforma do SUS é consolidada por meio da desresponsabilização do Estado na prestação dos serviços de saúde. A transferência dessa responsabilidade para um setor não estatal gera grandes impactos para consolidação da saúde como direito universal e para o fortalecimento do sistema, uma vez que ao tornar como referência da população para garantia de seu direito à saúde, uma instituição filantrópica, desvia-se a aplicação de recursos públicos da saúde, e amplia-se o desmonte da rede serviços públicos, a partir dos princípios preconizados pela Lei 8080/90. Além do mais, entende-se que a prestação de serviços pelo setor filantrópico retira a saúde da perspectiva do direito conquistado, levando-a para o aspecto da caridade.

Dados analisados por Gerschman, et al., (2003), também indicam que 765 hospitais (54,1%) relataram aumento dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde nos anos anteriores à pesquisa, enquanto 226 (15,9%) registraram a diminuição dos serviços e outros 298 (21,1%) hospitais indicam manutenção nos volumes de serviços prestados. Portanto, pode-se dizer que é possível identificar como o Estado vem ao longo dos anos transferindo a sua responsabilidade para o setor filantrópico, que já existia, mas que diante de períodos de avanço de ideários conservadores tem seu agravamento diante da contenção dos gastos com as políticas públicas, focalização das políticas e retirada de direitos. Dessa forma, o setor filantrópico tende a crescer, em contrapartida as ações do estado voltadas para as demandas da população tendem a diminuir.

O setor hospitalar filantrópico no Brasil é, segundo Portela et al., (2000), é atualmente responsável por aproximadamente 1/3 da rede de atenção hospitalar atendente no Brasil. Sendo um total de 1.917 unidades com aproximadamente 132 mil leitos, destacando que a maioria dessas instituições funcionam também prestando serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, pode-se citar que:

Essa enorme rede, espalhada por todo o território nacional, apresenta uma grande heterogeneidade nas suas estruturas gerenciais e tecnológicas, nos perfis e nas práticas assistenciais e, naturalmente, quanto à clientela. Ela cumpre desde funções básicas, desvinculadas de redes de serviços, particularmente no interior do país, até práticas médicas de última geração e elevado grau de complexidade, sobretudo

nos grandes centros urbanos, sendo alguns estabelecimentos referências tecnológicas e assistenciais para a saúde no Brasil (PORTELA et al., 2000, s.p).

Ainda é importante dizer que essa grande variedade da rede filantrópica de atenção hospitalar traz consigo elementos que exemplificam os momentos históricos que perpassam as políticas, em particular a área da saúde, de forma a deixar evidente a forma de gerir as políticas em cada governo, envolvendo o cenário nacional e internacional. Com isso, desenvolve-se ainda a relação presente entre o setor público, privado e filantrópico (Portela et al., 2000).

Para exemplificar e debater os setores prestadores de serviço e o número de atendimentos, traz-se como exemplo a tabela abaixo que apresenta o número de internação nos diferentes setores entre o período dos anos de 2004 a 2011.

Quadro 1 - Porcentagem de internações nos diferentes setores entre os anos 2004 a 2011

Ano	Natureza						
	Público	%	Privado sem fins lucrativos	%	Privado lucrativo	%	Total
2004	4.756.681	41,4	4.587.634	39,9	2.148.568	18,7	11.492.833
2005	4.891.805	42,8	4.543.128	39,8	1.994.200	17,4	11.429.133
2006	4.911.520	43,3	4.586.543	40,5	1.839.976	16,2	11.338.039

2007	5.016.133	44,3	4.562.563	40,3	1.751.400	15,5	11.330.096
2008	4.722.934	44,0	4.464.628	41,6	1.556.041	14,5	10.743.603
2009	5.111.240	45,9	4.535.426	40,8	1.482.143	13,3	11.128.809
2010	5.411.700	47,6	4.534.478	39,9	1.411.788	12,4	11.357.966
2011	4.998.564	45,0	4.978.433	44,8	1.140.637	10,2	11.117.634

Comissão de Seguridade Social e Família – Câmara dos Deputados (2012)

Ao analisarmos os dados apresentados na tabela acima, pode-se perceber que o setor público, ao longo dos anos, teve um pequeno aumento em seu número de internações realizadas, entretanto, esse período foi breve e o aumento pouco significativo, registrando queda nos anos seguintes. Já com relação ao setor privado sem fins lucrativos, faz-se a análise de que sua porcentagem de internações vem aumentando ao longo dos anos, registrando queda apenas em um dos anos do período aqui analisado e já demonstrando crescimento nos anos seguintes. E por último, com relação ao setor privado lucrativo, pode-se dizer que esse apresenta um ciclo constante no período de anos aqui analisados, demonstrando que um ano apresenta crescimento, no próximo queda e assim por conseguinte.

Desta forma, destaca-se que de forma geral o setor público vem apresentando um período de queda, o setor privado sem fins lucrativos vem apresentando crescimento na sua participação e o setor privado lucrativo vem

apresentado inconstancia. Entretanto, com relação ao setor filantrópico, pode-se dizer que esse vem apresentando uma defasagem em seus números. Segundo a Comissão de Seguridade Social e Família (2012) da Câmara federal dos Deputados -, os dados do ano de 2011 apontam a existência de um déficit de R\$ 5.1 bilhões no setor filantrópico. De um total de R\$ 14,7 bilhões de valor dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde, apenas R\$ 9,6 bilhões foram quitados corretamente. Em cima desses valores já estariam os decontos correspondente a cerca de R\$ 2,1 bilhões que essas entidades possuem em isenções.

Procurando fortalecer ainda mais as instituições filantrópicas de saúde, destaca-se que em outubro de 2013 foi instituída a Lei nº 12.873 que criou o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos – PROSUS, voltada para instituições que atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde.

O PROSUS tem como finalidade, conforme seu artigo 24:

Art. 24. O Prosus tem as seguintes finalidades:

- I - garantir o acesso e a qualidade de ações e serviços públicos de saúde oferecidos pelo SUS por entidades de saúde privadas filantrópicas e entidades de saúde sem fins lucrativos;
- II - viabilizar a manutenção da capacidade e qualidade de atendimento das entidades referidas no art. 23;
- III - promover a recuperação de créditos tributários e não tributários devidos à União; e
- IV - apoiar a recuperação econômica e financeira das entidades de saúde privadas filantrópicas e das entidades de saúde sem fins lucrativos (LEI Nº 12.873).

O que pode-se perceber nesse contexto é a atuação por parte do Estado na tentativa de amenizar a crítica situação financeira das entidades filantrópicas de saúde do Brasil. Com isso, disponibiliza-se recursos públicos para tal, além de atuar no intuito de refinar a dívida dessas instituições de modo que elas possam continuar funcionando, exercendo uma função de prestar serviço, que seria na verdade, função do Estado. Não se trata, portanto, de uma medida para o Sistema único de Saúde, mas de uma medida para as entidades filantrópicas.

Outra modalidade de privatização que ganha força diante de um discurso da ineficiência do Estado, são os contratos e convênios com a rede privada para prestar assistência ao âmbito público, tendo assim o seu papel diminuído. Pode-

se observar um processo de complementaridade invertida nessa relação, como se pode constatar na tabela abaixo:

Tabela 2 - Procedimentos Hospitalares do SUS (Média/ Alta Complexidade)

Período	Rede Pública	Rede Privada**
2008	40%	60%
2009	42%	58%
2010	43%	57%
2011	43%	57%
2012	43%	57%

Fonte primária: DATASUS, Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: mar. 2014.

Nota: *Porcentagem do total de recursos públicos destinados para os procedimentos hospitalares de média e alta complexidade.

**Contratado, contratado optante simples, filantrópico, filantrópico isento de tributos e contratos Sociais e Sindicatos.

CARNEIRO, 2014

Compreende-se que a questão financeira que perpassa a atuação do setor filantrópico e privado que presta serviços à saúde apresenta lacunas e questionamentos. Sendo assim, no próximo item, será enfatizado as particularidades das Santas Casas de Misericórdia do país na relação de complementaridade invertida com o SUS.

2.2 A particularidade das Santas Casas de Misericórdia na relação com o SUS

Compreendendo o processo histórico da chegada da Irmandade que deu origem às Santas Casas de Misericórdia no Brasil, ressalta-se que essa entidade vem desenvolvendo sua atuação na oferta de serviços de atenção à saúde há décadas. Sua atuação atualmente não se dá da mesma forma de sua origem, indicando que essa vem se modificando e adaptando as novas exigências do modo de produção capitalista.

Assim, o que de início se baseava na filantropia do cuidado ao próximo, marcado pela crença da prática da fé e dos bons costumes sem muita estrutura física se transformou em algo grande que se encontra espalhado por todo o Brasil, atuando em grandes espaços físicos e com seus valores um pouco modificados. Dessa forma, a entidade hoje é referência em várias regiões do

país na oferta de serviços de saúde e se declara hoje enquanto uma instituição que atua no âmbito do público, do privado e do filantrópico.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia se expandiu pelo Brasil e começou a atender as mais variadas regiões do país. Dessa forma, ao observar a distribuição geográfica das Santas Casas percebe-se sua relação com o processo de ocupação do território brasileiro.

As instituições Santas Casas do país totalizam o número de 278 unidades hospitalares, segundo o Cadastro das Instituições Filantrópicas da Área de Saúde do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF), como pode ser observado no anexo 1 desse trabalho.

Ressalva-se que esse número identificado de Santas Casas no Cadastro das Instituições Filantrópicas da Área de Saúde pode não corresponder ao número total real de Santas Casas no país, visto que se estima um número maior que este. Entretanto, nessa busca no Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF) foram identificadas apenas essas.

Ressalta-se que esse número identificado de Santas Casas no Cadastro das Instituições Filantrópicas da Área de Saúde pode não corresponder ao número total real de Santas Casas no país, visto que se estima um número maior que este. Entretanto, nessa busca no Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF) foram identificadas apenas essas.

Destaca-se, pois, seu alcance nas regiões Sul e Sudeste, onde nota-se grande concentração e posteriormente a região Norte, área com menor número de unidades. Portanto, pode-se compreender que como aqui já apresentado é uma característica da Santa Casa e do setor filantrópico na saúde estarem mais concentrados nessas áreas apresentadas e em cidades que não possuem outros hospitais. Com isso, ressalta-se o apelo à filantropia que em grandes números é a única opção para a população.

As Santas Casas de Misericórdia contam com o apoio do Sistema Único de Saúde no quesito financeiro no sentido em que o SUS repassa parte de seus recursos para as Santas Casas, visto que essas também atendem a população usuária do SUS via convênios com o Estado.

Os repasses vindos do Sistema Único de Saúde para as Santas Casas somavam em média no início dos anos 2000 cerca de 64% da receita das Santas Casas, assim, destaca-se que a participação do SUS se dava em mais da

metade do orçamento. Enquanto os valores advindos dos setores doadores somavam o número de 1,6 % nesse mesmo período do orçamento das entidades. Nesse quadro, destaca-se, portanto:

O financiamento dessas instituições se dá hoje, principalmente, por meio dos recursos do SUS, sabidamente exíguos, seguindo a lógica do pagamento por procedimentos efetuados. Ocorre, no entanto, que a maioria dos procedimentos do SUS é remunerada por valor inferior ao de custo (A SITUAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA – CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2005, p.11).

As Santas Casas vêm apresentando ao longo dos últimos anos um quadro de dívidas, entretanto, essas se encontram atualmente funcionando, como isso foi possível? A resposta ao referido questionamento pode ser encontrada nos números expressos pelos repasses públicos de dinheiro e perdão de dívidas milionárias.

No ano de 2002 a Câmara dos Deputados se reuniu no intuito de discutir a dívida que estava afetando as Santas Casas, em documento relatam que de R\$ 1,8 bilhões no ano de 2005 a dívida salta para o valor de R\$ 5,9 bilhões em 2009 então em 2012 superou o valor dos R\$11 bilhões. Destaca-se ainda em tal documento que as Santas Casas se encontravam com 44% desse valor sendo dívida dentro do mercado financeiro, ou seja, devendo a bancos que cobram juros bastante elevados, um dos fatores que faz com que a dívida cresça de forma rápida (Câmara dos Deputados - Comissão de Seguridade Social e Família, 2012).

Entretanto, dentro desse mesmo documento é apresentado acerca da possibilidade de solução para essa dívida. Compreendendo a significativa atuação da rede Santa Casa no país, o governo julga pertinente negociar essa dívida e não deixar com que mais instituições da Santa Casa de Misericórdia se fechem pelo país. De tal forma:

No último dia 30 de maio, na CSSF, foi aprovado o PL 2233, de 2007, de autoria do Deputado Cristiano Matheus nos termos do Substitutivo do deputado Antônio Brito, que prevê que o prazo de parcelamento da dívida junto ao INSS - ampliado dos atuais 240 para 360 meses - será válido para débitos consolidados até a data da publicação da lei, desde que requerido em até 180 dias a contar desta data. O texto original do projeto alcançava somente os débitos vencidos até 15 de agosto de 2007, quando foi regulamentada a Lei da Timemania (CÂMARA DOS DEPUTADOS - COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA, 2012, p.24).

Ainda nessa linha,

Outra resposta concreta, desta vez do Governo Federal, deu-se em solenidade realizada na Câmara dos Deputados, com a presença do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, ocasião em que foi assinado convênio o com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que se compromete a disponibilizar uma nova linha de crédito destinada à reestruturação financeira das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS - COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA, 2012, p.25).

Durante os anos de 1999 a 2000, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial das Santas Casas e com os demais hospitais de caráter filantrópico que tinham suas ações envolvidas no Sistema Único de Saúde. Com isso, tinha-se o intuito de fazer melhorias nos serviços prestados por essas entidades e contribuir para que essas continuassem a prestar seus serviços, já que é conveniente para o Estado.

O Ministério da Saúde atuou como gestor; o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), como instituição financiadora; a Caixa Econômica Federal (CEF), como agente do programa (A SITUAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA – CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2005, p.12).

Dessa forma, as entidades que fossem aprovadas poderiam utilizar seus recursos empregados em cinco diferentes itens, sendo eles:

- 1) Reestruturação do endividamento bancário;
- 2) Reestruturação de endividamento com fornecedores de bens e serviços;
- 3) Reestruturação de endividamento com empresas de serviços públicos;
- 4) Custo de elaboração e implantação de projeto de capacitação e reestruturação gerencial;
- 5) Custo relativo à otimização de instalações físicas e equipamentos, tendo um limite máximo de 20% do seu financiamento total.

Nesse sentido, destaca-se que ao longo de todo o documento construído pela Câmara dos Deputados é apontado como essas negociações são algo positivo para a política de saúde, sendo algumas vezes tratadas enquanto conquista. Assim, é dito sob a importância dessas instituições para o funcionamento do Sistema único de Saúde, o que se apresenta contraditório pois esses serviços eram para complementar apenas em casos em que o Sistema Único de Saúde não conseguisse atuar, entretanto, o que nos parece é que sem essas instituições o Sistema Único de Saúde não existe, apresentando uma complementariedade inversa do que se encontra previsto na lei de regulamentação do SUS e Constituição Federal de 1988.

Desse modo, segundo os dados do Ministério da Saúde de 2005, tiveram 8 entidades beneficiadas, entre elas: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (24 milhões), Santa Casa de Misericórdia de Jaú – SP (2,2 milhões), Santa Casa de Bariri – SP (552 mil e 286 reais), Santa Casa de Sobral – CE (1 milhão, oitocentos e quinze mil e quatrocentos e quarenta e um reais) e Santa Casa de Misericórdia da Bahia (5 milhões, setecentos e dezenove mil e 290 reais) (A situação das Santas Casas de Misericórdia – Câmara dos Deputados, 2005).

Os dados acima apresentam que mais da metade das entidades beneficiadas são instituições da Santa Casa de Misericórdia que se encontram espalhadas pelo país. Dados esses que indicam a crise vivenciada pela Instituição como um todo, não sendo ponto isolado, mas uma realidade que assombra toda a rede Santa Casa. Para além disso, percebe-se o forte apoio do Estado a essas instituições, já que essas se apresentam como uma forma de assumir a responsabilidade que a Constituição Federal prevê enquanto do Estado (A situação das Santas Casas de Misericórdia – Câmara dos Deputados, 2005).

Destaca-se pois que no início da última década já havia 30 Santas Casas no Brasil em situação de intervenção realizada por meio da instituição federal, estadual ou municipal (A situação das Santas Casas de Misericórdia – Câmara dos Deputados, 2005).

No ano de 2002 foi instituída a Portaria nº 878 o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre Hospitais Sem Fins Lucrativos e o Sistema Único de Saúde que diz acerca do incentivo a mais que os hospitais filantrópicos habilitados devem receber, com o discurso de otimizar os serviços que essas instituições fornecem em apoio ao Sistema Único de Saúde. Sendo assim, essa Portaria ainda indica que esses recursos deveriam partir do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC)⁹ (A situação das Santas Casas de Misericórdia – Câmara dos Deputados, 2005).

Para ser habilitado, o hospital deveria responder a alguns requisitos, como:

⁹ Esse fundo teve sua origem com o objetivo de financiar os atendimentos de alta complexidade em pessoas de referência interestadual. Após, foi agregada ainda as ações que eram fossem constatadas como estratégica, sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde.

- a) Possuir registro nos órgãos competentes federais, estaduais e municipais incumbidos do cadastro de instituições de assistência social beneficente, educacional ou de saúde.
- b) Certificado de Filantropia emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)
- c) Ter sido submetido à avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH, e obtido, no mínimo, 60% de aproveitamento.
- d) Informar, por meio da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH, em sua totalidade, as internações de pacientes não usuários do SUS.
- e) Apresentar percentual de devolução das cartas enviadas pelo Ministério da Saúde, (por erro no preenchimento na identificação do paciente), de no máximo 10%, a partir de remeças de março de 2002.
- f) Não ter denúncias de cobranças indevidas ou de mau atendimento a usuários do SUS (A SITUAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA – CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2005, p.16).

Ao longo dos anos 2000 a situação financeira das entidades filantrópicas de saúde continuou a se agravar e no ano de 2011 os números indicavam um déficit de R\$ 5.1 bilhões no setor filantrópico. A entidade alega que as dívidas contraídas têm como principal explicação o pagamento que o Sistema Único de Saúde repassa para essas entidades, não sendo o valor total do que foi gasto pelo procedimento e causando um suposto acúmulo do restante do valor enquanto dívida. Nesse processo, muitas instituições recorrem ao setor financeiro, como é o caso das Santas Casas. Assim,

as Santas Casas e hospitais filantrópicos do Brasil têm quase 44% do total de sua dívida acumulada junto ao setor financeiro, pagando juros muito elevados, que encarecem seus custos e aceleram o processo de descapitalização (COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA – CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012, p. 22).

Entretanto, ao fazer uma análise dos dados, percebe-se ainda uma contradição, visto que o setor filantrópico se encontra em dívida com o Estado ao mesmo tempo em que é credor do Estado.

Essa dívida fiscal expõe uma grande contradição, visto que o setor filantrópico, que deve quase R\$ 3 bilhões de reais ao Estado, acumulados em uma década, é ao mesmo tempo credor desse mesmo Estado, em montante que se aproxima dos R\$ 5 bilhões, apenas no ano de 2011, por serviços a ele prestados e não remunerados devidamente (COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA – CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012, p. 23).

Em novembro de 2004, foi criado um programa do governo, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria nº 1.702. Nesse período, algumas das Santas Casas já eram certificadas enquanto hospital de ensino, sendo elas: Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande,

Santa Casa de Misericórdia do Pará, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Acerca de tal programa, pode-se dizer que tinha seus objetivos voltados para as seguintes mudanças:

- Certificação – para ser reconhecido como de ensino, os hospitais devem cumprir 17 créditos, como realização de pesquisa, adesão à política nacional de humanização do SUS, regulação da gestão local e participação no sistema estadual de atenção às urgências, entre outras especificações. O título de hospital escola tem validade de dois anos.
- Contratualização – existe um fortalecimento da relação entre o gestor e o prestador de serviço, uma vez que as metas passam a ser formuladas em parceria.
- Financiamento – as unidades passam a receber de acordo com o cumprimento de metas firmadas com o gestor. Os hospitais têm um orçamento global misto, recebendo um montante fixo por mês destinado ao custeio de ações de média complexidade e um outro valor, baseado na produção de serviços, para custear ações de alta complexidade (A SITUAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA – CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2005, p.15).

Compreendendo que ser um hospital escola se torna conveniente na medida em que amplia o capital que é passado do Estado para os hospitais escolas, a instituição Santa Casa de Misericórdia percebe essa situação e toma a providência de que novos polos dessa rede se tornem um hospital escola, para que o seu financiamento seja maior. Assim, percebe-se que o interesse não consiste em simplesmente colaborar com aprendizado para a carreira acadêmica de estudantes de diversos cursos, mas há o interesse pelo que representa ser um hospital escola, ou seja, mais dinheiro (A situação das Santas Casas de Misericórdia – Câmara dos Deputados, 2005).

Segundo Sestelo (2018), a tese de que os procedimentos que as filantrópicas realizam pelo SUS estaria causando o endividamento da rede requer outras análises, uma vez que “o sistema público assegura uma clientela cativa para os hospitais e, conseqüentemente, garante movimento financeiro aos hospitais”.

É preciso considerar ainda, que diversas entidades da rede “Santa Casa de Misericórdia” têm feito má gestão dos recursos destinados à saúde, conforme denunciado pelo Ministério Público. Sobre isso, o que se pode apresentar são os crescentes casos de denúncias que vem surgindo acerca das Santas Casas pelo país, com casos de corrupção, e associações criminosas, além de más gestões. Tal realidade tem sido apresentada principalmente nos estados do RJ, SP, MS e ES, como vêm denunciando sites como O Globo:

Em Sorocaba, interior de São Paulo, o ex-provedor da instituição foi indiciado pela Polícia Civil no começo do mês por associação criminosa e corrupção passiva depois da descoberta de desvio de R\$ 6 milhões da instituição por meio de contratos fraudulentos. O hospital sofreu intervenção da prefeitura. Em Rio Grande, no Rio Grande do Sul, a prefeitura também fez intervenção, e uma auditoria encontrou despesas de viagens sem comprovação, funcionários fantasmas e indícios de superfaturamento de contratos.

A Santa Casa do Rio entrou em crise em 2014 após denúncias de fraudes em cemitérios administrados pela instituição. O provedor, DahasZarur (morto em novembro), foi afastado em meio a uma investigação do Ministério Público sobre desvio de verbas (O GLOBO, 2016).

Diante de um contexto em que se percebe a crescente dívida das Santas Casas e das entidades filantrópicas de saúde, o Estado empreende estratégias para que essas instituições continuem a atender à população. Para tanto, o Estado age para não ter que se responsabilizar em cobrir a prestação desses serviços caso essas entidades fechem. Nesse sentido, ressalta-se que até o ano de 2017, segundo a Rede Brasil Atual (2017), o número apenas de Santas Casas no país é de 2.100, sendo que desse total apenas 10% tem a sua situação financeira em equilíbrio.

Dessa forma, se essas entidades se fecham diante da crise financeira, o Estado passaria a responder pelos serviços que essas instituições prestam, algo que não é interessante para o Estado. Assim, surge o questionamento: como o Estado atuou para possivelmente contribuir na continuidade do funcionamento dessas instituições? Ateremos-nos ao debate dessa questão no próximo capítulo, mais especificamente a partir da realidade da Santa Casa de Misericórdia do município de Juiz de Fora/MG.

No próximo item será realizada uma análise acerca da política de saúde no município de Juiz de Fora - MG, fazendo um resgate da história do município e da política de saúde desse. Além disso, faz-se uma análise acerca da canalização dos recursos públicos para o setor filantrópico na especificidade da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

2.3 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA: canalização de recursos públicos da saúde para o setor filantrópico.

Para falarmos da particularidade da Santa Casa de misericórdia de Juiz de Fora, considera-se pertinente realizar antes uma contextualização acerca do

município, suas características políticas, econômicas e sociais que perpassam a realidade da política de saúde do município e que irão dizer ainda sobre a especificidade da Santa Casa em Juiz de Fora.

O município de Juiz de Fora teve início no século XVIII, em seu surgimento foi povoado de Santo Antônio do Paraibuna e se tornou município apenas no ano de 1850. Juiz de Fora teve seu crescimento às margens do Caminho Novo, caminho esse que foi criado durante o período da mineração aurífera no século XVIII, como meio de ligação entre o estado de Minas Gerais e o estado do Rio de Janeiro (Reis, 2009).

No final do século XIX, durante o período de intensificação da venda de café, nota-se o incentivo a construção de rodovias na intenção de dinamizar a venda interagindo as regiões. Nesse período ainda se tem a construção de uma hidrelétrica em Juiz de Fora, acarretando o crescimento das rodovias, um momento de desenvolvimento da economia local. Assim, os olhares foram atraídos para o município, tendo crescido os investimentos.

A energia elétrica e o transporte facilitado atraíram para Juiz de Fora investimentos em diferentes setores, como o da indústria têxtil. Neste período a cidade já se destacava na Zona da Mata Mineira como “dinâmico centro econômico, político, cultural e social”, segundo o relato de Oliveira (1994, p. 44). A chegada do telégrafo, da imprensa, dos bancos, dos bondes e o trabalho dos imigrantes italianos colaboram para que cidade se tornasse a mais importante de Minas Gerais (REIS, 2009, p. 43).

Atualmente a população de Juiz de Fora gira em torno de 516.247 mil habitantes, sendo que a maior parte concentra-se na área urbana, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa – IBGE/2010. O perfil da população vem acompanhando a tendência mundial de desacelerar as taxas de crescimento e evolução na área de idade adulta e idosa, sendo que o município conta com um dos maiores índices do país de população idosa.

No que se refere ao campo econômico, Juiz de Fora vem desacelerando desde o período dos anos de 1930, período de baixa no setor industrial. Nesse quadro, ao longo dos anos ainda buscou-se reverter essa situação, assim, ressalta-se que:

foram várias iniciativas para conter o declínio econômico do Município, como a montagem de um Distrito Industrial nos anos de 1960 e a atração de empresas de grande porte como a Siderúrgica Mendes Junior – hoje AcellorMittal; a Paraibuna de Metais – hoje Votorantin – na década de 1970; e a instalação da montadora Mercedes Benz, na

década 7 Dados extraídos do Anuário Estatístico de Juiz de Fora / 2008. de 1990 (REIS,2019, p.44).

Porém, mesmo com esses incentivos, a indústria de Juiz de Fora apresenta iniciar retomada do crescimento ao longo da década de 1990, mas continuou a apresentar números inferiores do que é apresentado pelo estado de Minas Gerais. Pode-se dizer ainda que no município há visível diferenciação entre a população pobre e a rica, sendo bastante notório o contraste presente na concentração da renda (Reis, 2009).

A Assistência Social foi construída no município apenas durante a década de 1970, com a criação da Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social – STBES. Essa secretaria foi criada durante o governo de Itamar Augusto Cautiero Franco como prefeito da cidade, ressalta-se que tal criação se deu anteriormente a Constituição de 1988, em que se tem a consolidação de uma série de direitos para a população e configura deveres ao Estado. Entretanto, apesar dessa conquista, ao longo dos anos o que se pode perceber é uma série de pequenos avanços seguidos de retrocessos perpassando os seguintes governos do município, característica essa que pode-se levar em conta devido ao caráter de diferentes partidos que assumiram a gestão do município, sendo alguns voltados para a extrema direita e alguns mais ao centro (Reis, 2009).

Dessa forma, ora se avançava na construção e efetivação das políticas públicas, ora se baseava na retirada de direitos e cortes na área das políticas públicas. Nesse sentido, é relevante dizer que Juiz de Fora acompanhava o cenário nacional, assim, em momentos de crise nacional, o município também passava por crises. Com o crescimento de partidos políticos no país com ideários voltados para o liberalismo, conservadorismo e fragmentação das políticas, o município também arca com os impactos. Assim, compreende-se que o município não se encontra isolado da realidade que perpassa toda a totalidade da realidade do Brasil, um país de capitalismo dependente, com forte concentração de renda e desigualdade social.

Ao longo dos anos, o que pode se perceber é que a assistência à população no município de Juiz de Fora vem enfrentando dificuldades para se efetivar de forma a integrar a população no acesso a saúde e educação, a medida em que se percebe que a população vem enfrentando dificuldades no acesso a emprego.

Como compreendido a partir de Iamamoto (2008), a questão social como reflexo do modo de produção capitalista que se expressa em um município é o reflexo que se pode ser enxergado na totalidade de um país por inteiro, visto que esse não se encontra desprendido da esfera total.

Assim, a particularidade da saúde no município em seu início se dava de forma a buscar o apoio da caridade, partindo dos serviços prestados por instituições filantrópicas. Assim como em grande parte dos municípios brasileiros, a saúde em Juiz de Fora era promovida por ações da igreja católica que reforçava a importância de se praticar a caridade, de ajuda ao próximo (REIS, 2009). Dessa forma, a seguir será mais bem apresentado acerca da trajetória e atualidade em particular da saúde no município de Juiz de Fora e sua relação com a Instituição Santa Casa.

Com relação ao período anterior aos anos de 1980, não se encontra materiais que apresentem que havia uma ação por parte de quem governava o município para promover serviços de saúde. Dessa forma, nos faz ter a possível interpretação de que os governos do município até esse momento não se responsabilizavam formalmente por tal serviço e que, portanto, esses ficavam sob maior responsabilidade das instituições do setor filantrópico.

Segundo Reis (2009) o município de Juiz de Fora passou por algumas medidas que tinham suas ações voltadas para a área da saúde a partir dos anos de 1980. Assim, uma dessas medidas foram as Ações Integradas de Saúde (AIS9)¹⁰, no ano de 1983 como uma forma de gerir a saúde no período da Nova República. Também nesse período foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em todo estado de Minas Gerais. Tal medida significou para Juiz de Fora possibilidade de descentralizar o serviço administrativo da saúde, assim, o município passa a ter maior independência para gerir os serviços na área da saúde.

No ano de 1989 foi elaborado o primeiro Plano Municipal de Saúde, que seguiu as orientações postas na VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesse sentido, segundo Reis (2009), partia-se do princípio da importância em se

¹⁰ Tinha o objetivo de integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos estaduais, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio. (ACURCIO, 2000, p.2)

conhecer e levar em conta a realidade vivenciada pela população ao planejar a política de saúde. Considerava-se, pertinente a participação da população no acesso a informações sobre a política de saúde, assim como da compreensão de suas reais demandas. Com isso:

Enfatizou-se no Plano que as ações desenvolvidas deveriam basear-se na realidade local, bem como nas reais necessidades da população, reforçando a necessidade da mesma de ter acesso à informação e também aos dados relativos ao funcionamento do sistema (REIS, 2009, p.48).

Outro ponto de destaque foi a promulgação da Lei Orgânica Municipal de 1990. Em sua Seção I, da saúde:

Art. 119 - A Saúde é direito de todos e dever do Poder Público, assegurada mediante políticas sociais, econômicas, ambientais e outras que têm por finalidade a eliminação do risco de doença e de agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação, sem qualquer discriminação (LEI ORGÂNICA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 1990, p. 29).

Nesse quadro, a Lei repete o que havia sido colocado na Constituição Federal de 1988, trazendo enquanto dever do Estado promover a saúde e direito da população. Assim como, reafirma que o setor privado pode complementar o Sistema Único de Saúde, entretanto, o setor filantrópico deve ser contratado de forma prioritária.

De tal forma, é relevante salientar que o histórico acerca da participação da filantropia nos serviços de atenção à saúde em Juiz de Fora se dá bem anteriores à Lei Orgânica Municipal de Juiz de Fora e à Constituição Federal de 1988. Assim, pode-se dizer que antes de se ter a responsabilização do Estado, quem se responsabilizava pelos serviços de saúde era o setor filantrópico, assim como em grande parte do país, como já apresentado. Como instituição filantrópica de Juiz de Fora que tem expressiva história no município e região pela prestação de serviços de saúde, temos o hospital Santa Casa de Misericórdia.

A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora foi fundada em 6 de agosto de 1854 pelo Barão da Bertioga, José Antônio da Silva Pinto, e por sua esposa, Baronesa Maria José Miquelina da Silva. O Hospital funciona 24 horas e se localiza na Avenida Barão do Rio Branco, número 3353 - Centro, em Juiz de Fora – MG com o CEP: 36021-630.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora é a terceira instituição mais antiga da cidade. O Barão de Bertioga veio residir em Juiz de Fora entre os anos de 1832 e 1840, não se sabe ao certo. E já em 1854, fundou o hospital. Com a morte do Barão em 1870, o Hospital Santa Casa sofreu um forte abalo em seu funcionamento. Passou a enfrentar uma grave crise econômica no final do século XIX e início do século XX e chegou a ter que fechar suas portas por um determinado período, entretanto, conseguiu reabri-las novamente.

As obras do segundo prédio da Santa Casa foram concluídas em 2 de junho de 1898 sob a coordenação de Braz Bernardino, que havia assumido a Provedoria em 1897.

No dia 11 de janeiro de 1898, chegaram em Juiz de Fora as Irmãs de Santa Catarina contratadas por Braz Bernardino para a administração interna do Hospital Santa Casa. O hospital desenvolveu-se, ampliou as suas acomodações, modernizou seus serviços, adquiriram novos materiais e aparelhamento, estendeu seu atendimento e serviços, abarcando um maior público e a região.

Em 1901, 188 cirurgias foram realizadas e o Hospital Santa Casa entrou em um período de grande desenvolvimento, com ampliação de suas acomodações e serviços prestados, nesse processo foi crescendo e se tornando uma referência regional de Hospital.

Em 1913, foi construída mais uma enfermaria (atrás de onde se encontra atualmente uma Capela), pois o número de enfermos duplicou-se. Com o passar dos anos e a ampliação dos serviços do Hospital, percebeu-se a tamanha necessidade de se construir um novo edifício. Então, em julho de 1942, na gestão do Provedor Alberto Andrés, foram assinados os /desenhos originais do atual prédio da Santa Casa, mas o lançamento da pedra fundamental só ocorreria em 28 de janeiro de 1948 (a data foi escolhida devido ao fato de ser o dia de nascimento de João Nogueira Penido Filho, que doou grande parte de sua fortuna para a construção).

Em 19 de maio de 1960, a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora foi declarada como Utilidade Pública por meio do Decreto nº 48,237, assinado pelo presidente da república Juscelino Kubitscheck. No dia 24 de abril de 1968, ela se encontrava totalmente pronta e em integral funcionamento.

O Hospital Santa Casa tem constantemente ampliado seu atendimento e abrangendo praticamente todas as especialidades médicas. Aliando filantropia e privado, o Hospital Santa Casa tornou-se o maior hospital da Zona da Mata mineira e é uma referência regional. A instituição possui um convênio particular próprio, o Plasc¹¹, atendendo também alguns convênios como os da rede municipal. Dessa forma, destaca-se como o princípio da caridade do início da instituição vem se transformando ao longo dos anos em um mercado, com os planos pagos de saúde e compra do SUS de leitos dentro da instituição, sendo o fundo público da saúde um eixo importante dos recursos do hospital.

Ressalva-se aqui a dupla porta de entrada, característica importante dessa instituição, que recebe usuários tanto através do Sistema Único de Saúde, através da compra de serviços e leitos, assim como recebe usuários através da porta privada, em que se tem os convênios. Destaca-se pois que ao invés do governo construir hospitais, paga-se para que o setor filantrópico e o setor privado lucrativo forneçam esses serviços. Logo, até que ponto o setor privado complementa o Sistema Único de Saúde? Ou seria o contrário?

O Conselho de Administração do Hospital Santa Casa é composto por 15 membros efetivos e cinco suplentes, sendo obrigatoriamente um terço de médicos, e um representante da Arquidiocese. O Conselho de Administração é regido por uma Diretoria, composta por 3 homens, sendo um deles padre, tendo o mandato válido por três anos.

O novo Estatuto, criado em 2008, acerca da Gestão Executiva determinou que essa deve ser composta por Gestor Geral e Administrativo, Gestor Financeiro, Diretor Clínico, Diretor Técnico e Chefe de Enfermagem, todos remunerados, contratados pelo Conselho de Administração.

A instituição traz ainda em sua página disponível na internet como seu negócio, missão, visão e valores:

- Prevenção, promoção e tratamento da saúde;
- Efetuar a aquisição de insumos necessários ao pleno funcionamento do Hospital, baseando-se na qualidade, no melhor custo/benefício, na ética e na transparência, objetivando, junto com os outros setores, um atendimento de qualidade ao paciente;
- Assegurar a posição no mercado regional com excelência em serviços de saúde;

¹¹ Aqui cabe-se a crítica referente ao fato da Irmandade se declarar filantrópica mas que possui um plano privado de saúde próprio, instrumento esse de venda de serviços de saúde.

Ética, Humanização, Responsabilidade socioambiental, Tecnologia, História, Capital humano, Misericórdia, Credibilidade, Ensino e Pesquisa;
(PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2018-2021 DA SANTA CASA DE JUIZ DE FORA).

Em relação a infraestrutura, destaca-se que a Santa Casa de Juiz de Fora possui quinze andares divididos em salas de atendimento, leitos de internação, enfermaria, emergência, salas cirúrgicas, berçário, CTI, CTI-infantil, quartos individuais e pós-cirúrgico, entre outros espaços.

O Hospital oferece serviços de consultas médicas, cirurgias, internação, transplantes, berçário, maternidade, exames médicos, fisioterapia, nutrição, psicologia e assistência social. A instituição também recebe encaminhamentos de outras instituições do município, de cidades da região e até de outros estados.

Durante os anos 2000 a rede Santa Casa enfrentou uma grave crise financeira, com uma dívida significativa e tendo a possibilidade de fechar suas portas, conforme destacado no capítulo anterior.

A situação da dívida também atingiu a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora que no ano de 2018, segundo a revista Hoje em Dia (2018), relatava um déficit mensal de aproximadamente 3 milhões por mês. Para gerenciar os atendimentos, foi relatado que a instituição realizava empréstimos financeiros para não fechar as portas.

Nesse contexto, houve um processo de tentativa de se refinar as dívidas, o que ocorre durante o governo do Partido dos Trabalhadores (PT). Entretanto, passam-se alguns anos e continua-se o debate acerca da dívida presente nas contas da Santa Casa de Misericórdia. A Santa Casa utiliza do argumento que o Sistema Único de Saúde paga um valor pelo serviço que não é capaz de arcar com toda a despesa. Assim, diz-se que a Santa Casa presta serviço ao Sistema Único de Saúde, que paga pelos serviços mas que a Santa Casa aponta como insuficiente, dessa forma a Santa Casa apresenta uma dívida para com alguns setores financeiros públicos. Ou seja, ela se diz dever a quem paga ela.

A Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora possui um atual Plano de Saúde (como os demais municípios que recebem recursos do governo) para o período dos anos de 2018 a 2021. Ao analisar o sumário apresentado nesse Plano, faz-se aqui a interpretação de que há uma discussão ao longo da

construção desse material acerca da situação do setor filantrópico na prestação de serviços na área de saúde no município, mais especificamente acerca da particularidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

Ressalta-se que não foi possível ter acesso ao documento original, apenas em um arquivo que foi produzido pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, que traz algumas informações do que contém no Plano de Saúde. Assim, tem-se acesso ao sumário do Plano, apontando que nele há:

- Capítulo 1 - Caracterização da Região Ampliada de Saúde – Sudeste
- Capítulo 2 - Caracterização do Município de Juiz de Fora
- Capítulo 3 - As Redes de Atenção à Saúde
- Capítulo 4 - Análise da Situação de Saúde
- Capítulo 5 - Das Redes de Atenção à Saúde Prioritárias
- Capítulo 6 - Indicadores do Pacto pela Saúde
- Capítulo 7 - Aspectos Financeiros
- Capítulo 8 – Proposições (PLANO DE SAÚDE 2018-2021. SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DE JUIZ DE FORA).

Nesse quadro, nos torna relevante fazer a crítica a falta de transparência no fornecimento de informações para a população acerca de como está o planejamento da política de saúde no município.

Faz-se portanto, uma análise da atual situação da saúde no município, entretanto, a população não consegue ter fácil acesso a essa informação. Ainda se apresenta o debate acerca de aspectos financeiros, ou seja, dinheiro público vindo de recursos que são pagos em grande parte pela população através do pagamento de impostos, mas que essa mesma população que tem direito a esses serviços assim como tem direito à informação, não consegue facilmente acessá-la.

Segundo o portal Acessa.com, no dia 25 de setembro de 2019 foi realizada na Câmara Municipal de Juiz de Fora uma audiência pública para que fosse discutida a situação dos serviços de saúde do município. O motivo de tal audiência segundo a assessoria seria para esclarecimentos acerca das vagas em hospitais, número de leitos direcionados ao SUS, exames, consultas e falta de medicamentos no município.

Para participar dessa audiência foram convidados o 20º promotor de justiça, o presidente do Conselho Municipal de Saúde, o diretor da Santa Casa de Misericórdia, representantes da Ouvidoria Municipal de Saúde e do Hospital Maternidade Terezinha de Jesus. Nesse ponto, destaca-se que apenas dois hospitais foram convidados, sendo que um deles é o Hospital Santa Casa,

instituição que possui mais da metade de seus atendimentos voltados para o SUS mas que não é uma entidade apenas pública, é também privada.

Destaca-se ainda que a câmara declara convidada a população a participar dessa audiência, entretanto, tal audiência foi realizada as 15 horas de uma quarta feira, horário comercial que impossibilita grande parte dos cidadãos participarem do debate.

A política de saúde de Juiz de Fora vem apresentando lacunas à medida que vem acompanhando a lógica nacional de fragmentação e focalização dos serviços, assim como o incentivo aos meios privados, seja por dentro do SUS ou através de planos de saúde por parte da população.

Para averiguar como se dá a particular questão do financiamento da Santa Casa de Misericórdia por meio do Sistema Único de Saúde, esse trabalho realizará adiante um estudo acerca dos repasses financeiros realizados pelo SUS durante os últimos 6 meses, ou seja, nos meses de abril, maio, junho, julho, agosto e setembro do ano de 2019 para o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

Acerca dos dados é relevante ressaltar ainda que os dados foram coletados a partir da plataforma online do DATASUS, essa plataforma é uma criação do governo em que se encontra disponível informações acerca dos serviços do Sistema Único de Saúde, funcionando no sentido de indicar a “transparência” do trabalho realizado pelo governo e de possibilitar que a população tenha acesso às informações de como é a organização e funcionamento dos serviços do SUS. Assim, acerca do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora nos últimos 6 meses, pode-se analisar em uma visão mais ampla a seguinte situação.

Quadro 2 - Serviços Hospitalares Pagos via SUS à Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora de Abril a Setembro de 2019

Município	Mês/ano	Número de AIH (Autorização de Internações Hospitalares) -SUS	Número de Internações via SUS	Valor de Serviços Hospitalares Pagos via SUS
Juiz de Fora	Abril/2019	4.166	3.980	7.215.159,51
Juiz de Fora	Maio/2019	4.307	4.118	7.052.777,75

Juiz de Fora	Junho/2019	4.107	3.932	7.365.244,10
Juiz de Fora	Julho/2019	4.445	4.256	8.085.009,91
Juiz de Fora	Agosto/2019	4.198	4.017	7.521.117,62
Juiz de Fora	Setembro/2019	4.252	4.064	7.597.009,92
		Total:	Total:	Total:
		25.475	24.367	44.836.318,8

Fonte: DATASUS (2019)
Elaboração Própria

Ao analisar os dados apresentados, nos torna possível refletir acerca do número significativo de internações pelo SUS na Santa Casa de Misericórdia no município de Juiz de Fora, fazendo relação com o valor total pago por tais procedimentos. Assim, aplicando a média simples, para cada internação se tem um pagamento médio de 1.840 reais e 04 centavos. Dessa forma, sabe-se que alguns procedimentos têm um custo mais elevado que outros e que, portanto, esse valor não é o padrão, sendo apenas um valor médio por internação pago pelo governo nos últimos 6 meses durante o processo de internação em hospital filantrópico no município de Juiz de Fora. Outro dado que chama atenção é que o número de internações hospitalares do SUS na Santa Casa é superior, em todos os meses, as internações realizadas em hospitais próprios da rede SUS. Demonstra dessa forma, o incentivo do Estado a esse tipo de instituição, em detrimento do fortalecimento e da ampliação da rede SUS. É o público sustentando o setor filantrópico “lucrativo” da saúde, considerando que a Santa Casa de Misericórdia lucra por meio dos planos privados de saúde, e da venda direta de serviços médicos.

Essa questão será mais bem aprofundada acerca da particularidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia como indica a tabela abaixo, essa tabela foi construída a partir de dados coletados da plataforma DataSUS dos meses abril, maio, junho, julho, agosto e setembro de 2019, contendo informações das internações nesses meses e dos valores pagos pelo SUS para o pagamento desses serviços.

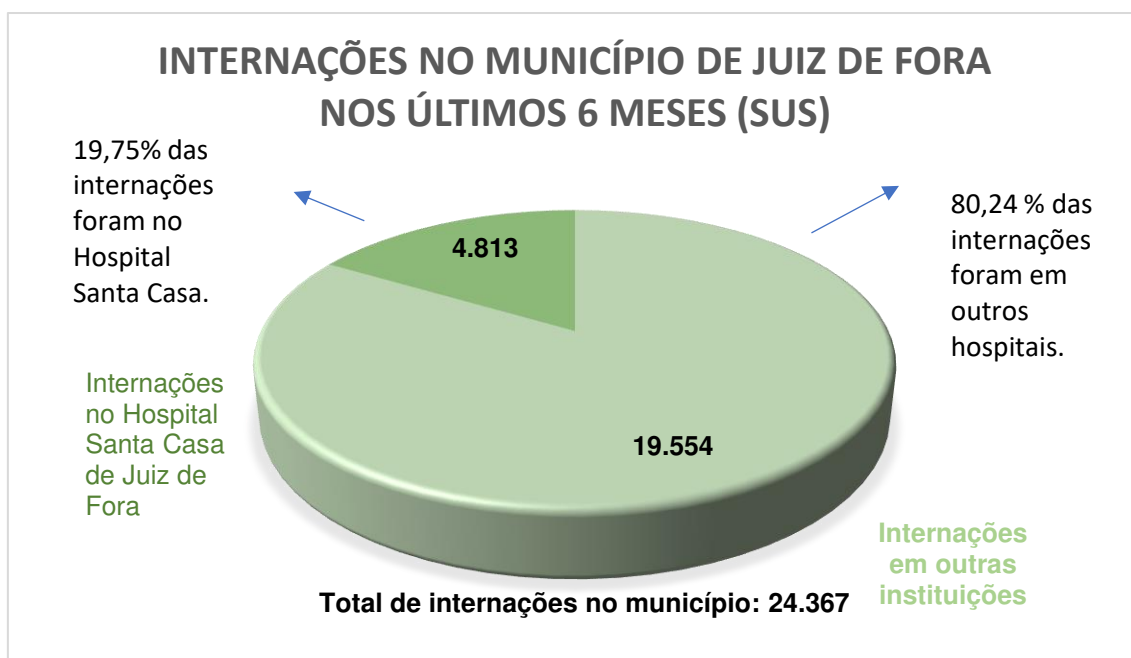
Quadro 3 - Valores do SUS destinados a hospitais do município de Juiz de Fora nos últimos seis meses (de Abril a Setembro de 2019)

Instituição	Mês	Número de AIH (Autorização de Internações Hospitalares) -SUS	Número de Internações via SUS	Valor de Serviços Hospitalares Pagos via SUS
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Abril	821	821	2.273.393,75
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Maio	818	818	2.301.237,63
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Junho	826	826	2.479.839,95
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Julho	838	838	2.679.403,91
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Agosto	755	755	2.425.040,21
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Setembro	755	755	2.230.486,89
		Total: 4.813	Total: 4.813	Total: 14.389.402,3

A reflexão presente na análise desses dados de forma inicial se apresenta da mesma forma da tabela anterior. Aplicando a média simples, tem-se o valor de pagamento por serviço para cada internação na Santa Casa de Juiz de Fora nos últimos 6 meses o valor de 2.989 reais e 69 centavos. Considera-se, pois que esse valor é também apenas uma média e que não pode ser considerado como padrão, mas indica um valor considerável repassado pelo SUS ao setor filantrópico.

Ao fazer uma integração entre os dados coletados, para se tornar mais visível a questão da particularidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora dentro do universo total do município, considera-se relevante observar:

Gráfico 1 – Internações no município de Juiz de Fora nos últimos seis meses (abril - setembro de 2019)

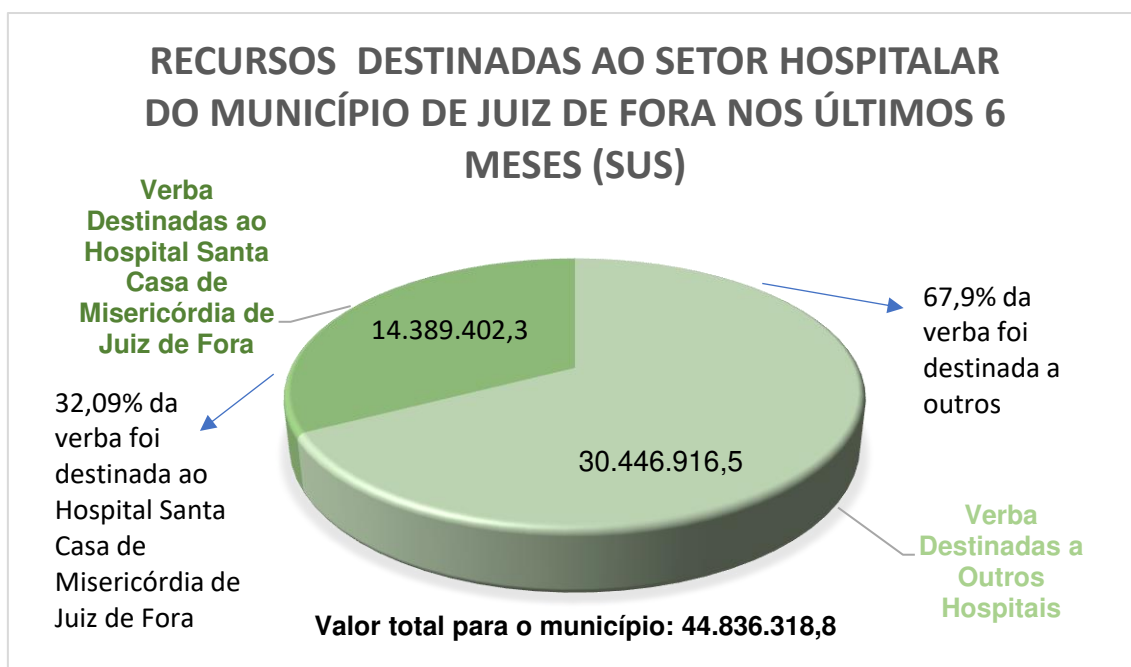


Fonte: DataSUS, 2019

Elaboração própria

Ao olharmos de uma forma panorâmica, a porcentagem de internações na Santa Casa não parece saltar aos olhos, entretanto, se analisado mais criticamente, por ser apenas uma unidade hospitalar o valor de quase 20% é considerado bastante expressivo. Ao analisar os valores, pode-se dizer que se torna ainda mais expressivo, como indica o gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Recursos financeiros do SUS destinados ao setor hospitalar do município de Juiz de Fora nos últimos seis meses (abril - setembro de 2019)



Fonte: DataSUS 2019

Elaboração própria

Nesse quadro, o indicador da porcentagem referente ao Hospital Santa Casa se torna visivelmente mais expressivo. Assim, mais de 30% de toda a verba hospitalar do SUS, repassada para as instituições de saúde do município de Juiz de Fora se restringem à Santa Casa.

É relevante reiterar que a Santa Casa não é um hospital público, é um hospital particular que o SUS compra alguns de seus leitos e ao analisarmos o valor médio de 2.989 reais e 69 centavos pagos por serviço exemplificam como o setor público vem dando prioridade em comprar esses serviços ao invés de investir tal valor em serviços integralmente públicos. Tal análise, torna visível a relação de incentivo do Estado às instituições privadas, à medida que se tenta vender a ideia de que o Sistema Único de Saúde não funciona que é ruim e que a população deve recorrer a iniciativa privada.

Partindo dessa compreensão, ao chegar em uma instituição como a Santa Casa, muitos dos usuários não entendem que ali são leitos comprados, acreditando que a instituição é totalmente pública ou “caridosa”, por outro lado, muitos não acreditam que o SUS preste serviços em uma instituição grande como a Santa Casa. Nesse ponto, destaca-se como o SUS vem encontrando dificuldade dentro do Estado de ser de fato único, percebendo que diante desses números levantados, pode-se dizer que são bastante expressivos e que a

instituição privada não vem complementando ao SUS, mas sim o contrário, o SUS vem complementando os serviços do setor privado, contribuindo com a lógica mercadológica da saúde.

Ao pagar para uma instituição prestar um serviço, essa irá cobrar pelo valor total do serviço mais um valor de lucro, assim, muitos desses valores totais pagos por recursos públicos se tornam valores mais altos do que se estivessem sendo pagos para uma instituição totalmente pública.

A Santa Casa de Juiz de Fora vem apresentando ao longo dos anos uma crise financeira que diz ser a realidade de grande parte das instituições dessa irmandade pelo país. A irmandade usa do discurso do não pagamento do Estado de forma suficiente para o pagamento dos serviços, entretanto, ao olharmos a realidade da Santa Casa de Juiz de Fora percebe-se que essa teve parte de suas dívidas perdoada, renegociada e que essa recebe sozinha mais de 30% do total das verbas hospitalares do município. O que se constatou por meio da pesquisa no DataSuS é que o SUS paga por seus serviços um valor considerado expressivo.

A Santa Casa de Juiz de Fora se coloca enquanto instituição privada, filantrópica e pública, entretanto, na realidade não se percebe o caráter portas abertas de uma instituição pública, não sendo visíveis suas ações que a torna uma instituição filantrópica.

Pode-se dizer que como conclusão dos dados analisados, que se trata de uma instituição privada, de interesse lucrativo, que vende saúde na perspectiva das pessoas enquanto clientes. A Santa Casa é um hospital referência, que tem seu nome construído ao longo dos anos e que se mostra preocupada com a sua imagem diante da sociedade e de seus impactos para seu mercado.

Assim, nota-se a ideia baseada em característica de empresa, negando a perspectiva da universalidade prevista no Sistema Único de Saúde, enquanto serviço que deve ser prestado a todas as pessoas de forma gratuita, com qualidade.

3. Conclusão

Assim, compreendeu-se o processo de construção do Sistema Único de Saúde e a importante luta da população para a conquista do direito à saúde.

Diante tudo o que foi analisado, é possível constatar que a complementariedade do setor privado de saúde ao setor público prevista na Lei Nº 8080/90 da saúde prevêem-se concretizando enquanto inverso.

Nesse quadro, destaca-se que o Sistema Único de Saúde vem se tornando espaço de incentivo ao setor privado, sendo um deles o filantrópico. Assim, entendendo esse movimento, esse trabalho realizou um estudo acerca do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, que teve o objetivo de averiguar a situação financeira dessa instituição. Após levantamento e análise de informações, torna-se possível dizer que a Santa Casa de Juiz de Fora apresenta, ao longo da última década, uma crise financeira que trouxe riscos de que essa fechasse as portas, entretanto o governo atuou no perdão de parte das dívidas da Irmandade em todo o país, utilizando recursos públicos. Além disso, foram feitas audiências para que houvessem medidas por parte do governo de forma a incentivar a Irmandade.

Além das informações bibliográficas, foram levantados e analisados dados que indicam as internações hospitalares nos últimos seis meses (abril – setembro de 2019) no município de Juiz de Fora. Esses dados apontam que os valores repassados do Sistema único de Saúde para a Santa Casa de Juiz de Fora são bastantes elevados quando comparados com a realidade local do financiamento do restante das instituições do município.

Compreende-se, pois, a rede Santa Casa de Misericórdia enquanto uma grande instituição que presta serviço na área da saúde em todo o Brasil, essa rede se expandiu diante do incentivo público permeado pela lógica capitalista de expansão do setor privado e sucateamento das políticas públicas.

Nesse sentido, observa-se que aqui se discute acerca da particularidade da Irmandade Santa Casa mas não é somente ela que constitui o setor privado, assim, essa situação está para além. Percebe-se que o incentivo que se dá a Santa Casa de Misericórdia se dá também a outras instituições, do setor filantrópico ou lucrativo. Com isso, nota-se que a complementariedade vem se comprovando enquanto invertida, à medida que o SUS vem financiando o setor

privado, complementando esses serviços, e não o contrário como deveria ser segundo consta em Lei. Assim, torna-se possível dizer ainda que enquanto política pública de direito, o Sistema Único de Saúde dentro da lógica capitalista não se efetiva, encontrando entraves que não o permitem ser universal, gratuito e de qualidade.

4. Referencial bibliográfico

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: < [file:///C:/Users/ferna/Downloads/as-decadas-de-80-e-90-\[16-030112-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/ferna/Downloads/as-decadas-de-80-e-90-[16-030112-SES-MT].pdf) > Acesso em setembro de 2019.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed., São Paulo, Cortez, 2008.

BRASIL, LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA ESTADO DE MINAS GERAIS de 05 de abril de 1990.

_____. Lei número 8080 de 19 de setembro de 1990.

_____. Lei número 8.742 de 7 de dezembro de 1993.

_____. Lei número 9.637 de 15 de maio de 1998.

_____. Lei número 12.873 de 24 de outubro de 2013.

BRAVO, Maria. Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde. 2000.

_____. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Serviço S/ocial & Sociedade, São Paulo, n. 88, p.75-100. 2006.

Câmara dos Deputados. A Situação das Santas Casas de Misericórdia. Brasília. Junho de 2005.

_____. Comissão de Seguridade Social e Família. Brasília. Junho de 2012.

CARNEIRO, Rita. A Complementariedade Invertida no SUS: Privatização Progressiva da Atenção aos Renais Crônicos em Diálise em Alagoas e no Brasil. 2014.

CIDA DE OLIVEIRA. Em todo o país pelo menos 90% das Santas Casas estão endividadadas. Rede Brasil Atual. 14/05/2017.

Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos. Brasília: 2019.

DATASUS. < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiMG.def> > Acesso em: novembro de 2019.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar a Reforma Sanitária. 2012.

ESCORSIM, S. M. A filantropia no Brasil: entre a caridade e a política de assistência social. Revista Espaço Acadêmico, no 86. Julho de 2008. p. 1-8.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Fundação Getúlio Vargas. 2009.

Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas. < <https://fonif.org.br/filantropia-no-brasil/> > Acesso em: novembro de 2019.

GERSCHMAN, S.V. et al. O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. 2003. p. 265 – 283.

HOJE EM DIA. Tatiana Moraes. Sem verba e endividadas, Santas Casas de Minas ameaçam reduzir atendimento. Dia 19 de julho de 2018. Disponível em: < <https://www.hojeemdia.com.br/primeiro-plano/sem-verba-e-endividadas-santas-casas-de-minas-amea%C3%A7am-reduzir-atendimento-1.640993> > Acesso em novembro de 2019.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. 2 ed. Cortez, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/> > Acesso em novembro de 2019.

LIMA, J. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das organizações sociais. Argumentum. 2018.

MARCELO GUSTAVO AGUILAR CALEGARE e NELSON SILVA JUNIOR. A "construção" do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. Revista Psicologia Política. Volume 9, número17. Junho de 2009.

MARIA REGINA GUIMARÃES SILVA. A História da Fundação da Irmandade de Misericórdia de Guaxupé-MG. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. Julho de 2011. p. 1- 14.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. < <http://mds.gov.br/> > Acesso em: Outubro de 2019.

MOURA, L.; FERNANDES, A. Terceiro Setor: uma tentativa de delimitação e caracterização. XXXIII Encontro da ANPAD. São Paulo, 2009. P. 1-12.

OBSERVATÓRIO DA FILANTROPIA. Disponível em: < <https://public.tableau.com/profile/observatoriodafilantropia#!/vizhome/ObservatoriodaFilantropia-MinasGerais/MG> > Acesso em novembro de 2019.

O GLOBO. Sergio Roxo. Crise e escândalos causam rombo de R\$ 22 bi nas santas casas. Dia 8 de agosto de 2016. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/brasil/crise-escandalos-causam-rombo-de-22-bi-nas-santas-casas-19875177> >. Acesso em outubro de 2019.

PAIM, Jairnilson. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Revista de Saúde Coletiva. 2008.

_____. O que é o SUS. Fiocruz. 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção e Teixeira, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, ciência e saúde, 2014. vol 21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&tlng=pt> acesso em 22 de maio de 2019.

PORTELA, M. C. et al. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2004. p. 811-818.

_____. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. Abril de 2000. p. 1-11.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. Plano de saúde 2018-2021. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2018_2021.pdf> Acesso em novembro de 2019.

Reis, Maria de Lourdes dos, Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Juiz de Fora – MG. 2009. 130f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora.

Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius. 2008. p. 25-35.

RITA DE CÁSSIA MARQUES. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) – séculos XVIII-XX. Dynamis. 2011. p. 107-129.

Rocha, Leila Alves, *CARIDADE E PODER: A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1871-1889)*. 2005. 163f. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas.

Rodrigues, Patrícia Elias de Oliveira. *Efetivação do direito ao acompanhante em hospitais públicos pediátricos*. 2018. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2018.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA. Disponível em: <<http://www.santacasajf.org.br/ideologia-institucional>> Acesso em novembro de 2019.

SESTELO, J.A.F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol. 23, no. 6, pp. 2027-2034.

SILVA, Clara *et al.* A PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE VIA A COMPLEMENTARIDADE DO SETOR PRIVADO AO PÚBLICO. Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2017.

Smiderle, Fabiana Rosa Neves, *A gestão pública dos serviços de saúde e sua relação com um hospital filantrópico*. 2012. 132f. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

5. Anexo

Anexo 1 - Santas Casas de Misericórdia no Brasil

- 1) SANTA CASA DE MISERICORDIA DO ACRE - HOSPITAL GERAL
- 2) SANTA CASA DE MISERICORDIA IRMANDADE GARCIA - HOSPITAL GERAL
- 3) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO - HOSPITAL GERAL
- 4) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO AMARO - HOSPITAL GERAL
- 5) SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA - HOSPITAL GERAL
- 6) SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA - HOSPITAL GERAL
- 7) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHEUS - HOSPITAL GERAL
- 8) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA - HOSPITAL ESPECIALIZADO
- 9) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA - HOSPITAL GERAL
- 10) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA - HOSPITAL GERAL
- 11) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRINHA - HOSPITAL GERAL
- 12) SANTA CASA DE MISERICORDIA - HOSPITAL GERAL
- 13) IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE S ANT DE JESUS - HOSPITAL GERAL
- 14) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RUY BARBOSA - HOSPITAL GERAL
- 15) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANTAS - HOSPITAL GERAL
- 16) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZ DAS ALMAS - HOSPITAL GERAL
- 17) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ESPLANADA - HOSPITAL GERAL
- 18) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO FELIX - HOSPITAL GERAL
- 19) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALENCA - HOSPITAL GERAL
- 20) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAMBE - HOSPITAL GERAL
- 21) IRMANDADE BEN DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA - HOSPITAL GERAL
- 22) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - HOSPITAL GERAL
- 23) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUI - HOSPITAL GERAL
- 24) SOCIEDADE PROVIDORA DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE COLATIN - HOSPITAL GERAL
- 25) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - HOSPITAL GERAL
- 26) SANTA CASA DE MISERICORDIA JESUS MARIA JOSE - HOSPITAL GERAL
- 27) SOCIEDADE CIVIL SANTA CASA DE IUNA - HOSPITAL GERAL
- 28) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATALAO - HOSPITAL GERAL
- 29) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BURITI ALEGRE - HOSPITAL GERAL
- 30) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA - HOSPITAL GERAL
- 31) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURURUPU - HOSPITAL GERAL
- 32) SANTA CASA DE MISERICORDIA DO MARANHAO - HOSPITAL GERAL
- 33) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARBACENA - HOSPITAL GERAL
- 34) IRMANDADE DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE POCOS DE CALDAS - HOSPITAL GERAL
- 35) SANTA CASA MISERICORDIA DE ALTEROSA - HOSPITAL GERAL
- 36) HOSPITAL DE ALTO RIO DOCE - HOSPITAL GERAL
- 37) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANDRELANDIA - HOSPITAL GERAL
- 38) SANTA CASA DE ARCOS - HOSPITAL GERAL
- 39) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMANDUCAIA - HOSPITAL GERAL
- 40) SANTA CASA MIS CARIDADE DE CAMPESTRE - HOSPITAL GERAL
- 41) SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL GERAL
- 42) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CARMO DA MATA - HOSPITAL GERAL
- 43) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CONQUISTA - HOSPITAL GERAL
- 44) SANTA CASA E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA - HOSPITAL GERAL

45)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAGUARA - HOSPITAL GERAL
46)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LIMA DUARTE - HOSPITAL GERAL
47)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE MACHADO - HOSPITAL GERAL
48)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NEPOMUCENO - HOSPITAL GERAL
49)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA - HOSPITAL GERAL
50)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA PAROQUIA DE PRADOS - HOSPITAL GERAL
51)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO GONCALO DO SAPUCAI - HOSPITAL GERAL
52)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE - HOSPITAL GERAL
53)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OURO PRETO - HOSPITAL GERAL
54)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SABARA - HOSPITAL GERAL
55)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAGOA SANTA - HOSPITAL GERAL
56)	SANTA CASA DE ABRE CAMPO - HOSPITAL GERAL
57)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA - HOSPITAL GERAL
58)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE STA RITA DE JACUTINGA - HOSPITAL GERAL
59)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IBERTIOGA - HOSPITAL GERAL
60)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE UNIAO - HOSPITAL GERAL
61)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DR ALMEIDA MACHADO PERDIZES - HOSPITAL GERAL
62)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAGUARI - HOSPITAL GERAL
63)	SANTA CASA DE MONTE ALEGRE DE MINAS - HOSPITAL GERAL
64)	SANTA CASA DE MISERICORDIA PADRE EUSTAQUIO - HOSPITAL GERAL
65)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE COROMANDELDR SEBASTIAO MACHADO - HOSPITAL GERAL
66)	SANTA CASA DE MISERICORDIA ABADIA DOS DOURADOS - HOSPITAL GERAL
67)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO SEBASTIAO DO PARAISO - HOSPITAL GERAL
68)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA CAMPANHA - HOSPITAL GERAL
69)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP SAO FRANCISCO DE ASSIS - HOSPITAL GERAL
70)	SANTA CASA DE CARIDADE DE GUARANESIA - HOSPITAL GERAL
71)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AREADO - HOSPITAL GERAL
72)	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL GERAL
73)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBUI - HOSPITAL GERAL
74)	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL GERAL
75)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBUI - HOSPITAL GERAL
76)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JACUTINGA - HOSPITAL GERAL
77)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALPINOPOLIS - HOSPITAL GERAL
78)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - HOSPITAL GERAL
79)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE SANTO - HOSPITAL GERAL
80)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA - HOSPITAL GERAL
81)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDRALVA - HOSPITAL GERAL

82)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANDRADAS - HOSPITAL GERAL
83)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CALDAS - HOSPITAL GERAL
84)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BOA ESPERANCA - HOSPITAL GERAL
85)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAPE - HOSPITAL GERAL
86)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PERDOES - HOSPITAL GERAL
87)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI - HOSPITAL GERAL
88)	SANTA CASA DE CARIDADE DE CAPITOLIO - HOSPITAL GERAL
89)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS ALTOS - HOSPITAL GERAL
90)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE POMPEU - HOSPITAL GERAL
91)	SANTA CASA DE MISERICORDIA E HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL GERAL
92)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MUZAMBINHO - HOSPITAL GERAL
93)	IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PITANGUI - HOSPITAL GERAL
94)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO ANTONIO DO MONTE - HOSPITAL GERAL
95)	SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA - HOSPITAL GERAL
96)	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DO CARMO - HOSPITAL GERAL
97)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSA TEMPO - HOSPITAL GERAL
98)	SANTA CASA M MATERN SANTANA ITAPECERICA - HOSPITAL GERAL
99)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CLAUDIO - HOSPITAL GERAL
100)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARANAIBA - HOSPITAL GERAL
101)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AP DO TABOADO - HOSPITAL GERAL
102)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CASSILANDIA - HOSPITAL GERAL
103)	SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CUIABA - HOSPITAL GERAL
104)	ASSOCIACAO SANTA CASA DE OBIDOS - HOSPITAL GERAL
105)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARNAIBA - HOSPITAL GERAL
106)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE ARAPONGAS - HOSPITAL GERAL
107)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA - HOSPITAL GERAL
108)	SANTA CASA DE PARANAVAI - HOSPITAL GERAL
109)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA - HOSPITAL GERAL
110)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRUDENTOPOLIS - HOSPITAL GERAL
111)	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE IBIPORA - HOSPITAL GERAL
112)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA - HOSPITAL GERAL
113)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIBEIRAO CLARO - HOSPITAL GERAL
114)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ENGENHEIRO BELTRAO - HOSPITAL GERAL
115)	IRMANDADE DA SANTA CASA SAO VIVENTE DE PAULO TERRA BOA - HOSPITAL GERAL
116)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARINGA - HOSPITAL GERAL
117)	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DAS GRACAS - HOSPITAL GERAL
118)	SANTA CASA DE MISERICORDIA MARIA ANTONIETA - HOSPITAL GERAL
119)	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CASA DE UBIRATA - HOSPITAL GERAL
120)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ABATIA - HOSPITAL GERAL

121)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SIQUEIRA CAMPOS - HOSPITAL GERAL
122)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS - HOSPITAL GERAL
123)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA - HOSPITAL GERAL
124)	SANTA CASA DA MISERICORDIA RJ MORDOMIA HOSPITAL N S DAS DORE - HOSPITAL GERAL
125)	SCMRJ SANTA CASA HOSP N S DA SAUDE HOSPITAL DA GAMBOA - HOSPITAL GERAL
126)	SCMRJ SANTA CASA HOSPITAL SAO ZACHARIAS - HOSPITAL ESPECIALIZADO
127)	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE VALENCA - HOSPITAL GERAL
128)	IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DA C VASSOURAS - HOSPITAL GERAL
129)	SANTA CASA DE CARIDADE DE DOM PEDRITO - HOSPITAL GERAL
130)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE - HOSPITAL GERAL
131)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDRO OSORIO - HOSPITAL GERAL
132)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO LOURENCO DO SUL - HOSPITAL GERAL
133)	SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO - HOSPITAL GERAL
134)	ASSOCIACAO DE CARIDADE SANTA CASA DE RIO GRANDE - HOSPITAL GERAL
135)	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGE - HOSPITAL GERAL
136)	IRMANDADE DE SANTA CASA DE CARIDADE - HOSPITAL GERAL
137)	SANTA CASA DE MISERICORDIA - HOSPITAL GERAL
138)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE ALEGRETE - HOSPITAL GERAL
139)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU - HOSPITAL GERAL
140)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE QUELUZ - HOSPITAL GERAL
141)	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OURINHOS - HOSPITAL GERAL
142)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE SERTAOZINHO - HOSPITAL GERAL
143)	SANTA CASA ANNA CINTRA - HOSPITAL GERAL
144)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARIRI - HOSPITAL GERAL
145)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES - HOSPITAL GERAL
146)	SOCIEDADE BENEFICENTE DE CRAVINHOS SANTA CASA - HOSPITAL GERAL
147)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DOIS CORREGOS - HOSPITAL GERAL
148)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE IPAUCU - HOSPITAL GERAL
149)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MACATUBA - HOSPITAL GERAL
150)	SANTA CASA DE MISERICORDIA PE JOAO SCHNEIDER MARTINOPOLIS - HOSPITAL GERAL
151)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS DE PALMEIRA DOESTE - HOSPITAL GERAL
152)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRES EPITACIO - HOSPITAL GERAL
153)	SANTA CASA DE MISERICORDIA FREDERICO OZANAN - HOSPITAL GERAL
154)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ROSA DE VITERBO - HOSPITAL GERAL
155)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO ROQUE - HOSPITAL GERAL
156)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TAMBAU - HOSPITAL GERAL
157)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TIETE - HOSPITAL GERAL
158)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO - HOSPITAL GERAL
159)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO BERNARDO CAMPO - HOSPITAL GERAL
160)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS MAUA - HOSPITAL GERAL
161)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AREALVA - HOSPITAL GERAL
162)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL GERAL
163)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA - HOSPITAL GERAL
164)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CABREUVA - HOSPITAL GERAL

165)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ISABEL - HOSPITAL GERAL
166)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARAREMA - HOSPITAL GERAL
167)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SUZANO - HOSPITAL GERAL
168)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO AMARO - HOSPITAL GERAL
169)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE APARECIDA - HOSPITAL GERAL
170)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOSE CAMPOS - HOSPITAL GERAL
171)	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO BENTO DO SAPUCAI - HOSPITAL GERAL
172)	IR SR DOS PASSOS E SANTA CASA MIS GUARATINGUETA - HOSPITAL GERAL
173)	ASSOC BENEF SAO JOSE E SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO JOSE - HOSPITAL GERAL
174)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA LORENA - HOSPITAL GERAL
175)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PINDAMONHANGABA - HOSPITAL GERAL
176)	SANTA CASA DE MIS IRMANDADE DO SENHOR DOS PASSOS DE UBATUBA - HOSPITAL GERAL
177)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JACAREI - HOSPITAL GERAL
178)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO DIVINO ESPÍRITO SANTO - HOSPITAL GERAL
179)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DUARTINA - HOSPITAL GERAL
180)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TAGUAI - HOSPITAL GERAL
181)	SANTA CASA DE POMPEIA - HOSPITAL GERAL
182)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE STA CRUZ DO RIO PARDO - HOSPITAL GERAL
183)	ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS - HOSPITAL GERAL
184)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRATININGA - HOSPITAL GERAL
185)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDERNEIRAS - HOSPITAL GERAL
186)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IACANGA - HOSPITAL GERAL
187)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FARTURA - HOSPITAL GERAL
188)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GARÇA - HOSPITAL ESPECIALIZADO
189)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GARÇA - HOSPITAL GERAL
190)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAFELÂNDIA - HOSPITAL GERAL
191)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRAJUI - HOSPITAL GERAL
192)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AVARE - HOSPITAL GERAL
193)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CERQUEIRA CESAR - HOSPITAL GERAL
194)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAI - HOSPITAL GERAL
195)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TAQUARITUBA - HOSPITAL GERAL
196)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIEDADE - HOSPITAL GERAL
197)	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PILAR DO SUL - HOSPITAL GERAL
198)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO FELIZ - HOSPITAL GERAL
199)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TATUI - HOSPITAL GERAL
200)	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SALTO DE PIRAPOR - HOSPITAL GERAL
201)	ASSOCIACAO BENEF SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAPAO BONITO - HOSPITAL GERAL
202)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TAPIRAI - HOSPITAL GERAL
203)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE ANGATUBA - HOSPITAL GERAL
204)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CERQUILHO - HOSPITAL GERAL
205)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITARARE - HOSPITAL GERAL
206)	SANTA CASA DE GUARA - HOSPITAL GERAL
207)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIBEIRAO BONITO - HOSPITAL GERAL
208)	IRMANDADE DE MISERIC DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO - HOSPITAL GERAL
209)	ASSOC SANTA CASA MISERICORDIA E MATERNIDADE D JULIETA LYRA - HOSPITAL GERAL

210)	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL GERAL
211)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOAQUIM DA BARRA - HOSPITAL GERAL
212)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PATROCINIO PAULISTA - HOSPITAL GERAL
213)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDREGULHO - HOSPITAL GERAL
214)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IGARAPAVA - HOSPITAL GERAL
215)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARIBA - HOSPITAL GERAL
216)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARARAQUARA - HOSPITAL GERAL
217)	SANTA CASA DE CARIDADE E MATERNIDADE DE IBITINGA - HOSPITAL GERAL
218)	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO MIGUEL - HOSPITAL GERAL
219)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NOVA EUROPA - HOSPITAL GERAL
220)	SANTA CASA DE MISERICORDIA ASILO DOS POBRES DE BATATAIS - HOSPITAL GERAL
221)	FUNDACAO SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FRANCA - HOSPITAL GERAL
222)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA - HOSPITAL GERAL
223)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS - HOSPITAL GERAL
224)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PITANGUEIRAS - HOSPITAL GERAL
225)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL - HOSPITAL GERAL
226)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIMPIA - HOSPITAL GERAL
227)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRETOS - HOSPITAL GERAL
228)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA - HOSPITAL GERAL
229)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAJOBI - HOSPITAL GERAL
230)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE S J RIO PRETO - HOSPITAL GERAL
231)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JOSE BONIFACIO - HOSPITAL GERAL
232)	HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIOLANDIA - HOSPITAL GERAL
233)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VOTUPORANGA - HOSPITAL GERAL
234)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DOUTOR OSWALDO SIQUEIRA LYRA - HOSPITAL GERAL
235)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IBIRA - HOSPITAL GERAL
236)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ADELIA - HOSPITAL GERAL
237)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JALES - HOSPITAL GERAL
238)	IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SANTA FE DO SUL - HOSPITAL GERAL
239)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS DE APARECIDA D OESTE - HOSPITAL GERAL
240)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE POPULINA - HOSPITAL GERAL
241)	IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE ESTRELA D OESTE - HOSPITAL GERAL
242)	SANTA CASA DE MACAUBAL - HOSPITAL GERAL
243)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUNQUEIROPOLIS - HOSPITAL GERAL

244)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FLORIDA PAULISTA - HOSPITAL GERAL
245)	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO FRANCISCO BURITAMA - HOSPITAL GERAL
246)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TUPI PAULISTA - HOSPITAL GERAL
247)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARAGUACU PAULISTA - HOSPITAL GERAL
248)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PALMITAL - HOSPITAL GERAL
249)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARARAPES - HOSPITAL GERAL
250)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ADAMANTINA - HOSPITAL GERAL
251)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OSVALDO CRUZ - HOSPITAL GERAL
252)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LUCELIA - HOSPITAL GERAL
253)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEREIRA BARRETO - HOSPITAL GERAL
254)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA E MATER DE DRACENA - HOSPITAL GERAL
255)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PACAEMBU - HOSPITAL GERAL
256)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAPIVARI - HOSPITAL GERAL
257)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRACICABA - HOSPITAL GERAL
258)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS - HOSPITAL GERAL
259)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE LOUVEIRA - HOSPITAL GERAL
260)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LEME - HOSPITAL GERAL
261)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA BARBARA DOESTE - HOSPITAL GERAL
262)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRASSUNUNGA - HOSPITAL GERAL
263)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISER DE STA RITA DO PASSA QUATRO - HOSPITAL GERAL
264)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DESCALVADO - HOSPITAL GERAL
265)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GRAMA - HOSPITAL GERAL
266)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AGUAI - HOSPITAL GERAL
267)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOCOCA - HOSPITAL GERAL
268)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACONDE - HOSPITAL GERAL
269)	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CASA BRANCA - HOSPITAL GERAL
270)	SANTA CASA DE MISERICORDIA HOSPITAL SAO VICENTE - HOSPITAL GERAL
271)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI MIRIM - HOSPITAL GERAL
272)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS - HOSPITAL GERAL
273)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOCORRO - HOSPITAL GERAL
274)	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRA NEGRA - HOSPITAL GERAL
275)	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO CARLOS - HOSPITAL GERAL

- | | |
|------|---|
| 276) | HOSPITAL E SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALVARES MACHADO - HOSPITAL GERAL |
| 277) | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIO CLARO - HOSPITAL GERAL |
| 278) | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALPARAISO - HOSPITAL GERAL |

Fonte: Observatório da Filantropia (2019)

Elaboração própria