

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

ANDRÉ LUIZ MENDES OLIVEIRA

A TRANSFORMAÇÃO DE UM CAMPO E SUAS
CONCEPÇÕES DE CONTROLE: o caso de uma
Santa Casa

SÃO CARLOS/SP
2019

ANDRÉ LUIZ MENDES OLIVEIRA

A TRANSFORMAÇÃO DE UM CAMPO E SUAS CONCEPÇÕES DE CONTROLE: o
caso de uma Santa Casa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade de São Carlos para a obtenção do título de doutor em Engenharia de Produção.

Orientador: Mário Sacomano Neto
Co-orientador: Júlio César Donadone

São Carlos/SP
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado do candidato André Luiz Mendes Oliveira, realizada em 13/06/2019:



Prof. Dr. Mário Sacomano Neto
UFSCar



Prof. Dr. Julio Cesar Donadone
UFSCar



Prof. Dr. André Lucirton Costa
USP



Prof. Dr. Bernadete de Lourdes Marinho Grandolpho
USP



Prof. Dr. Martin Mundo Neto
FATEC



Profa. Dra. Karina Gomes de Assis
UFSCar

*Á minha esposa, Lucimara
Aos meus pais, Antônio e Luiza
Ao meu irmão, Rodrigo
À minha cunhada Samantha
Aos meus sobrinhos, Rian, Raíssa, Lorenzo e Letícia*

E em especial ao meu sobrinho Vinícius que voltou tão cedo para a casa do Pai

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida, pela inspiração e por tudo o que realiza em minha vida;

À minha esposa Lucimara, por estar sempre ao meu lado, por me acalmar nas horas mais difíceis e por quase enlouquecer junto comigo nas últimas semanas, te amo;

Aos meus pais Antônio e Luiza, minhas referências para agir e que me ensinaram a beleza da simplicidade;

Ao meu irmão Rodrigo e minha cunhada Samantha, por me mostrarem que tudo se resolve e por cuidarem dos meus pais;

Aos meus sobrinhos, Rian, Raíssa, Lorenzo e Leticia, por trazerem a alegria nos momentos mais tensos e me recordarem o que é o amor;

À Dona Mafalda, Fernando, Josiane, Juninho, Patrícia, Rogério e Fabiana, por estarem sempre presentes como família em minha vida e suportarem minhas ausências;

Aos meus orientadores, Júlio e Mário, que me incentivaram a trilhar esse caminho de pesquisa;

Aos membros da banca de defesa, professores André, Bernadete, Karina e Martin, por terem aceitado participar deste momento tão importante do meu doutorado e por todas as contribuições que ajudaram a enriquecer o resultado final desta tese;

Ao professor Sílvio pelas contribuições nas bancas de pré-qualificação e qualificação da pesquisa;

Aos professores Alceu, Andréa, Grun, Lidiane, Paulillo e Sérgio, pela oportunidade de discutir meu trabalho nas disciplinas;

Aos incansáveis companheiros de batalha, Célio, Marcelo, Roberta, Damaris, Antônio e Felipe, pelo companheirismo durante as aulas;

À galera da velha guarda da Santa Casa, Gustavo, Marquinho, Estevam, Renata, Grasielle, Cissa, por me suportarem resgatar tanto o passado;

Aos irmãos da Santa Casa, Bino, seu Zizo, Rogério, seu Zé Luiz, Cidinha, Marli, que um dia compartilharam comigo o que é a alegria de servir ao outro;

Júnior Rossi, pela ajuda sincera em assuntos tão delicados como a política mogimiriana;

A todos os meus amigos de Mogi Mirim, verdadeiros irmãos do coração, que torceram tanto pelo resultado desta pesquisa;

À minha ex-professora de História, Carmem Bridi, por zelar com tanto carinho do Centro de Documentação Histórica de Mogi Mirim e me ajudar a resgatar a história do município;

Aos colegas professores da área de Gestão do Instituto Federal de São Paulo – câmpus São Carlos, pelos pitacos ao longo desta caminhada, apoio e força;

Ao Programa de Capacitação e Qualificação do Instituto Federal de São Paulo que possibilitou a dedicação integral à pesquisa nos últimos dois anos;

Ao pessoal da secretaria do PPGEF, Robson e Lucas, pela presteza em ajudar nos momentos em que achei que a parte burocrática ia travar tudo;
Enfim, a todos aqueles que torceram por mim e por esta pesquisa.

“A ação dos homens deve tender sempre, com a maior felicidade que se pode fruir, a servir aos futuros, a pagar os passados e não dever nada aos presentes”.

Padre Joaquim José Vieira (1836-1917),
fundador da Irmandade da Santa Casa de
Misericórdia de Campinas

RESUMO

Esta pesquisa investiga uma Santa Casa sob uma abordagem sociológica relacional com o auxílio da teoria de Campo de Ação Estratégica, de Fligstein e de Concepções de Controle desenvolvidas por Fligstein e McAdam. O tema de pesquisa é apresentado de forma a contextualizar o problema de pesquisa, seus objetivos e os fatos que demonstram a relevância da pesquisa. O método adotado na pesquisa, de caráter qualitativo, apresenta um estudo de caso único envolvendo uma pesquisa documental aliada a uma pesquisa de campo. Também é apresentada uma breve análise histórica das Santas Casas, a fim de compreender os princípios que deram origem às estas instituições, e sua relação com a caridade cristã, filantropia da nobreza portuguesa e a importância das Irmandades e Confrarias na Idade Média, nas sociedades portuguesas e brasileira no período colonial. Delimita-se um breve histórico do sistema público de saúde brasileiro e dos planos de saúde privados. Os dados obtidos foram divididos em quatro períodos e analisados considerando as quatro categorias selecionadas: Destaques históricos, Perfil do Provedor, Perfil dos assistidos e Origem dos recursos financeiros. A partir desta análise foi possível identificar quatro concepções de controle ao longo do tempo: Caritativa, Nosocômica, Mercantil e Semi-Pública. Outra conclusão da pesquisa demonstra a dinâmica da Santa Casa como um Campo de Ação Estratégica, observando o (re)posicionamento de cada um dos agentes dentro do campo Santa Casa e dos campos adjacentes a ela. O papel do Estado ao longo da história da Santa Casa também é discutido, demonstrando sua atuação.

Palavras-chave: Santas Casas, Teoria de Campo, Concepções de Controle. Campo de Ação Estratégica

ABSTRACT

This research investigates a Santa Casa under a relational sociological approach with the aid of Fligstein's Strategic Action Field theory and Conception of Control developed by Fligstein and McAdam. The research theme is presented in order to contextualize the research problem, its objectives and the facts that demonstrate the relevance of the research. The method adopted is the qualitative research, with a unique case study involving documentary research allied to a field research. A brief historical analysis of the Santa Casa is also presented, in order to understand the principles that gave rise to these institutions, and their relationship with Christian charity, philanthropy of the Portuguese nobility and the importance of the Brotherhoods and Confraternities in the Middle Ages in Portuguese societies and Brazilian in the colonial period. A brief history of the Brazilian public health system and of private health plans is outlined. The data were divided in four periods and analyzed considering the four selected categories: Historical Highlights, Provedor Profile, Patient Profile and Financial Resources Source. From this analysis it was possible to identify four conceptions of control over time: Caritária, Nosocômica, Mercantil and Semi-Pública. Another conclusion of the research demonstrates the dynamics of the Santa Casa as a Strategic Action Field, observing the (re) positioning of each of the agents within the Santa Casa field and the fields adjacent to it. The role of the State throughout the history of Santa Casa is also discussed, demonstrating its performance.

Keywords: Santas Casas. Theory of Field. Conception of Control. Strategic Action Field.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – <i>String</i> de Pesquisa “Santa Casa”	27
Quadro 2 – Quadro de características das concepções de controle	71
Quadro 3 – Alterações no Estatuto de 1918	76
Quadro 4 – Doações para a Santa Casa	82
Quadro 5 – Sistema de revezamento de cargos na Mesa Co-Gestora	110
Quadro 6 – Características da Concepção de Controle Caritária	126
Quadro 7 – Características da Concepção de Controle Nosocômica	129
Quadro 8 – Características da Concepção de Controle Mercantil	130
Quadro 9 – Características da Concepção de Controle Semi-Pública	132
Gráfico 1 – Total de publicações por ano - “Santa Casa” - <i>Web of Science</i>	28
Gráfico 2 – Total de publicações por ano – “Santa Casa” – <i>Scielo</i>	29
Gráfico 3 – Origem dos Recursos Financeiros 1916-2017	140
Gráfico 4 – Perfil dos assistidos 1916-2017	141
Figura 1 – Densidade da co-ocorrência de palavras-chave – <i>Web of Science</i>	30
Figura 2 – Rede de co-ocorrências de palavras-chaves – <i>Web of Science</i>	31
Figura 3 – Densidade da co-ocorrência de palavras-chave – <i>Scielo</i>	32
Figura 4 – Rede de co-ocorrência de palavras-chave – <i>Scielo</i> (exceto clusters isolados)	33
Figura 5 – Representação gráfica do Campo de Ação Estratégica	71
Figura 6 – Campo de Ação Estratégica Emergente da Santa Casa de Mogi Mirim	133
Figura 7 – Surgimento do primeiro grupo de desafiantes no CAE	134
Figura 8 – Transformação do CAE durante as décadas de 1920 e 1930	135
Figura 9 – Surgimento do novo grupo de desafiantes no CAE na década de 1960	136
Figura 10 – Transformação do CAE durante as décadas de 1960 e 1970	137
Figura 11 – Transformação do CAE durante as décadas de 1990 e 2000	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos falecidos 1916	80
Tabela 2 – Movimento hospitalar 1900 e 1916	81
Tabela 3 – Receita do ano 1916	82
Tabela 4 – Perfil dos falecidos 1917	90
Tabela 5 – Movimento hospitalar 1920 – 1941	90
Tabela 6 – Receita do ano 1920	91
Tabela 7 – Receita do biênio 1933-1934	92
Tabela 8 – Receita do biênio 1939-1940	93
Tabela 9 – Receita do ano 1967	95
Tabela 10 – Movimento hospitalar 1969 – 1990	103
Tabela 11 – Receita do ano 1972	105
Tabela 12 – Receita do ano 1979	106
Tabela 13 – Receita do ano 1986	107
Tabela 14 – Receita do ano 1990	107
Tabela 15 – Movimento hospitalar 1994 – 2017	117
Tabela 16 – Receita do ano 1994	118
Tabela 17 – Receita do ano 1998	119
Tabela 18 – Receita do ano 2002	120
Tabela 19 – Receita do ano 2011	121
Tabela 20 – Receita do ano 2014	122
Tabela 21 – Receita do ano 2017	123

LISTA DE SIGLAS

APM – Associação Paulista de Medicina

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBAS – Certificado de Entidade de Beneficência e Assistência Social

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

IAMSPE – Instituto de Assistência Médica dos Servidores Públicos

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Apresentação (ou como cheguei até aqui)	23
1.2 O Problema de Pesquisa	26
1.3 Justificativa	35
1.4 Estruturação da Tese	37
2 FERRAMENTAS TEÓRICAS	39
2.1 Concepções de Controle.....	39
2.2 Campo de Ação Estratégica e Habilidade Social	41
2.3 Influência do Estado.....	42
3 O AMPARO AO “PRÓXIMO” E AS SANTAS CASAS	45
3.1 Da Caridade à Filantropia	45
3.2 As Irmandades	47
3.3. As Santas Casas.....	49
3.4 Considerações Finais.....	52
4 A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL, AS SANTAS CASAS E OS PLANOS DE SAÚDE	55
4.1 As Caixas de Previdência e os Institutos de Aposentadoria e Pensão.....	56
4.2 O Instituto Nacional de Previdência Social e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.....	57
4.3 O Sistema Único de Saúde (SUS)	60
4.4 Considerações Finais.....	62
5 ESCOLHAS METODOLÓGICAS	65
5.1. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim.....	66
5.2 Os procedimentos da coleta de dados.....	67
5.3 Análise de Dados	69
6 RESULTADOS.....	73
6.1 Primeiro Período (1867 – 1916).....	73
6.1.1 Destaques históricos	73
6.1.1.1 Gênese e construção do primeiro hospital	73
6.1.1.2 A Reforma dos Estatutos e o “Golpe” Episcopal (1917-1924)	75
6.1.2 Perfil dos provedores	78
6.1.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiro	80

6.2 Segundo Período (1917 – 1967)	84
6.2.1 Destaques históricos	84
6.2.1.1 Reformas...	84
6.2.1.2 ... e Construções.....	86
6.2.2 Perfil dos provedores	87
6.2.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiros	90
6.3 Terceiro Período (1968 – 1991)	96
6.3.1 Destaques históricos	96
6.3.1.1 O plano diretor	96
6.3.1.2 O corpo clínico ganha força	98
6.3.2 Perfil dos provedores	102
6.3.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiros	103
6.4 Quarto Período (1992 – 2017).....	108
6.4.1 Destaques históricos	108
6.4.1.1 A Co-Gestão	108
6.4.1.2 A “expansão” da Santa Casa de Mogi Mirim	111
6.4.1.3 A primeira intervenção municipal	113
6.4.2 Perfil dos provedores	115
6.4.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiros	117
6.5 Considerações Finais	123
7 DISCUSSÕES E CONCLUSÕES	125
7.1 Concepções de Controle	125
7.1.1 Concepção de Controle Caritária	125
7.1.2 Concepção de Controle Nosocômica	127
7.1.3 Concepção de Controle Mercantil	129
7.1.4 Concepção de Controle Semi-Pública	131
7.2 O Campo de Ação Estratégica “Santa Casa”	132
7.3 Seguindo o Dinheiro	139
7.4 Santa Casa, Próximos Capítulos.....	144
7.5 Considerações Finais	147
8 REFERÊNCIAS	151
ANEXO I – GALERIA DOS PROVEDORES	155
APÊNDICE I – RESUMO DO PERFIL DOS PROVEDORES	159

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação (ou como cheguei até aqui)

Não há como dissociar esta tese de minha trajetória de vida, afinal ela surge como uma consequência de minha vida acadêmica e profissional. Apesar da “lógica” existente no fato de um bacharel em Administração propor uma pesquisa sobre uma determinada organização/instituição, não é tão fácil – ou até mesmo aceitável por parte de alguns acadêmicos – propor o desenvolvimento de uma pesquisa abordando a categoria “Santa Casa” fora das linhas de pesquisa ligadas à área da saúde.

Minha formação no ensino médio ocorreu de forma integrada a um curso de técnico em mecânica no período noturno, um curso de quatro anos e cujo currículo descartava diversos conteúdos relacionados ao ensino médio como História, Biologia, Geografia e Química. A ênfase do curso era formar profissionais que suprissem a necessidade de mão-de-obra das indústrias da região e, portanto, havia destaque para as disciplinas técnicas, bem como para Matemática, Física, Língua Portuguesa e Língua Estrangeira – Inglês.

No último ano do curso consegui um estágio na divisão de equipamentos médico-hospitalares em uma empresa nacional que também fabricava órteses e próteses. Fui efetivado como desenhista e alocado no departamento comercial, onde minha função, a partir das plantas das centrais de esterilização ou das lavanderias, era a de projetar o melhor arranjo dos equipamentos e dos acessórios que fariam parte da proposta de venda. Neste ponto começava o meu envolvimento com os hospitais, mais precisamente com uma pequena área: a central de esterilização localizada no centro cirúrgico ou a lavanderia. E ainda assim, neste período não conhecia pessoalmente estes setores do hospital, pois meu único contato era através das plantas baixas recebidas dos clientes.

Cerca de dois anos depois, fui transferido para a área de Engenharia de Desenvolvimento de Produto, na qual após participar dos primeiros projetos passei a conhecer as centrais de materiais, os centros cirúrgicos e as lavanderias pessoalmente. Nesta época visitei hospitais públicos, privados e santas casas dos mais diversos portes pelo país e pude começar a ter contato com as diversas realidades da saúde espalhados pelo Brasil. Seguindo uma lógica acadêmica, entrei

em um curso de Engenharia em uma universidade particular, mas ao final do primeiro ano fui obrigado a trancar a matrícula por dificuldades financeiras e por não ter conseguido ser contemplado pelo programa de bolsas de estudo da empresa.

Aos 25 anos ocorre uma guinada em minha trajetória acadêmica: ingressei em um curso superior de Administração. Apesar de minha formação técnica na área de Mecânica não tive dificuldades em acompanhar o curso, pois nos seis anos em que atuava na empresa, após um tempo na área de projetos, assumi a responsabilidade de implementar o sistema de gestão de qualidade na divisão em que atuava, bem como participei da equipe responsável implantação de um sistema informatizado de gestão baseado em MRP-II (*Manufacturing Resource Planning* – Planejamento de Recursos de Manufatura), situações que me permitiram entender o funcionamento de uma organização, antes mesmo que isso me fosse apresentado nos bancos da faculdade.

No final do curso de Administração fui procurado por um amigo, que estava gerenciando a Santa Casa, que me convidou a ir trabalhar com ele e implementar um sistema de gestão de qualidade no hospital, bem como elaborar projetos para arrecadação de recursos através de credenciamentos específicos junto aos órgãos públicos. Assim como minha formação acadêmica havia dado uma guinada a quatro anos atrás, minha vida profissional também o fez: após 10 anos de atuação, deixei a empresa de equipamentos médico-hospitalares para atuar em uma Santa Casa.

Nos cinco anos em que atuei na Santa Casa, três foram como gerente administrativo-financeiro e tendo contato direto com diversos agentes envolvidos com a organização: a diretoria (no caso denominada como Mesa Diretora), os agentes públicos envolvidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), vereadores, médicos que prestavam serviços tanto ao SUS quanto aos convênios atendidos pelo hospital, gestores responsáveis pelos serviços terceirizados, entre outros. Durante este período fiz uma especialização, MBA (*Master in Business Administration*) em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) com bolsa parcial de estudos bancada pela Santa Casa.

Cerca de seis meses após ingressar na Santa Casa, recebi o convite para lecionar na escola em que havia feito o curso técnico. Começava neste momento minha trajetória na área acadêmica e não demorou muito para lecionar também no ensino superior justamente na faculdade em que me formei.

A decisão de deixar de atuar profissionalmente na Santa Casa ocorreu em função de existir um desejo em dedicar-se exclusivamente à docência, prática que me levou a perceber a existência de algumas deficiências em meu perfil de pesquisador, constatação esta que me levou a ingressar em um Programa de Pós-Graduação em Administração na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo e defender, em 2013, uma dissertação sobre Administração Estratégica em Santas Casas.

Em meados de 2014, em função da aprovação em um concurso público para docente no Instituto Federal de São Paulo, mudei-me para São Carlos e por intermédio de uma colega de Instituto fui apresentado à um grupo de estudo que estava terminando de discutir o livro *A Theory of Fields* (FLIGSTEIN; McADAM, 2012). Neste momento minha vida de pesquisador toma uma guinada e surge o desejo de voltar a estudar as Santas Casas, mas desta vez não imerso no dia-a-dia e descrevendo este cotidiano, mas buscando um afastamento que permita entender o como a Santa Casa atingiu a atual configuração a ajuda de ferramentas teóricas que serão apresentadas no decorrer desta tese.

Mas ainda fica a questão: **Por que Santa Casa?**

Por que em muitas localidades do país, assim como era em Mogi Mirim a pouco mais de uma década atrás, uma Santa Casa é o único hospital da cidade. Mas o fato de Mogi Mirim possuir também um hospital privado atendendo convênios e particulares não muda o fato de que a Santa Casa é o único hospital que atende aos usuários do SUS no município.

Em julho de 2014, a sociedade foi surpreendida com a interrupção do atendimento de urgência e emergência da Santa Casa de São Paulo, considerada o maior centro médico filantrópico da América Latina, por um período de 28 horas. Na época a instituição justificou a interrupção do atendimento por falta de materiais básicos como gaze e esparadrapo, por exemplo, decorrente de uma dívida com fornecedores estimada em R\$ 400 milhões (quatrocentos milhões de reais).

Na sequência, a imprensa relatou problemas financeiros em outras Santas Casas tidas como referência em excelência de gestão como, por exemplo, em Porto Alegre, Maceió e Belo Horizonte. A CMB, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, estimava que a dívida acumulada no segmento girava em torno de R\$ 15 bilhões (quinze bilhões de reais).

Em Mogi Mirim, periodicamente surge a notícia de que a Santa Casa está em crise... E a crise da vez tem preocupado muito aos cidadãos do município, já que se fala que a dívida da instituição está na casa dos R\$ 54 milhões (cinquenta e quatro milhões de reais).

Uma análise preliminar indicou a existência de diversos trabalhos que tem a Santa Casa como objeto de estudo e que abordam a gestão hospitalar, a preocupação com custos e a busca por resultados. Além disso, o Brasil possui 241 cursos na área de administração hospitalar (BRASIL, 2018) distribuídos entre bacharelados e cursos de tecnologia. Mesmo assim as Santas Casas vêm enfrentando uma crise, classificada por elas mesmas como financeira, que periodicamente toma conta dos noticiários¹.

Ora, se existem profissionais capacitados para gerir especificamente organizações de saúde, se existem trabalhos acadêmicos abordando práticas operacionais que dão resultados em outras organizações, por que as Santas Casas permanecem nesta situação a tanto tempo?

1.2 O Problema de Pesquisa

Não é uma tarefa fácil chegar à delimitação do problema que será abordado por uma pesquisa. Buscando verificar as possibilidades de pesquisa, foi feito um levantamento da produção científica a fim de tentar vislumbrar possíveis lacunas na geração do conhecimento. Considerando as bases de dados liberadas pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) selecionou-se as bases de dados *Web of Science* e *Scielo* considerando a possibilidade de abordar a produção científica gerada tanto em periódicos nacionais quanto internacionais. Como se tratava de uma extração preliminar e com o objetivo de obter uma visão fiel da produção científica existente na base de dados, definiu-se que não seriam realizados filtros temporais para a extração de dados, ou seja, a pesquisa abrangeu

¹ A pesquisa desta tese permitiu verificar que o discurso de crise na Santa Casa estudada vem desde julho de 1900, assim como se encontrou notícias de que as Santas Casas de Santos e São Paulo estariam diminuindo o número de atendimentos em virtude de crise financeira em julho de 1932.

desde a publicação mais antiga existente nas bases de dados selecionadas até o momento da extração dos dados em dezembro de 2017.

Em ambas as bases foram realizadas diversas extrações de dados alterando-se o *string* de pesquisa e os dados obtidos foram analisados com o auxílio das ferramentas *Bibexcel* e *VOSviewer* a fim de obter panoramas que pudessem auxiliar na delimitação do problema de pesquisa.

Inicialmente, e considerando o objeto preliminar de estudo, buscou-se identificar os termos mais comumente utilizados, tanto na língua portuguesa quanto na língua inglesa, quando se faz referência à “Santa Casa” para a montagem do primeiro *string* de pesquisa, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: *String* de Pesquisa “Santa Casa”

Termos de Interesse	<i>String</i> de Pesquisa
Santa Casa Hospital Beneficente Hospital Filantrópico Misericórdia Beneficent Hospital Non-for-profit Hospital Not-for-profit Hospital NFP Hospital Non Governmental Hospital Not-governmental Hospital NGO Hospital	“hospita* beneficent*” OR “hospita* filantrópico*” OR “santa* casa*” OR “misericórdia*” OR “beneficent* hospital*” OR “non-for-profit hospital*” OR “not-for-profit hospital*” OR “nfp hospital*” OR “non-governmental hospital*” OR “not-governmental hospital*” OR “ngo hospital*”

Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

A pesquisa realizada na base de dados *Web of Science* apresentou 766 resultados, porém, ao observar a classificação “Tipos de Documentos” notou-se que haviam resultados categorizados em situações que não poderiam ser consideradas como produção científica. Realizou-se um refinamento do resultado da pesquisa optando por relacionar apenas três “Tipos de Documentos”: (i) *Articles*; (ii) *Proceeding Papers*; e (iii) *Review*, limitando o resultado final em 646 documentos (84,33% do resultado inicial) que foram utilizados para análise.

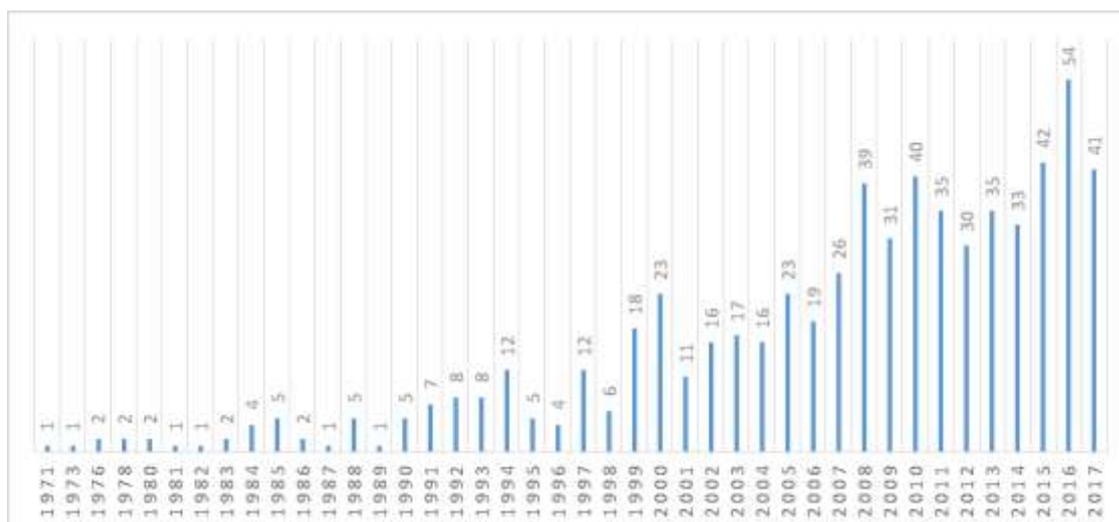
Já a pesquisa realizada na base de dados *Scielo* retornou inicialmente 458 resultados. Foi verificado que entre esses resultados, assim como havia ocorrido na base de dados *Web of Science*, existiam resultados que não poderiam ser considerados como produção científica e no refinamento do resultado selecionou-se os seguintes “Tipos de Documentos”: (i) *Research Article*; (ii) *Case Report*; (iii)

Review Article; (iv) *Brief Report*, e (v) *Undefined*. O tipo de documento *Undefined* foi incluído em função da possibilidade de conter produção científica não classificada na base de dados. Este refinamento da pesquisa resultou em 452 documentos (98,69% do resultado inicial) utilizados na análise de dados.

A análise dos dados referentes ao *string* “Santa Casa” nas duas bases de dados apresentou informações interessantes que serão apresentadas a seguir.

O Gráfico 1 apresenta o total de publicações por ano da base de dados *Web of Science*. Observa-se um crescimento relevante no número de publicações sobre o tema: se na década de 1970 e 1980, a média de publicações é de 1,5 e 2,4, respectivamente, esta média vai para 8,5 na década de 1990, saltando para 22,1 na década de 2000 e 38,75 na década de 2010.

Gráfico 1: Total de publicações por ano – “Santa Casa” – *Web of Science*



Fonte: Elaboração própria.

Já o Gráfico 2 apresenta o total de publicações por ano da base de dados *Scielo*, em que apesar de identificar uma média de 26,87 publicações anuais na década de 2000 contra uma média de 29,63 publicações anuais na década de 2010, é possível também verificar uma tendência de diminuição no número de publicações anuais nos últimos três anos.

Gráfico 2: Total de publicações por ano – “Santa Casa” – Scielo



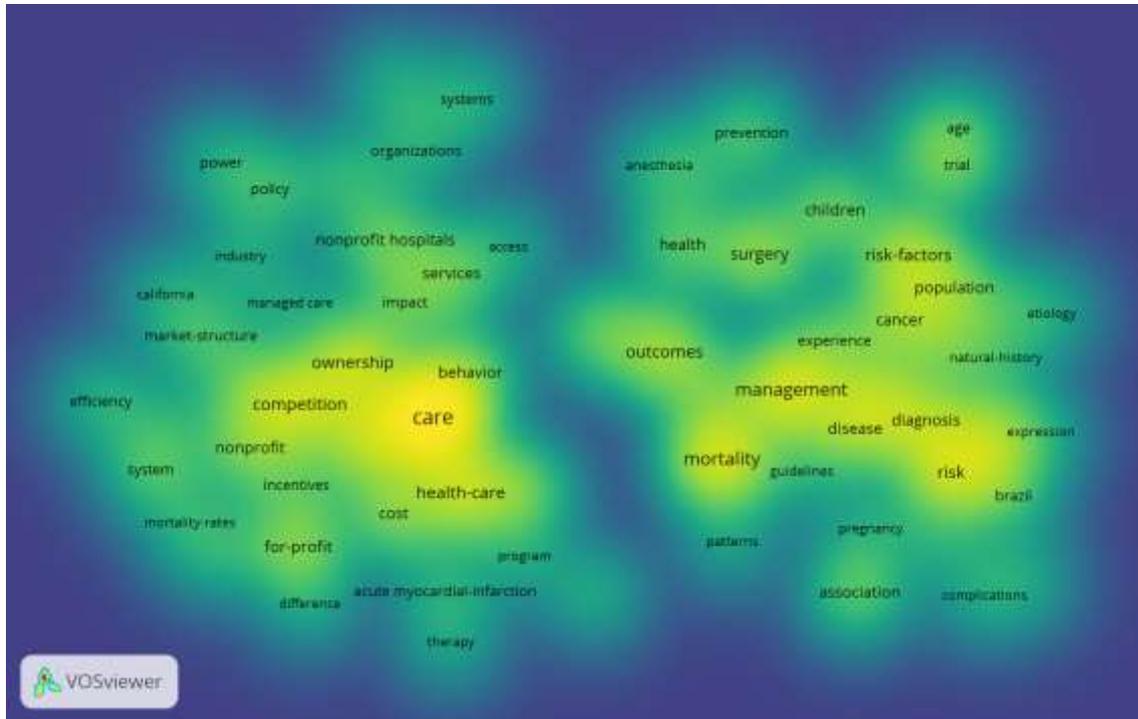
Fonte: Elaboração própria

Ao observarmos conjuntamente as tendências do número de publicações anuais nas duas bases de dados percebe-se uma tendência de aumento de publicações na *Web of Science* e uma redução de publicações na *Scielo*. Uma possível explicação desta situação talvez seja a mudança de foco dos autores, buscando publicar seus trabalhos em periódicos internacionais, sendo que estes últimos compõem a grande base de periódicos existentes na base de dados *Web of Science*, enquanto a base de dados *Scielo* possui um grande número de periódicos brasileiros em sua base.

Outra análise realizada com os dados extraídos com o *string* “Santa Casa” teve como unidade de análise as palavras-chave utilizadas pelos autores. Foi utilizada a ferramenta *VOSviewer* que permitiu fazer a análise de co-ocorrência das palavras-chave e apresentar o resultado em duas representações gráficas complementares: a densidade das co-ocorrências e a rede de co-ocorrências.

A ferramenta *VOSviewer* foi parametrizada para considerar apenas as palavras-chave com cinco ou mais ocorrências. Esta parametrização fez com que, das 1.481 ocorrências iniciais, as 73 palavras-chave que atendiam ao critério fossem selecionadas.

Figura 1: Densidade da co-ocorrência de palavras-chave – *Web of Science*



Fonte: Elaboração própria.

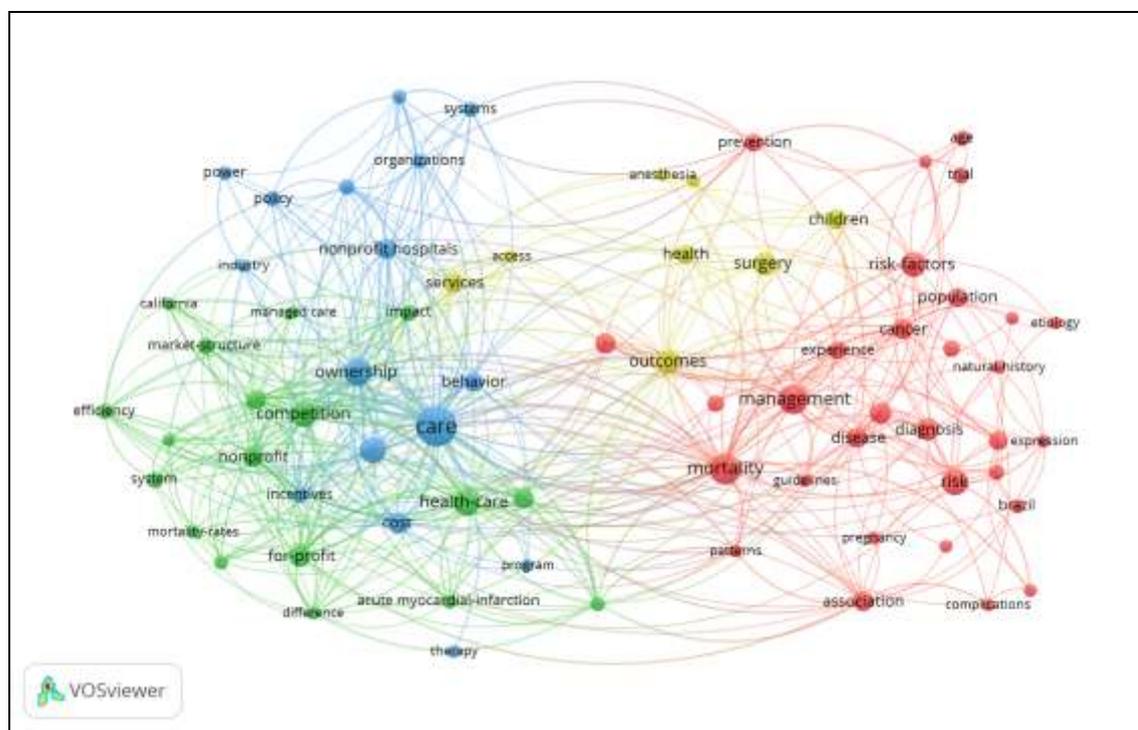
Os dados extraídos da base de dados *Web of Science* apresentaram a densidade ilustrada na Figura 1. Esta análise indicou que na base de dados *Web of Science* há um destaque para os termos “*care*”, “*management*”, “*mortality*”, “*competition*”, “*diagnosis*” e “*ownership*”.

Ainda com os dados da base de dados *Web of Science* foi gerada a representação da rede das co-ocorrências das palavras-chaves, cujo resultado pode ser observado na Figura 2. Nesta análise podemos identificar os laços entre as palavras-chave, bem como a formação dos quatro *clusters* distintos.

Os *clusters* obtidos da base de dados *Web of Science* apontam para quatro grupos temáticos:

- Organizacional;
- Assistencial;
- Competição;
- Resultados.

Figura 2: Rede de co-ocorrências de palavras-chaves – *Web of Science*



Fonte: Elaboração própria.

Apesar de obter quatro *clusters* distintos, o termo “care” possui conexão com termos de todos os demais *clusters*.

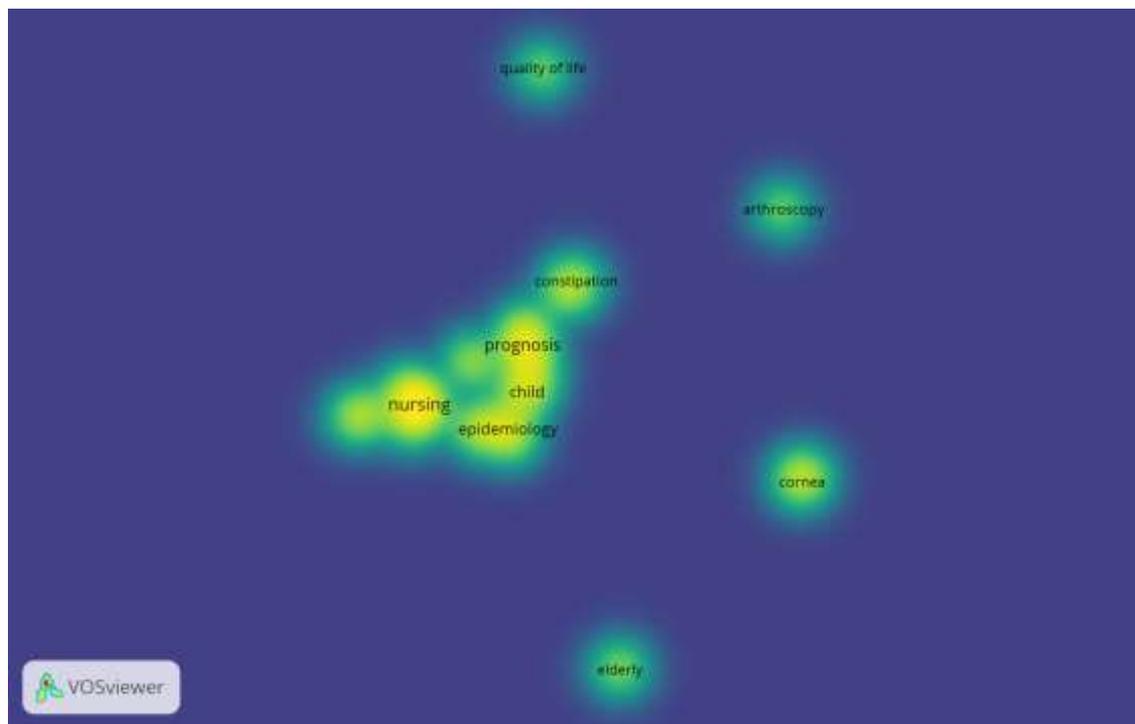
Os dados extraídos da base de dados *Scielo* também foram analisados com a ferramenta *VOSviewer* utilizando a mesma parametrização da ferramenta, seleção de palavras-chave com cinco ou mais ocorrências, para verificar os principais temas trabalhados nos periódicos desta base de dados e se, tais temas, possuíam alguma relação com os resultados obtidos na análise dos dados extraídos da base de dados *Web of Science*. A parametrização fez com que, das 1.420 ocorrências iniciais, 20 palavras-chave fossem selecionadas para processamento.

A densidade das co-ocorrências da base de dados *Scielo* indica o destaque para os termos “nursing”, “prognosis” e “epidemiology”, como pode ser constatado na Figura 3.

Já a representação da rede das co-ocorrências na base de dados *Scielo* apresenta as 20 palavras-chave selecionadas distribuídas em 10 *clusters*, sendo que quatro deles se encontram isolados, ou seja, não possuem laços com os

demais *clusters*, fato que não ocorreu com a rede de co-ocorrências na base de dados *Web of Science*. Os clusters isolados foram formados pelas palavras-chave “*quality of life*”, “*arthroscopy*”, “*cornea*” e “*elderly*”.

Figura 3: Densidade da co-ocorrência de palavras-chave – *Scielo*



Fonte: Elaboração própria.

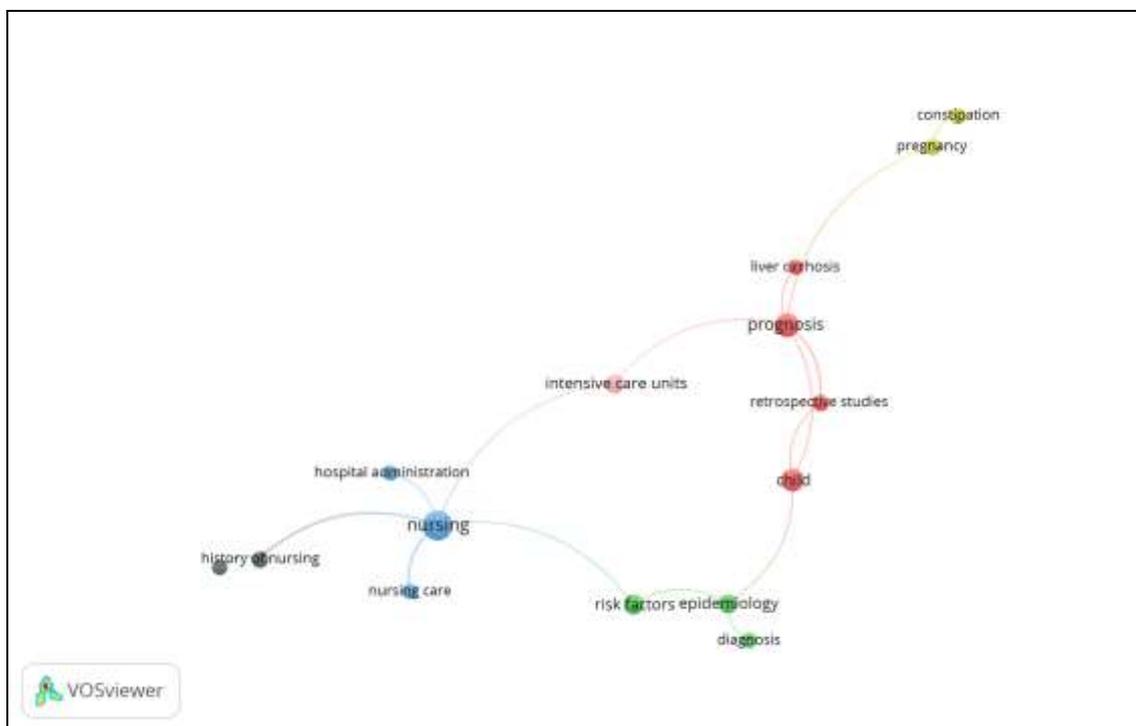
Para facilitar a visualização dos outros seis *clusters*, estes foram destacados na Figura 4.

Enquanto na análise da rede de co-ocorrências da base de dados *Web of Science* identificou-se um termo conectando-se com termos de todos os demais *clusters*, a rede da base de dados *Scielo* não apresentou nenhum termo com essa característica.

As temáticas dos *clusters* da base de dados *Scielo* podem ser destacadas em três grupos:

- Enfermagem;
- Assistência;
- Segurança Epidemiológica.

Figura 4: Rede de co-ocorrência de palavras-chave – *Scielo* (exceto clusters isolados)



Fonte: Elaboração própria.

Comparando os resultados obtidos em cada uma das bases de dados observa-se que enquanto os dados obtidos na *Web of Science* remetem a trabalhos que podem ser agrupados em quatro temáticas – *clusters* – operacionais, os dados obtidos na *Scielo* demonstram trabalhos mais diversificados, que não apresentam temáticas que se relacionem a ponto de formar grandes *clusters* em uma rede de co-ocorrências de suas palavras-chave. Além disso, a análise da base *Scielo* indica uma tendência de estudo focada na área de enfermagem. Ressalta-se que o fato de uma base de dados possuir trabalhos que se conectam com mais força entre si a partir das palavras-chave enquanto outra apresenta uma diversificação maior, não significa que uma delas seja mais indicada a ser utilizada, mas representa as características dos trabalhos publicados nos periódicos de cada base de dados.

Uma vez que a inspiração inicial é estudar as Santas Casas com o auxílio de ferramentas de base sociológica, a questão do poder nas organizações não pode ser desconsiderada. Ao buscar o termo “*power*” na análise das co-

ocorrências de palavras-chave realizada na base de dados *Web of Science* (Figura 2, p.33) encontramos o termo em uma posição periférica na parte superior esquerda, dentro do *cluster* destacado pela cor azul e conectado apenas aos termos “*accountability*”, “*for-profit hospitals*”, “*industry*”, “*care*” e “*impact*”. Já na base de dados *Scielo*, o termo não foi localizado e nem mesmo sua tradução para a língua portuguesa “poder”.

Ainda com a ideia da abordagem sociológica, o termo “*sociology*” foi pesquisado dentro das palavras-chaves obtidas nas bases de dados, porém, não houve sucesso em localizar o termo.

O fato de não encontrar palavras-chave referenciadas como “poder” e “sociologia” não significa a inexistência de trabalhos com esta abordagem, mas talvez signifique que a Santa Casa, como instituição, ainda não tenha sido utilizada como objeto central de estudo.

Esta tese não pretende descrever a imagem atual que existe de Santa Casa, mas busca apresentar a dinâmica deste objeto como um campo com agentes lutando por recursos e, com esta disputa, alterando as regras do próprio campo e moldando a organização como ela é hoje. Desta forma, a questão chave que norteia esta tese é:

De que forma uma Santa Casa foi se (re)moldando como campo ao longo de sua história?

O objetivo geral é analisar as transformações históricas no domínio de uma Santa Casa, sendo considerada como um campo. Os objetivos específicos englobam:

- Analisar a gênese e o histórico geral das Santas Casas;
- Situar a Santa Casa estudada em relação a seus espaços adjacentes;
- Analisar a posição do cargo Provedor;
- Analisar as “regras” que influenciam no campo Santa Casa;
- Analisar episódios contenciosos e tomada de posições;
- Analisar os incumbentes e desafiantes presentes no campo;

- Analisar as possíveis concepções de controle que possam se configurar.

1.3 Justificativa

A Constituição Federal Brasileira de 1988 trouxe consigo uma revolução para o sistema de saúde público brasileiro: a criação do SUS. Considera-se como revolucionário este sistema pois ele atua com dois eixos norteadores: a integralidade (todos os serviços) e a universalidade (a todos os cidadãos), características estas que não existiam no funcionamento dos sistemas de saúde anteriores.

Entretanto como a esfera pública na época da criação do SUS não tinha estrutura suficiente – e até os dias atuais ainda não possui tal estrutura – a mesma Constituição, previu a possibilidade de contratação de serviços de saúde da esfera privada para garantir o atendimento à população brasileira, dando prioridade à contratação de serviços de entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos, categoria que enquadra as Santas Casas.

A partir de então as Santas Casas, que tinham como principal foco as atividades filantrópicas e de caridade, foram inseridas dentro do SUS passando a desempenhar o papel de prestadores de serviço ao Estado e sendo remunerados pela prestação de tais serviços.

De acordo com o banco de dados do DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, os hospitais beneficentes, categoria em que se enquadram as Santas Casas, representam 44% das unidades hospitalares do SUS, fato que qualifica o segmento como parceiro estratégico do governo federal na prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2018), uma vez que, a partir da inexistência desta retaguarda hospitalar e do desinteresse da rede privada em atender os usuários do SUS, o Estado brasileiro teria que praticamente dobrar sua estrutura hospitalar pública instalada para retomar a capacidade de atendimento atual.

Outros dados demonstram a importância dos hospitais beneficentes para o funcionamento do SUS: os hospitais beneficentes são responsáveis por mais de 2,76 milhões de internações do SUS (BRASIL, 2018) e 54,3% destes hospitais são o único estabelecimento hospitalar existente no município em que estão

instalados. Portanto, não é exagero afirmar que garantir a existência e o pleno funcionamento destas organizações é fundamental não apenas para o funcionamento do SUS, mas também para a sobrevivência da própria comunidade na qual estas estão inseridas.

Quase 30 anos após a criação do SUS e a inserção das Santas Casas no sistema público de saúde, apresenta-se um quadro caótico no segmento da saúde beneficente: uma dívida do setor que chega aos R\$ 15 bilhões (quinze bilhões de reais) e o maior hospital de urgência e emergência da América Latina, a Santa Casa de São Paulo paralisando seu atendimento por 28 horas por falta de materiais e medicamentos.

Um outro argumento para justificar a relevância do desenvolvimento deste estudo envolve a forma como as pessoas veem as Santas Casas nos dias de hoje. Apesar de ser uma organização de origem filantrópica e religiosa, na maioria das notícias em que há reclamações a respeito do atendimento recebido, ou em muitos casos não recebido, em uma Santa Casa temos relatos indicando que, para aquela pessoa, a organização filantrópica pertence ao setor público, tanto é que na maioria das vezes a reclamação é encaminhada inicialmente ao agente público e não à Santa Casa.

Enfim, a Santa Casa é uma organização complexa, pois além de características comuns a qualquer organização – gestão de pessoas, gestão de materiais e gestão financeira, por exemplo – apresenta características de outras organizações específicas: (i) hoteleira, em função da gestão da ocupação dos leitos de internação bem como da gestão de enxoval e limpeza dos quartos; (ii) alimentícia, em função da elaboração de cardápios específicos de acordo com o prescrição médica ao paciente, bem como a preparação e distribuição das refeições; (iii) farmacêutica, em função da armazenagem e controle de medicamentos, sejam eles controlados ou não.

Além de ser uma organização complexa em virtude da diversidade de funções que exerce, a complexidade de uma Santa Casa também pode ser vislumbrada a partir da diversidade de agentes que ali atuam: os irmãos que compõem a diretoria; os médicos que compõem o corpo clínico; os convênios médicos a que está credenciada; o poder público como gestor do SUS; os gerentes contratados para gerir o hospital; o grupo de enfermagem nas diversas unidades de atendimento; entre outros. A convivência de tantos agentes com interesses tão

diversos não poderia resultar em outra situação: a Santa Casa se torna uma arena complexa em que estes agentes disputam os recursos disponíveis. Sendo assim, a análise de uma Santa Casa como um Campo de Ação Estratégica ajuda a entender a dinâmica desta organização sob uma ótica diferente da aplicada em outros trabalhos realizados em instituições hospitalares, especialmente as Santas Casas.

Apesar de inúmeros estudos específicos referentes aos diversos procedimentos operacionais de uma organização hospitalar, as Santas Casas aparentam que, independente das intervenções que são realizadas, continuarão no quadro caótico em que se encontram. Neste ponto é que surge a oportunidade de realizar não um estudo de abordagem gerencial, mas um estudo mais abrangente, com base em ferramentas teóricas de abordagem sociológica. Esta tese apresenta duas grades contribuições (i) a mudança de abordagem no objeto de estudo de gerencial/operacional para sociológico; e (ii) analisar uma organização como um campo de ação estratégica, estudo que até o momento não foi explorado pelos pesquisadores.

Desta forma, busca-se trazer luz através de novos ângulos de estudo a este quadro que se apresenta diante de nossos olhos e explicar o que é uma Santa Casa nos dias atuais e como esta configuração foi sendo moldada ao longo do tempo.

1.4 Estruturação da Tese

A tese foi estruturada de forma a permitir que o leitor possa compreender as ferramentas teóricas selecionadas, o contexto em que as Santas Casas foram criadas, o papel do Estado na área da assistência médico-hospitalar brasileira, as escolhas metodológicas aplicadas, o caso em estudo e as conclusões obtidas com o estudo.

O primeiro capítulo apresentou o contexto desta tese, o problema de pesquisa, os objetivos propostos, bem como a justificativa da relevância do trabalho e a estrutura da tese. Uma descrição sucinta das ferramentas teóricas escolhidas para auxiliar no desenvolvimento da tese se encontram no segundo capítulo. O terceiro capítulo apresenta como a caridade se transformou em filantropia, a importância das Irmandades para a sociedade medieval e a criação da primeira Irmandade de Misericórdia portuguesa, cujo modelo foi “exportado” para o Brasil

Colônia. O desenvolvimento da assistência médico-hospitalar no Brasil e o papel do Estado sobre ela são descritos no quarto capítulo. O método aplicado na pesquisa para elaboração desta tese está no quinto capítulo, juntamente com uma breve apresentação do objeto de estudo. O sexto capítulo apresenta os resultados da pesquisa estruturados com base nas categorias descritas no método. O sétimo capítulo traz as conclusões desta tese, com a apresentação das concepções de controle, as transformações do campo de ação estratégico “Santa Casa”, os acontecimentos de última hora do objeto de estudo e sugestões de trabalhos futuros.

2 FERRAMENTAS TEÓRICAS

O objetivo deste capítulo é apresentar, brevemente as ferramentas teóricas que auxiliaram a “enxergar” as possibilidades de interpretação durante a análise dos dados que foram coletados junto ao objeto de estudo. Cabe ressaltar que a abordagem sociológica do estudo das Santas Casas remete à análise das relações entre os agentes existentes no campo em estudo. E por propor uma análise relacional, a teoria de campos apresenta um conjunto de ferramentas úteis para o propósito da tese.

Dentro desta área de conhecimento foram selecionadas duas abordagens complementares: as concepções de controle tratadas por Fligstein (1990), e a teoria de campo em nível meso elaborada por Fligstein e McAdam (2012).

Não se trata de apresentar uma extensa discussão de referenciais teóricos buscando definir constructos, mas de eleger teorias que permitirão um olhar crítico sobre as realidades que se apresentaram tanto de forma objetiva quanto de forma subjetiva.

2.1 Concepções de Controle

Toda e qualquer empresa busca sobreviver e se manter no mercado e geralmente seus executivos buscam garantir o crescimento da organização muitas vezes em detrimento da maximização dos lucros. Estes rumos de ação são tomados a partir da visão de mundo que esses agentes possuem, ou como define Fligstein (1990), de suas concepções de controle.

Concepção de controle refere-se a uma visão totalizante do mundo dos gerentes ou empreendedores que os levam a filtrar os problemas do mundo num certo sentido [...] Uma estratégia organizacional refere-se aos objetivos atuais da organização e as políticas adotadas para alcançar aqueles objetivos. A concepção de controle refere-se a porque gerentes enxergam aquelas estratégias como apropriadas para o que a empresa deve fazer. (FLIGSTEIN, 1990, p.10-11).

As concepções de controle não são as estratégias, mas o conjunto de ações que os atores, com determinada concepção de controle, selecionam em um determinado contexto organizacional.

Fligstein (1990) determina que a compreensão da concepção de controle das organizações em determinado momento baseia-se no estudo de cinco componentes:

- Estratégias;
- Estruturas;
- Unidades bases de poder;
- O papel do Estado;
- A formação/comportamento dos campos organizacionais.

Utilizando estes componentes, Fligstein (1990) realizou uma análise das 100 maiores empresas americanas de 1880 a 1980 e concluiu que cinco concepções de controle predominaram em momentos distintos. A primeira delas, a concepção de controle direto, adotou estratégias de ataque direto aos principais concorrentes. Caso esta estratégia não funcionasse ou houvesse dificuldade em ser aplicada, ocorria a união de empreendedores. As estratégias baseadas em competição por preços e constituição de cartéis eram as mais utilizadas no período.

A segunda concepção de controle – controle baseado na manufatura – tem por objetivo “[...] produzir um produto sem a interferência dos competidores controlando as entradas e as saídas por meio de integração vertical e horizontal de produção.” (FLIGSTEIN, 1990, p.14). A integração vertical das atividades produtivas, as operações de aquisições e fusões visando ampliar a participação de mercado e os oligopólios baseados em determinados produtos eram as principais estratégias.

A concepção de controle de vendas e marketing volta o foco para a manutenção e ampliação das fatias de mercado. Suas estratégias são a

[...] diferenciação dos competidores em termos de qualidade do produto e preço; mais propaganda para aumentar a participação de mercado; novos produtos para estimular o crescimento; e expandir os mercados para produtos existentes, particularmente para além do oceano. (FLIGSTEIN, 1990, p.15).

Enfim, a concepção de controle financeira,

[...] enfatiza controle por meio do uso de ferramentas que medem o desempenho de acordo com taxas de retorno [...] As estratégias chaves são: diversificação através de fusões e desinvestimentos (em oposição à expansão interna); táticas financeiras para aumentar o preço das ações, dívidas e habilidade para absorver outras empresas; e o uso de controles financeiros para tomar decisões sobre a alocação interna de capital. (FLIGSTEIN, 1990, p.15).

A concepção financeira é voltada principalmente às empresas de capital aberto cuja preocupação é a gestão do valor das suas ações.

2.2 Campo de Ação Estratégica e Habilidade Social

A partir de seu trabalho sobre concepções de controle, Fligstein desenvolveu, juntamente com McAdam, uma teoria específica sobre campos. Porém, antes de apresentar os conceitos destes autores é importante salientar que o conceito de “campo” originalmente foi desenvolvido nos estudos das ciências exatas, mais precisamente na física eletromagnética, sendo inserido nas ciências sociais pelos teóricos da *Gestalt theory* na área da psicologia social (Wertheimer, Koffka, and Köhler) que defendiam que a análise da forma como um organismo percebe o ambiente somente teria sucesso através do estudo do campo de percepção em que o organismo está inserido como um todo. Em 1936 Kurt Lewin inseriu as bases teóricas da noção de campo no contexto psicológico apontando que o comportamento do indivíduo deriva da junção de sua personalidade com seu ambiente.

Já no campo da Sociologia, o conceito de campo buscou representar as amplas regularidades das sociedades já que estas poderiam ser estudadas como organismos, sistemas e até estruturas. Para Bourdieu e Wacquant (1992) o campo pode ser definido, em termos analíticos, como uma rede de relações objetivas entre posições ocupadas por agentes em função da estrutura de distribuição dos diversos tipos de capitais que tais agentes possuem.

Para Fligstein e McAdam (2011) um campo de ação estratégica envolve uma ordem social de nível meso em que atores (individuais ou coletivos) interagem com o conhecimento de outro sob um conjunto de entendimentos comuns sobre os propósitos do campo, as relações dentro do campo (inclusive quem detém o poder e o porquê) e as regras do campo. Os autores ainda defendem a existência de atores que podem ser classificados como incumbentes/dominadores que possuem recursos em quantidade maior, influenciando os propósitos e a organização do campo. Em contrapartida existem também atores classificados como desafiantes, que apesar de não deterem o poder do campo, se submetem à lógica imposta pelos incumbentes para sobreviverem.

Uma capacidade importante a ser estudada nos campos, independente dos atores se enquadrarem como incumbentes ou desafiantes, é a habilidade social, definida por Fligstein (2007) como a “capacidade de induzir a cooperação nos outros”. Estes atores são definidos como atores sociais hábeis e a análise do campo de ação estratégica deve considerar sua interação com a dinâmica do campo em estudo, seja na criação de um campo emergente, na reprodução das interações de poder dos atores incumbentes em um campo estável ou na coalização política entre os atores de um campo em crise.

Fligstein (2007) destaca que o setor sem fins lucrativos pode ser analisado do ponto de vista dos campos, mais especificamente através da análise dos campos de ação estratégica (Fligstein, 2011), uma vez que estes são produzidos por grupos organizados e resultarão em arenas de ação onde as interações sociais resultam na evolução das identidades e dos interesses coletivos.

Para os autores, os campos de ação estratégica podem ser representados de forma semelhante às *matrioskas* – bonecas russas – ou seja, dentro de um campo existem outros campos, e dentro destes, outros campos e assim sucessivamente. Sendo assim, os autores entendem que uma organização pode ser estudada como um campo de ação estratégica.

Portanto, se o setor filantrópico pode ser estudado como um campo de ação estratégica, assim como uma organização de forma isolada, o objeto de estudo Santa Casa se encaixa nesses requisitos, pois trata-se de uma organização filantrópica.

2.3 Influência do Estado

Fligstein e McAdam (2012) também discutem o papel do Estado moderno, concebido pelos autores como um conjunto denso e interconectado de campos, e seu papel em auxiliar a encontrar, estabilizar ou certificar, reproduzir, e enfraquecer ou transformar a grande maioria de campos não estatais.

Outro autor que tratou da influência do Estado sobre campos foi Pierre Bourdieu. Entre 1989 e 1992 ele direcionou seus cursos no Collège de France para realizar uma análise sociológica do Estado. Para Bourdieu (2014) não se tratava de buscar um novo tema de estudo, mas uma evolução natural de toda sua obra. Bourdieu não estava abandonando os conceitos de campo, *habitus* e distinção

escolástica de sua pesquisa empírica na Argélia, mas apresentando o papel fundamental do Estado na criação deste todo.

Bourdieu (2014) discute que na gênese do Estado os legisladores tiveram participação fundamental, pois, ao definirem as leis de condução do Estado, na verdade definem o comportamento da sociedade que pertence ao território deste Estado. Este último, através das leis, cria classificações que passam a ser adotadas compulsoriamente e, com o tempo, são integralizadas pela sociedade como senso comum.

Diante desta lógica, entende-se a postura de Bourdieu ao tratar o Estado não como um novo tema, mas como uma evolução de seus estudos, já que o Estado francês ao definir as leis que regem seu sistema de ensino criam a distinção tão criticada por Bourdieu em sua obra, criando o *habitus* e permitindo a delimitação de um campo de estudo a partir dos capitais envolvidos.

Bourdieu (2014) considera que a acumulação de capital simbólico é uma das principais atividades do Estado, pois através deste tipo de capital é possível garantir a existência e manutenção do Estado constituído. Infelizmente para que tal situação ocorra geralmente se faz uso da violência simbólica que garante a submissão dos cidadãos ao Estado em vigor.

E é a partir desta submissão que Bourdieu (2014) também aborda a questão da filantropia através de um “Estado-providência”: o Estado busca oferecer aquilo que é importante para o cidadão a fim de garantir a “domesticação dos dominados”. Isto se dá uma vez que o cidadão se “conscientiza” de que sem o Estado não pode sobreviver, já que ele é o provedor de suas necessidades básicas, tais como educação, cultura, saúde, habitação, etc.

3 O AMPARO AO “PRÓXIMO” E AS SANTAS CASAS

As Santas Casas podem ser consideradas como a representação física da atuação de Irmandades criadas com o intuito de praticar as Obras de Misericórdia ditadas pela Igreja Católica. O objetivo deste capítulo é contextualizar como a caridade e posteriormente a filantropia deixaram de ser ações individuais, havendo a necessidade de criação de um coletivo para a atuação das pessoas, as Irmandades. Além disso, é apresentado também o surgimento da primeira Irmandade da Misericórdia portuguesa e como o modelo seguiu até às colônias portuguesas.

3.1 Da Caridade à Filantropia

A caridade é o eixo central de atuação do Cristianismo e ganhou maior destaque a partir do momento que o Imperador Constantino, recém convertido, o decreta como religião oficial do Império Romano (MARQUES, 2011).

Para os cristãos católicos, a caridade é o ato de “...amar, ‘como Ele [Jesus Cristo] nos amou’”, além de ser “...alma da santidade à qual todos são chamados...”, devendo ser praticada constantemente, pois “... se um membro sofre, todos os membros compartilham o seu sofrimento; se um membro é honrado, todos os membros compartilham a sua alegria” (VATICANO, 1997). Ou seja, a prática da caridade garantiria a recompensa do Paraíso.

Segundo Marques (2011) a prática da caridade pela Igreja e por seus seguidores garantiu a assistência aos desvalidos e aos doentes criando, durante a Idade Média, os primeiros hospitais que se caracterizavam muito mais como os albergues de nossa atual sociedade, atuando muito mais como um estabelecimento de acolhimento do que de tratamento. Como tratava-se de uma das atuações prioritárias da Igreja Católica, estas organizações destinadas a amparar os necessitados tornaram-se fundações devotadas e controladas por ordens religiosas.

É justamente na Idade Média que, associado ao crescimento econômico no século XI, a religiosidade no Ocidente europeu apresentou uma esfera devocional mais próxima às experiências dos primeiros apóstolos de Cristo: buscar ser um bom cristão através da penitência dos pecados cometidos e da prática da caridade. E esta tornou-se uma das grandes preocupações das elites dos centros urbanos e também das cortes europeias (SÁ e LOPES, 2008). Com isso,

nos séculos seguintes, as ordens religiosas, influenciadas pelo franciscanismo e por outras ordens mendicantes, buscavam, de forma cíclica, o despojamento da riqueza terrena, o retorno à pobreza evangélica e a transposição dos muros dos mosteiros: ao invés dos religiosos passarem a vida em oração na clausura, o mundo se transforma em seu claustro e os frades passariam a pregar, confessar, dizer a missa e evangelizar nas cidades (LITTLE, 1994). Buscar imitar a Cristo tornou-se o ideal para a vida de diversas pessoas, assim como a devoção à Virgem Maria, sua mãe, ganhou centralidade nos cultos religiosos e na iconografia medieval, sendo esta a protetora dos pecadores: a Virgem da Misericórdia.

Se por um lado as ordens religiosas estavam preocupadas em voltar às origens das primeiras comunidades cristãs, por outro lado, os leigos estavam preocupados em como conseguir a sua entrada no Paraíso. E o caminho foi através do Purgatório: o lugar pelo qual as almas passariam para expiar, purgar os pecados antes de entrar no Céu (LE GOFF, 1993). A salvação poderia ser alcançada por todos e individualmente através da utilização da riqueza terrena na realização de boas obras – a contabilidade do além – fazendo com que as práticas religiosas fossem influenciadas pelas práticas mercantis recentemente adotadas pelo mundo da época (CHIFFOLEAU, 1980).

Se a caridade envolvia amar o próximo e fazer o bem, a filantropia tendo como base o espírito da caridade e a preocupação de reduzir a duração do período no Purgatório, começou a financiar as ações de caridade: patrocinava-se para que o bem fosse feito. Os leigos mais abastados passaram a erguer capelas, comprar missas para que seus pecados fossem penitenciados após a sua morte e fundaram novos conventos e mosteiros com a vocação da pobreza evangélica – vocação extremamente contrastante com a vocação de seus ricos e poderosos fundadores (GOLDTHWAITE, 1993).

Em um nível econômico, a filantropia financiava a caridade através de doações inter-vivos, mas principalmente por legados deixados em testamento, fazendo com que o sustento de muitos pobres fosse realmente os bens de um falecido.

A preocupação em salvar a alma era grande e cada vez mais os mais abastados construía áreas privativas para o culto religioso: os ricos tinham seu próprio oratório em um cômodo da casa, às vezes mantendo sua própria capela. Os livros litúrgicos de uso pessoal tornaram-se em objetos indispensáveis: a liturgia das

horas constituía um tesouro de devoção, permitindo ao crente (geralmente a mulher) a prática diária do culto de forma muito próxima ao breviário utilizado pelos religiosos, que incluía a recitação das horas canônicas (SÁ; LOPES, 2008).

3.2 As Irmandades

Outro movimento que merece atenção são as associações de leigos vocacionadas em preocupações escatológicas comuns: as confrarias ou irmandades. Estas organizações de caráter leigo se reuniam com a intenção de praticar todas as formas do culto religioso: procissões, sufrágios, manutenção dos lugares e das coisas sagradas, auxílio aos mais fracos, ou seja, realizavam penitências e obras de misericórdia. Estas práticas buscavam preparar o caminho para a vida eterna tendo a esmola um papel fundamental no dia-a-dia de seus membros e a morte e seus rituais representarem o momento culminante das ações destas organizações. O recrutamento popular nos segmentos mais pobres e incultos da população permitiam a propagação das práticas devocionais a todos os níveis da sociedade da época. Muitos dos membros, mesmo sem conhecer a Bíblia, aprendiam os preceitos doutrinários, mesmo que mecanicamente, através da participação nas confrarias e irmandades.

As irmandades originam-se das Ordens Terceiras. A Ordem Primeira é a Ordem Regular Masculina, composta de monges, os quais vivem em comunidade e professam votos perpétuos. A Ordem Segunda é a Ordem Regular Feminina, composta de freiras que, como os monges, têm uma vida reclusa nos conventos. A Ordem Terceira é composta por leigos, homens e mulheres, como a Ordem Terceira do Carmo e a Ordem Terceira de São Francisco. As irmandades eram outras associações de leigos formadas não sob uma certa Ordem, mas sob a devoção de um santo, a Virgem ou Jesus. Se essas associações se encontrassem "eretas ainda mais para o incremento do culto público", seriam denominadas Confrarias (SALLES, 1963). A hierarquia entre essas associações religiosas seguia os estatutos da Sé Apostólica, em decrescente ordem de importância: Ordens Terceiras, Arquiconfrarias, Confrarias e Irmandades, e Pias Uniões (SALLES, 1963).

Do ponto de vista religioso, as irmandades serviram como um instrumento de propagação da fé católica e educação espiritual. Do ponto de vista secular, a sua ação preencheu uma série de demandas sociais, econômicas, éticas

e ideológicas envolvendo a dinâmica interna daquela comunidade como também a Coroa.

Para a caridade e para a filantropia medieval o trabalho das confrarias e irmandades era uma maneira de prestar culto e louvar a Deus, tratava-se de oração através de obras, afinal a esmola apagava o pecado assim como a água apaga o fogo. Essas associações também eram fundamentais para criar espírito de comunidade entre grupos profissionais, vizinhos, e até estranhos.

As irmandades também funcionavam como instituições de previdência social: elas eram responsáveis pelo enterro dos membros, sepultura, "sufrágios" (um número de missas, variando de 10 a 40, aos membros falecidos), ajuda financeira às viúvas e crianças, assistência médica, assistência a crianças desamparadas e empréstimos a membros com dificuldades financeiras. (VOLPE, 1999)

Um dos papéis mais importantes das irmandades estava relacionado com a instalação da Igreja Católica no interior do Brasil. Nos primeiros tempos, todas as Igrejas matrizes pertenciam à Irmandade do Santíssimo Sacramento (SALLES, 1963). As irmandades poderiam estar ligadas à Igreja matriz tendo, dentro desta, um altar dedicado a seu padroeiro ou padroeira. As ricas Ordens Terceiras (Carmelitas e Franciscanos) e a maioria das Irmandades (entre elas, a Irmandade de Nossa Senhora das Mercês e Nossa Senhora do Rosário) construía suas próprias Igrejas e capelas. Isto criou uma situação singular, uma vez que as irmandades eram responsáveis por todo o suporte financeiro de suas respectivas Igrejas, no que se refere tanto à "fábrica" da Igreja, isto é, contas diárias, quanto às "artes" construídas na Igreja (pagamento de arquitetos, escultores, pintores) e aos rituais celebrados, inclusive os músicos. Os leigos, membros da irmandade, administravam a organização eclesiástica, já que havia poucos padres para ministrar cultos em todas as Igrejas. Os padres eram pagos pelas irmandades, mas não pertenciam às suas Igrejas, as quais, portanto, não eram paróquias.

No Brasil Colônia, os diversos grupos emergentes da sociedade heterogênea – nobres brancos, brancos pobres, negros, libertos e escravos, mulatos e índios – organizaram-se em torno das irmandades, já que estas reuniam classes sociais, grupos étnicos e categorias profissionais que compartilhavam preocupações, e, sob a devoção de um santo padroeiro, agiam em muitos domínios da vida da comunidade, secular e religioso, coletivo e individual. (VOLPE, 1999)

3.3. As Santas Casas

Em 1498, a Rainha Leonor instituiu, em Lisboa, a Irmandade e Confraria de Nossa Senhora, a Virgem Maria da Misericórdia, cuja função era reunir homens de boa fama, em sã consciência, honestos, tementes a Deus, guardadores dos seus mandamentos, mansos e humildes a todo o serviço a Deus para praticar as obras de misericórdia propagadas pelo cristianismo (SOUSA, 1996). As 14 obras de misericórdias, inspiradas no Evangelho de Mateus, capítulo 25, versículos de 34 a 40, são as seguintes:

Espirituais: 1ª –Ensinar os simples; 2ª –Dar bom conselho a quem o pede; 3ª –Castigar com caridade os que erram; 4ª Consolar os tristes desconsolados; 5ª –Perdoar a quem nos errou 6ª –Sofrer as injúrias com paciência; 7ª –Rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos.

Corporais: 1ª –Remir os cativos e visitar os presos; 2ª –Curar os enfermos; 3ª –Cobrir os nus; 4ª –Dar de comer aos famintos; 5ª –Dar de beber a quem tem sede; 6ª –Dar pousada aos peregrinos e pobres; 7ª –Enterrar os mortos. (SÁ, 1997)

A nova confraria foi fundada em um momento em que a rainha detinha a regência do reino na ausência do irmão, ausente em Castela onde esteve vários meses com o fim de ser jurado herdeiro dos reis Católicos nas coroas de Castela e Aragão.

Uma das capelas do claustro da Sé de Lisboa, a capela da Piedade ou ainda chamada da Terra Solta, foi o local escolhido para fundação da confraria. Um espaço relativamente exíguo, simples local de reunião e de culto, do qual os irmãos partiriam para executar as obras de misericórdia pela cidade. Mais tarde, também várias misericórdias portuguesas se instalariam em capelas de claustros de igrejas catedrais e colegiadas onde permaneceriam nos seus primeiros anos de existência.

Por todo o resto do seu reinado, D. Manuel I concedeu privilégios às misericórdias que a tornavam uma instituição quase sempre bem-vinda a nível local, precisamente porque ajudava a definir as elites do local. (VOLPE, 1999). Uma série de benesses, tradicionalmente concedidas pelos reis medievais portugueses a pessoas e entidades da sua proteção, foram logo, mesmo durante a regência de D. Leonor, profusamente distribuídos aos oficiais da misericórdia de Lisboa e depois estendidos às outras misericórdias criadas. Geralmente consistiam em isentar estes irmãos, em número de doze, acrescidos do provedor, autoridade máxima da

confraria, das numerosas obrigações comunitárias que os conselhos impunham aos seus vizinhos. Estes treze oficiais seriam mais tarde designados por “mesa”, devido ao fato de se reunirem em torno de uma mesa própria para as suas reuniões.

Como poderemos caracterizar a ação inicial das Misericórdias em matéria de práticas de caridade? Em primeiro lugar, cabe explicitar que não possuíam ainda instituições sob a sua tutela, limitando-se a ajudar pobres onde quer que estes se encontravam, mas com uma preferência especial por algumas das situações de pobreza correntes na época.

Segundo Sousa (1996) pode-se destacar, dentre as responsabilidades desta instituição, o apoio aos pobres, indigentes, órfãos e desprotegidos, gerenciamento de hospitais e albergues, recolhimento de esmolas, promoção de funerais, ajuda aos presos e condenados e organização de saídas processuais e manifestações religiosas.

Os presos tinham um valor simbólico peculiar dentro das lógicas de salvação existentes na época. As analogias dos encarcerados com as almas dos crentes, presas ao seu próprio corpo corrupto, faziam do preso uma metáfora viva da situação dos cristãos. Tratava-se também de uma sociedade para quem a alma tinha precedência sobre todos os aspectos da vida material. Nesse contexto, assumia também significado especial retirar as ossadas dos condenados dos locais de sua execução e dar-lhes sepultamento. Na mesma ordem de ideias, era importante assistir as almas de todos, principalmente aqueles que se encontravam em situação flagrante de pecado, como por exemplo os penitentes e os condenados.

Uma vez que os irmãos da Misericórdia não possuíam instituições próprias, como viriam mais tarde a administrar, era colocada uma ênfase especial na visita como momento privilegiado de compaixão pelo próximo. Visitar presos na cadeia, doentes e pobres em suas casas transformou-se numa das práticas mais correntes nas Misericórdias das primeiras décadas. A inspiração vinha mais uma vez do culto mariano: fora Maria que, já depois de lhe ser anunciado o nascimento de Cristo, visitara a sua prima Isabel, grávida de S. João Batista e especialmente digna de compaixão devido à sua idade avançada. Este episódio, conhecido como Visitação, que no calendário litúrgico ocorria no dia 02 de julho, transformou-se na grande motivação das Misericórdias e nesta data procurava-se proceder a autocelebração de instituição de uma nova Irmandade, bem como realizar as mudanças nos cargos de chefia.

Não houve nos primeiros anos a intenção sistemática por parte da Coroa em incorporar às Misericórdias os velhos hospitais medievais existentes nas localidades, ou confiar-lhes novas fundações hospitalares, mas isso aconteceu em algumas situações pontuais, como no caso da cidade do Porto, em que um alvará de 1521 mandava vincular à Misericórdia velhos hospitais urbanos (VOLPE, 1999). Mas, em muitos outros, as novas instalações hospitalares conservaram-se independentes, como o hospital das Caldas fundado pela rainha D. Leonor, o hospital de Todos os Santos de Lisboa, ou o hospital de Beja fundado pelo rei D. Manuel ainda enquanto duque.

Não foi apenas os interesses da Coroa que propagaram as Misericórdias. A sua fundação parece ter sido consensual e decorrido de forma quase natural por muitas autoridades locais, afinal, constituídas como Irmandades ancoravam-se em princípios simples, fáceis de adotar por todos, e em breve o rei não precisava mais incentivar sua fundação, porque a sua criação ocorria por iniciativa própria das elites das localidades.

O modelo da Irmandade e Confraria instituída em Lisboa rapidamente foi disseminada por outras localidades do império português inclusive suas colônias (ABREU, 2001). No Brasil, pesquisadores acreditam que em 1542 foi instituída a Misericórdia de São Salvador da Bahia, em 1543 a de Santos, cerca de duas décadas depois a do Rio de Janeiro, sendo que em 1584 já haveriam Misericórdias em todas as capitanias brasileiras (ABREU, 2001) precedendo, portanto, a própria organização do Estado brasileiro (CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL, 1992).

Cabe ressaltar, que assim como em Lisboa, as primeiras Misericórdias eram Irmandades que construíram ou receberam através de legados seus prédios anos depois de sua criação e não necessariamente o prédio seria um hospital. Tal liberdade de instituição de serviços se alterou no final do século XVIII e início do século XIX, de forma que as criações das Irmandades de Misericórdia nas vilas brasileiras estaria vinculada a abertura de um hospital sob sua responsabilidade, sendo esta não uma exigência de preceitos religiosos mas de preceitos legais, já que os compromissos das Irmandades eram aprovados pelo poder religioso, o bispo da diocese em que se localizava a vila e pelo poder temporal, o governador da Província em questão.

Baseadas em sua natureza, diversas Irmandades de Santas Casas são classificadas como filantrópicas, mas o Brasil não possui um certificado legal de filantropia para os hospitais, e mesmo o termo “hospital filantrópico” sendo largamente utilizado em nossa sociedade, atualmente as entidades podem requerer apenas o reconhecimento como beneficentes.

As entidades consideradas beneficentes gozam, no Brasil, de algumas condições especiais de tributação, porém o reconhecimento de suas atividades se encontra atrelado ao atendimento de exigências legais pré-estabelecidas pelo CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social.

A lei nº 12.101 de 27/11/2009, regulamentada pelos Decretos nº 7.300, de 14/09/2010 e 8.242, de 23/05/2014, institui as regras para que uma entidade da área de saúde, educação ou assistência social receba o CEBAS. As principais regras aplicadas à área da saúde são (BRASIL, 2009; 2010; 2014):

- A entidade deve atuar diretamente na promoção, prevenção e atenção à saúde;
- A oferta de serviços ao SUS deve ser, no mínimo, de 60% de sua capacidade;
- Quando os serviços não forem objeto de contrato do gestor local do SUS, a entidade deverá comprovar a realização, a título de gratuidade, de 20% da sua receita em serviços.

Ou seja, para que as entidades de natureza filantrópica possam gozar de benefícios fiscais, devem certificar-se como beneficentes, sendo que a condição mais atendida para isso têm sido a vinculação da maior parte de seu atendimento ao Sistema Único de Saúde.

3.4 Considerações Finais

O amparo ao próximo foi a raiz das Santas Casas. A busca por imitar o exemplo de Jesus Cristo levou à prática da caridade, de fazer o bem ao próximo. Na Idade Média o “próximo” transformou-se na categoria “pobre” e a prática da caridade passou a significar ajuda ao pobre, inclusive com legados sendo deixados após a morte para sustento dos necessitados. A filantropia surge como instrumento de financiamento das ações de auxílio aos pobres, na tentativa de “conquistar o Paraíso” com os valores sendo destinados para criação e/ou manutenção de

entidades que cuidassem dos pobres. Já as irmandades e confrarias surgem reunindo leigos com determinadas práticas religiosas afins que buscam praticar a filantropia e a caridade, construindo capelas, mosteiros e outras edificações religiosas e exercendo funções de serviço nestas.

A organização que deu origem à primeira Santa Casa, a Irmandade e Confraria de Nossa Senhora, a Virgem Maria da Misericórdia era uma agremiação de leigos que se reunia periodicamente e saía pelas ruas para praticar as obras de misericórdia. Posteriormente, passaram a possuir uma edificação de referência própria, a Santa Casa de Misericórdia.

Atualmente os termos “Santa Casa”, “Hospital” e “Irmandade” são utilizados como sinônimos, mas apesar de todos eles se referenciam à mesma instituição existem diferenças:

- a) Irmandade: se refere ao grupo de pessoas, denominados irmãos, que pertencem à esta irmandade e que se reúnem em Assembleia Geral;
- b) Mesa Diretora: pequeno grupo de irmãos eleitos pelos demais em Assembleia Geral para ocupar os cargos de direção e gerenciar os órgãos executores pertencentes à Irmandade;
- c) Santa Casa: prédio pertencente à Irmandade, local em que se executam as obras de misericórdia, seja ela qual for;
- d) Hospital: instituição para prestação de assistência médico-hospitalar.

A adoção dos termos como sinônimos no cotidiano se explica pela obrigatoriedade no início do século XIX em se criar uma Irmandade de Misericórdia para gerenciar no mínimo uma unidade hospitalar. Assim surgiram centenas de Irmandades da Santa Casa de Misericórdia que possuíam apenas um hospital.

4 A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL, AS SANTAS CASAS E OS PLANOS DE SAÚDE

As políticas de saúde brasileiras tiveram diferentes níveis de influência sobre as Santas Casas no decurso de sua história e o objetivo deste capítulo é apresentar os principais marcos legais da saúde no Brasil e os reflexos destes na atuação das Santas Casas.

O início do século XIX no Brasil Colônia é marcado pela chegada da família real em terras brasileiras e Baptista (2007) aponta que este fato contribuiu diretamente para a implementação das primeiras ações de saúde pública, cuja preocupação era manter uma mão-de-obra saudável capaz de garantir a continuidade dos negócios implementados pela realeza. Neste período os cuidados de saúde eram realizados por práticos – ou barbeiros – conhecedores das técnicas médicas europeias e que atendiam à pequena parcela capaz de pagar pelos serviços, porém a população mais pobre era atendida por curandeiros e pajés, oriundos das culturas negra e indígena, que aplicavam tratamentos baseados em ervas, plantas, rezas e feitiços, cujos preços eram mais acessíveis. Após a chegada da família real ao Brasil, as primeiras escolas de medicina foram criadas e gradativamente os cuidados médicos passaram a ser exercidos por profissionais formados na área.

Mas as Santas Casas já existiam no Brasil neste período e as mais antigas haviam sido instaladas nas primeiras vilas localizadas no litoral brasileiro. Em função disso, seu foco de atendimento estava alinhado com uma das preocupações de saúde pública da época: a vigilância junto aos portos para evitar as doenças trazidas por marinheiros. Como citado anteriormente o objetivo não era proteger a população da colônia, mas evitar que os trabalhadores extrativistas adoecessem, o que reduziria a produção de riquezas para a corte.

Esta lógica de saneamento das cidades e combate às doenças com o objetivo de evitar queda de produtividade perdurou até a República Velha, com os médicos formados ganhando seu espaço na prestação de serviços àqueles que podiam arcar com as despesas e as Santas Casas recebendo os indigentes e pobres – e que eram atendidos geralmente por um pequeno grupo de médicos voluntários.

4.1 As Caixas de Previdência e os Institutos de Aposentadoria e Pensão.

Em 24 de janeiro de 1923, com base em uma proposta elaborada pelo chefe de polícia Eloy Chaves, o Decreto 4.628 entrou em vigor regulamentando uma prática existente em algumas empresas: as Caixas de Aposentadoria e Previdência, CAP's. (Baptista, 2007).

Estas caixas já existiam como um benefício oferecido em empresas de grande porte, em que o trabalhador contribuía com parte de seu salário e a empresa com parte de sua renda, garantindo ao trabalhador participante socorro médico para ele e toda a família, medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. A CAP atuava como um seguro e o trabalhador podia procurar um médico credenciado para ser atendido, ou seja, a prestação de serviços ocorre através da compra de serviços privados e os valores gastos pelo trabalhador/segurado eram reembolsados posteriormente.

As CAP's eram administradas e financiadas por uma empresa e por seus trabalhadores, mas organizadas exclusivamente pelas empresas e, por isso mesmo, não era um benefício oferecido por todas as empresas. Assim, tornava-se um benefício a ser usufruído exclusivamente pelos trabalhadores daquela determinada empresa.

A lei Eloy Chaves, como ficou conhecida, não obrigava a criação de CAP's, apenas regulamentava o seu funcionamento. O Estado não era responsável por financiar ou supervisionar as CAP's, sendo o seu papel apenas o de mediador em algum possível conflito entre os trabalhadores e a empresa.

Em 1933, o Estado cria os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) o que lhe agrega os papéis de controlador, financiador e administração do sistema. Enquanto as CAP's representavam uma única empresa, os IAP's representam determinada categoria de trabalhadores, independente da empresa em que estejam trabalhando. Assim foram criados os seguintes Institutos de Aposentadoria e Pensões:

- para os trabalhadores em transporte e cargas, o IAPTEC;
- para os trabalhadores comerciários, o IAPC;
- para os trabalhadores industriários, o IAPI;
- para os trabalhadores bancários, o IAPB;

- para os trabalhadores marítimos e portuários, o IAPM;
- para os trabalhadores públicos, o IPASE.

Os IAP's ampliam o número de atendidos, mas não de maneira universal, já que para gozar dos benefícios do Instituto o cidadão deveria ter um vínculo empregatício em uma das categorias definidas pelo governo, causando uma segregação com outras categorias de trabalhadores, como os trabalhadores rurais, profissionais liberais, entre outros. Outro fator de discriminação acontecia entre os próprios Institutos, pois em virtude da gestão independente de cada IAP, não havia uma uniformização dos benefícios oferecidos, o que fazia com que a assistência oferecida por institutos de categorias com maior poder econômico, como os bancários e os industriários por exemplo, fosse maior e melhor que os demais. Justamente por essa diferença de capacidade de arrecadação, nem todos os IAP's ofereciam assistência médica a seus membros e apenas em algumas localidades foram capazes de construir hospitais próprios, como o hospital do IAPM no Rio de Janeiro – atual Hospital Geral do Andaraí.

Durante a existência dos CAP's e dos IAP's, as Santas Casas continuaram a atender os indigentes e pobres, mas também atendiam àquela parcela de trabalhadores não reconhecidos pelo Estado para usufruírem da estrutura das Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensão oferecidas em algumas localidades.

Já o início do funcionamento de planos de saúde, semelhante ao que se tem atualmente, coincidiu com a instalação das indústrias automobilísticas no governo Kubitschek – 1956 a 1961. Isso ocorreu graças à introdução de mecanismos de financiamento desvinculados da previdência social, pois empresários e trabalhadores financiaram uma assistência médica sob a intermediação de empresas de medicina de grupo ou de serviços de saúde oferecidos pelas próprias empresas empregadoras (CORDEIRO, 1984).

4.2 O Instituto Nacional de Previdência Social e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Durante a década de 1960, no governo Jânio Quadros, teve início a discussão de uma proposta para uniformizar os benefícios prestados pelos IAP's que culminou com a unificação dos institutos em um único: o Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS) criado em setembro de 1966. A unificação acarretou a uniformização dos benefícios prestados conforme esperado por seus idealizadores, mas trouxe também uma série de reclamações dos contribuintes que gozavam de mais benefícios, afinal a assistência dos institutos de maior poder econômico também passou a ser usufruída pelos contribuintes dos demais institutos que contribuía com valores mais baixos e cuja a rede assistencial não apresentava tão boa qualidade. A migração de contribuintes em busca de atendimento em outros institutos causou a superlotação de alguns hospitais, gerou filas, demora no atendimento e outros problemas incorrendo em insatisfação geral para os contribuintes.

Na tentativa de atender tal demanda, o Estado começou a contratar serviços através do credenciamento de hospitais privados para complementar a rede pública disponível, formando a estrutura que ficou conhecida como complexo médico-empresarial (CORDEIRO, 1984).

O decreto que criou o INPS também trouxe um incentivo para os planos de saúde privados, sedimentando o terreno no campo legislativo à contratação de empresas privadas na execução de programas e projetos sob a responsabilidade do Estado. Pela ótica da intermediação do financiamento dos serviços de saúde, a caricatura mais visível dessa inflexão foi a criação do convênio INPS/empresa, articulado entre Estado e firmas empregadoras, que permitiu a generalização da contratação dos planos de saúde: “(...) o convênio-empresa previa a restituição, pelo INPS à empresa, de um valor fixo mensal, por empregado, correspondente a 5% do maior salário mínimo vigente, reservando-se àquele o direito de fiscalizar os padrões de atendimento. A empresa obrigava-se a dar atendimento integral aos funcionários” (ANDREAZZI, 1991).

Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) criou o Plano de Pronta Ação (PPA), que previa a universalização do atendimento de emergência, abrindo uma nova fronteira de acumulação para os planos de saúde: “(...) o PPA promoveu a ampliação do acesso aos serviços pela população das áreas metropolitanas, tornando economicamente viáveis as empresas médicas emergentes. A concorrência dos interesses de grupos médicos com os das grandes empresas industriais e comerciais facilitou o desenvolvimento dos convênios-empresa e das organizações de medicina de grupo, que não pararam de crescer” (WERNECK VIANNA, 1989).

Na mesma época, promovido pela Caixa Econômica Federal (CEF), o financiamento direto a juros negativos para obras e/ou aquisição de equipamentos, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), acabou beneficiando tanto aos hospitais privados já instituídos quanto às empresas de medicina de grupo: “(...) as políticas de compra de serviços de saúde à iniciativa privada e o acesso a financiamentos subsidiados junto ao FAS permitiram uma acelerada expansão da capacidade instalada da AMIL” (BAHIA, 1991). A destinação dos recursos do FAS demonstra a predominância de captação pelo setor privado em detrimento do setor público: 79,5% dos recursos durante a década de 1970 foram destinados ao setor privado, restando 20,5% para o setor público.

No final da década de 1970, aos primeiros sinais de crise no sistema previdenciário brasileiro, uma das primeiras ações adotadas pelo Estado para amenizar seus efeitos foi aumentar o controle sobre os recursos aplicados na assistência médico-hospitalar e, em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS tornou-se o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social. Se por um lado a criação do INAMPS não mudou o modelo de assistência médica do INPS que continuou a ser prestada principalmente através de contratos com o setor privado financiados pela previdência social, por outro era o primeiro passo para a desvinculação da Saúde e da Previdência.

Em muitas localidades brasileiras as Santas Casas eram, e ainda são em muitos casos, o único hospital do município fato que propiciou o credenciamento destes estabelecimentos para atendimento dos contribuintes do INPS no final dos anos 1960. Esta ação injetou novos recursos financeiros públicos no hospital tanto pela remuneração do serviço prestado ao atendimento dos contribuintes, quanto pelos recursos utilizados para melhoria da infraestrutura de seus hospitais na década de 1970. O credenciamento realizado pelo Estado para o atendimento dos contribuintes gerou uma nova categoria de assistidos pela Santa Casa, além dos pensionistas e os indigentes: os pacientes INPS/INAMPS.

Já no início dos anos 1980, os primeiros sinais da recessão econômica e a crise financeira da previdência anunciaram um processo que se aprofundou no final da década com o

(...) desaparecimento progressivo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) enquanto financiador e prestador da assistência médica dos trabalhadores, devido à redução da qualidade

dos serviços pelo esmagamento dos preços pagos ao setor privado contratado e à extinção dos convênios INAMPS/empresa e INAMPS/sindicato” (MEDICI, 1992).

A deterioração dos valores dos serviços custeados pelo INAMPS, em função da inflação do período, permitiu uma ruptura unilateral de vários convênios e contratos por parte dos hospitais. Segundo Vianna, Piola e Ocké-Reis (1998), para compensar essa redução dos valores pagos pelo INAMPS, as firmas empregadoras foram estimuladas a pagar uma espécie de contribuição monetária adicional aos prestadores médico-hospitalares ligados ao INAMPS².

No entanto, o fim do convênio-empresa não impediu o fortalecimento de um novo mecanismo institucional que, aliado às sucessivas reformas fiscais realizadas, paulatinamente, que abriram a possibilidade de se deduzir despesas com saúde do imposto de renda (WERNECK VIANNA, 1994), levaram alguns trabalhadores a optarem por planos de saúde privados.

De modo resumido, em meados da década de 1980, então, dada a deterioração dos serviços previdenciários, houve um crescimento da demanda de serviços médicos diferenciados, em especial pelos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais. Do lado da oferta, dada a presença sistemática de incentivos governamentais, houve um favorecimento do Estado ao sistema privado de saúde, voltado para cobertura das pessoas inseridas no mercado formal de trabalho.

4.3 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Mesmo com a criação do INAMPS a crise do setor previdenciário se estendeu ao setor de saúde e, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) criou um grupo de trabalho específico para buscar

² Inicialmente, em 1980, por intermédio da Portaria MPAS 2.079, permitia-se a cobrança adicional por instalações de padrão superior aos da enfermaria. Depois, em 1982, por meio da Portaria 2.837, o INAMPS passou a permitir que os hospitais cobrassem uma quantia “por fora” dos segurados e das firmas, quando esses requeressem atendimento especial adicional, cujo valor variava em até 8,3 vezes a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Odontologia (ABO). Finalmente, em 1986, tornou-se livre a complementação de honorários e serviços, mas tal prática foi proibida, a partir de 30 de outubro de 1991 com a Portaria INAMPS 283.

identificar as causas da crise no setor e o diagnóstico apontou para um conjunto de distorções existentes:

- serviços inadequados à realidade;
- insuficiente integração dos diversos prestadores;
- recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto;
- desprestígio dos serviços próprios;
- superprodução dos serviços contratados.

O grupo de trabalho encontrou uma rede de saúde complexa e desintegrada, ineficiente e sujeita à fraude e desvio de recursos. O diagnóstico reforçava os argumentos do movimento sanitário para uma reforma no sistema de saúde brasileiro.

O Ministério da Saúde convocou, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) que pela primeira vez contava com a participação da comunidade e dos técnicos nas discussões. O relatório da VIII CNS além de ter sido utilizado como instrumento de pressão política foi aceito também como material de referência pela Assembleia Constituinte 1987/1988, bem como influenciou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. O SUDS não contemplou a totalidade da reforma proposta no relatório da VIII CNS mas iniciou a descentralização da gestão de recursos do INAMPS sendo esta alocada sob responsabilidade da esfera estadual.

A Constituição de 1988 legalizou o relatório da VIII CNS ao criar o SUS baseado em quatro princípios:

- Universalização às ações e serviços de saúde;
- Integralidade da atenção;
- Descentralização com direção única do sistema;
- Participação popular.

O SUS chegou com a proposta de que todos os cidadãos, sem exigência alguma, possam ser atendidos com todas as possibilidades existentes, da vacina ao transplante, sendo os municípios e unidades federativas responsáveis por gerir os recursos públicos e as estratégias a serem implementadas, podendo a população participar destas decisões através dos Conselhos Municipais de Saúde.

A universalização do atendimento causou um efeito de superlotação da capacidade instalada no serviço público e por isso o SUS permitiu hospitais privados

fossem conveniados à rede de atendimento na tentativa de suprir a demanda gerada.

A crise do INAMPS afetou as Santas Casas também que tiveram recursos financeiros que não foram repassados seja por contingenciamento do Instituto, seja por revisão dos relatórios de atendimento apresentados. Com o SUS deixou de existir as categorias de atendimento ao contribuinte e ao indigente, unificadas na categoria “usuário SUS”. A descentralização de recursos permitiu também às Santas Casas firmarem convênios diretamente com as esferas municipal e estadual para a prestação de serviços ao SUS. Nas localidades em que a Santa Casa é o único hospital do município, o convênio com o SUS fez com que a capacidade instalada do hospital fosse utilizada em seu limite e muitas fazendo uso de infraestrutura que não estava destinada aos usuários SUS.

Para os planos de saúde, no início dos anos 1980 com o descontentamento do atendimento da estrutura disponibilizada pelo INAMPS gerou uma demanda por serviços médicos diferenciados, como citado na subseção anterior, que aumentou os convênios entre empresas e operadoras de planos de saúde que permitissem aos usuários evitar o atendimento do INAMPS. Este movimento pela busca de serviços diferenciados aliada com a desconfiança do serviço público na área de saúde consolidou a participação das operadoras de saúde no setor.

Mesmo com a criação do SUS, as operadoras não perderam mercado, pois a grande demanda dos usuários SUS criou filas de espera para atendimento na rede pública e conveniada e os planos de saúde se tornaram uma perspectiva de não depender da morosidade do atendimento público. Entretanto nos últimos anos, principalmente em localidades menores, encontra-se fila de espera até para as consultas de usuários de planos de saúde³.

4.4 Considerações Finais

Ao acompanhar a assistência médico-hospitalar ao longo da evolução das políticas públicas brasileiras na área da saúde pode-se observar a influência que

³ Em Mogi Mirim, algumas especialidades do convênio mais comercializado da região chegam a ter disponibilidade de agendamento de consulta para dali a quatro meses.

este contexto trouxe ao atendimento das Santas Casas. No início de sua trajetória, como demonstrado no capítulo anterior, o foco de assistência das Santa Casas era o indigente, o pobre, categoria esta que foi assistida por um século pela instituição. Com as mudanças da ação política do Estado em relação à saúde, aliadas aos interesses dos dirigentes da entidade, outras categorias puderam ser assistidas, inicialmente os pensionistas, acrescentando-se os contribuintes e chegando aos usuários que passaram a incorporar em sua categoria os indigentes.

Já os planos de saúde foram ganhando clientes a partir da posição discriminatória das políticas de saúde das décadas de 1930 a 1990 em relação a considerar contribuintes apenas uma parcela da força de trabalho do país e também pela possibilidade em oferecer serviços diferenciados em relação à rede INPS/INAMPS/SUS. Não se pode deixar de observar também o investimento de recursos públicos na infraestrutura médico-hospitalar pertencente à iniciativa privada, com a intenção de garantir uma rede de atendimento complementar à rede pública, mas que consolidou o setor privado na área da saúde.

Apesar de parecerem tão distantes, a relação entre o Estado, as Santas Casas e os Planos de Saúde é mais próxima que se imagina.

5 ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Segundo Gonçalves e Meirelles (2004), o método é uma técnica específica ou um processo adotado na solução de um problema, e o método científico representa o conjunto de procedimentos, protocolos, padrões, regras, normas, caminhos, operações mentais e técnicas que geram o conhecimento científico e sua posterior comunicação. O objetivo deste capítulo é apresentar as escolhas que foram feitas para o desenvolvimento desta tese.

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa que segundo Martins (2012), tem como característica distintiva a ênfase na perspectiva do indivíduo que está sendo estudado, isto é, a realidade subjetiva dos indivíduos envolvidos na pesquisa é considerada relevante e contribui para o desenvolvimento da pesquisa, que tem como foco os processos do objeto de estudo. Mesmo o foco sendo uma instituição, uma Santa Casa, esta é formada por indivíduos cuja subjetividade gera a subjetividade desta instituição.

Diante desta subjetividade, a estratégia de pesquisa adotada foi o Estudo de Caso Único. Para Yin (2001), o estudo de caso não pode ser considerado apenas como técnica de coleta de dados ou como característica de planejamento, mas trata-se de uma estratégia de pesquisa abrangente, considerando tanto a lógica de planejamento quanto a inserção de abordagens específicas de coleta e análise dos dados.

Gil (2009) aponta que os estudos de caso possuem diversos propósitos de pesquisa, podendo ser aplicados em caráter exploratório, descritivo ou explicativo apresentando um espectro muito mais amplo com outros delineamentos de pesquisa. O autor salienta que o estudo de caso permite descrever características de indivíduos, grupos, organizações e comunidades, bem como a ocorrência de fenômenos, sem desprezar o contexto em que ocorrem.

Este estudo de caso é classificado como explicativo, pois buscará

proporcionar descrições ricas e robustas. [...] Estes estudos diferem, no entanto, dos estudos explanatórios de natureza quantitativa, pois não visam identificar relações do tipo causa-efeito. O que visam é identificar a multiplicidade de fatores capazes de influenciar o fenômeno e construir teorias capazes de explicar sua ocorrência num determinado contexto. (GIL, 2009, p.50)

Como já informado na introdução desta tese, o objeto de pesquisa é uma Santa Casa localizada no município de Mogi Mirim/SP e como o desenho da pesquisa ao longo do tempo adotado foi longitudinal, isto é, a pesquisa analisou diversos momentos ao longo do tempo de vida da instituição, a coleta de dados adotou uma combinação de técnicas envolvendo análise documental e pesquisa de campo.

5.1. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

Nesta subseção relata-se um breve histórico da Santa Casa apenas para apresentar o objeto de estudo da tese. No capítulo “Resultados” existe um detalhamento maior deste histórico para que as categorias que norteiam a pesquisa – e que ainda serão apresentadas – possam ser analisadas com maior rigor.

O objeto de estudo é a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, instituída em 06 de abril de 1867, com sede na cidade de Mogi Mirim/SP.

As obras de construção do hospital foram iniciadas em 1883, sendo a primeira sede inaugurada em 03 de junho de 1888 e funcionando até 1895 quando fechou as portas de seu hospital diante da necessidade de uma reorganização interna. Em 07 de fevereiro de 1897 após passar por algumas reformas e por uma reorganização administrativa retoma o atendimento aos pobres e indigentes do município.

Com o passar do tempo, o prédio do hospital foi se deteriorando e constantemente havia a necessidade de obras emergenciais no mesmo. Ao mesmo tempo a população do município aumentava, assim como a demanda por atendimento médico e o hospital começou a ficar pequeno para atender à população.

Em 02 de agosto de 1945 foi lançada a pedra fundamental de um novo prédio com mais leitos e equipamentos mais modernos. Esta construção também levou um bom tempo para ser concluída e o novo prédio do hospital foi inaugurado em 09 de agosto de 1953.

Em 1968 foi elaborado um plano diretor para ampliação do prédio e que continha, além dos projetos das obras físicas, recomendações de processos administrativos a serem criados e também melhorados. A implementação deste

plano diretor teve início em 1969, porém as obras de ampliação foram iniciadas em 1974 e se estenderam até meados da década de 1980, contando também com a aquisição de equipamentos hospitalares para a instituição.

A década de 1980 também é marcada pela crise financeira do INPS e pela criação da Unimed da Baixada Mogiana, responsável pelo principal plano de saúde privado da região. Nos anos 1990 a implementação do SUS no lugar do INPS e a celebração do Convênio de Cooperação Técnica e Gerencial (Co-Gestão) com a Prefeitura Municipal trouxeram a injeção de recursos públicos na Santa Casa.

No início da década de 2000, acontecem novas reformas no prédio através de doações de grandes empresas da região, substituição de alguns equipamentos médico-hospitalares e acordos de terceirização para a instalação de novos serviços no hospital. No final desta década também ocorrem obras de reforma diversas áreas do hospital, porém estas foram conduzidas com recursos próprios.

Em 2010 as obras continuam com o objetivo de ampliar a capacidade de internações no hospital e melhorar outros serviços do hospital. Já em 2011 é inaugurada a Universidade Corporativa da Santa Casa e um Centro Médico no município vizinho de Itapira/SP.

Uma segunda unidade do Centro Médico é inaugurada em Mogi Mirim em 2012, porém em setembro deste mesmo ano a Prefeitura Municipal realizou uma intervenção total sobre o hospital afastando a Mesa Diretora de suas funções. A intervenção municipal foi suspensa em dezembro de 2012.

Os anos seguintes foram marcados por reestruturações administrativas e físicas em uma tentativa de restabelecer a estabilidade econômico-financeira da instituição. Entretanto o início de 2017 é marcado por uma greve dos médicos, levando à renúncia do provedor da época e, em 2019, a gestão equivocada dos recursos públicos do SUS culminou em uma nova intervenção, desta vez parcial, solicitada pelo Ministério Público que passou o atendimento SUS para a Prefeitura Municipal.

5.2 Os procedimentos da coleta de dados

Como as Santas Casas são organizações centenárias, muitos dos agentes que estiveram em contato com elas já faleceram, ou no caso de ainda puderem ser entrevistados, não se lembrarão de todos os detalhes de fatos

ocorridos a décadas atrás. Por isso foi desenvolvida uma análise documental não apenas em registros históricos de posse da Santa Casa, mas também os existentes no Centro de Documentação Histórica de Mogi Mirim (CEDOCH). O CEDOCH possui um acervo com os exemplares dos principais jornais de Mogi Mirim:

- A Comarca, publicada desde 1900;
- O Impacto, publicado entre 1981 e 2017;
- O Popular, ,publicado desde 2005.

A coleta de dados desta fase consistiu em buscar reportagens de jornais, convênios públicos, legislação e até mesmo trabalhos acadêmicos na área da saúde. A análise destes documentos com o auxílio das ferramentas teóricas possibilitou construir tanto a história da Santa Casa quanto do próprio atendimento médico-hospitalar no Brasil, além de identificar os agentes e seus discursos.

Uma pesquisa de campo também foi realizada, sendo que nesta etapa foi conduzido um Estudo de Caso Único de uma Santa Casa do estado de São Paulo. A amostra única foi selecionada por conveniência em função da possibilidade de contatos existentes junto ou próximos à instituição.

A coleta de dados foi conduzida através da leitura dos documentos disponibilizados e de entrevistas semiestruturadas com abordagem pessoal e/ou eletrônica, conforme a conveniência do entrevistado. A proposta de adoção destas técnicas de coleta de dados levantou os contextos, episódios e ações desenvolvidos pelos agentes pertencentes ao espaço social Santa Casa considerada como amostra. As entrevistas tiveram como principal objetivo identificar a percepção do entrevistado sobre a Santa Casa, sua percepção pessoal na identificação de outros agentes e a influência destes no campo, bem como tentar identificar argumentos que posicionem estes agentes no espaço social.

Foram realizadas seis entrevistas com os seguintes agentes:

- Tesoureiro da Mesa Diretora da Irmandade;
- Ex-tesoureiro da Mesa diretora da Irmandade;
- Vereador e ex-secretário de saúde do município;
- Ex-administrador do hospital;
- Ex-gerente de enfermagem do hospital;
- Ex-provedor da Mesa Diretora da Irmandade.

As entrevistas auxiliaram a identificar episódios contenciosos relevantes da história da Santa Casa, bem como auxiliaram a identificar indícios dos posicionamentos dos agentes envolvidos dentro do campo Santa Casa. Mais importante do que o conteúdo das entrevistas, foi o direcionamento que estas proporcionaram à pesquisa. Como não foi possível reunir um grupo de entrevistados que tivessem vivenciado o mesmo período, as respostas foram extremamente pessoais e carregadas de pontos de vistas unilaterais e assim acabaram sendo utilizadas para direcionar a busca pelo desdobramento dos episódios contenciosos e como subsídio para a análise do posicionamento dos agentes nas diversas situações estudadas.

Além da pesquisa documental e das entrevistas semiestruturadas, durante a análise preliminar dos dados coletados, ocorreu uma audiência pública na Câmara Municipal a respeito da proposta de construção de um hospital municipal em Mogi Mirim e o cancelamento do convênio com a Santa Casa para atendimento dos usuários do SUS. Durante a audiência foi adotada a técnica de observação direta, coletando dados a respeito do posicionamento de diversos agentes sobre o assunto em debate: vereadores, funcionários da Santa Casa, funcionários públicos, profissionais liberais e até a própria população que é atendida pelo sistema público de saúde.

5.3 Análise de Dados

Os dados obtidos através da pesquisa documental e da pesquisa de campo foram analisados através de quatro categorias: (i) Destaques históricos; (ii) Perfil do Provedor; (iii) Perfil dos assistidos; e (iv) Origem dos recursos financeiros. A primeira categoria, Destaques históricos, teve a finalidade de analisar, dentre os principais fatos ocorridos no período, aqueles que apresentam situações que indiquem o reforço ou mudança de posição dos agentes envolvidos, e casos que relatem as mudanças do campo Santa Casa. O perfil do Provedor apresenta uma sucinta descrição da pessoa que ocupou o cargo, sua ocupação, parentesco com outros provedores, relações anteriores com a Irmandade, com a sociedade mogimiriana e com a política. Enquanto alguns provedores foram pessoas das quais se consegue muito material histórico pela influência que teve em sua época, outros foram tão discretos que o máximo que se obteve foi sua ocupação profissional. O perfil dos assistidos buscou identificar quem eram os grupos atendidos na Santa

Casa, como a demanda pelo atendimento a essas categorias surgiu e como a Santa Casa categorizou esses grupos ao longo de sua história.

Finalmente, a origem dos recursos financeiros permitiu compreender a composição dos recursos que financiavam o funcionamento do hospital. A preocupação desta categoria não foi discutir o montante recebido, mas quem financiava, quem doava, qual era a principal fonte destes recursos para a Santa Casa. Apesar das denominações das receitas serem adequados para cada uma das épocas analisadas, esta análise buscou principalmente compreender a distribuição dos recursos financeiros sob os seguintes grandes grupos:

- Subvenções governamentais: recursos públicos repassados para a Irmandade a título de custeio ou investimento e que não se encontram vinculados à determinada prestação de serviço;
- Renda patrimonial: recursos oriundos de aluguéis de bens imóveis, rendimentos e dividendos de títulos e de ações, bem como rendimentos de aplicações financeiras;
- Donativos: doações em moeda corrente recebidas pela instituição e legados deixados em testamento;
- Contribuições da Irmandade: recursos arrecadados junto aos membros da Irmandade periodicamente;
- Prestação de serviços: recursos obtidos em função da prestação de serviço, seja ela de origem pública ou privada, neste último caso atendimentos particulares ou convênios privados;
- Outros: recursos que não se enquadraram em nenhum dos grupos anteriores, como por exemplo, venda de sucata.

Ao analisar o perfil dos assistidos e a origem dos recursos financeiros, foram analisados conjuntamente o papel do Estado no período, bem como a ação de outros agentes pertencentes ao setor.

As análises realizadas permitiram (a) identificar as diferentes concepções de controle presentes na Santa Casa; (b) compreender a configuração inicial da Santa Casa como Campo de Ação Estratégica e suas transformações; e (c) definir o papel do Estado ao longo da história da Irmandade.

Para facilitar a visualização e a compreensão destas análises foi desenvolvida duas formas de apresentação das conclusões apresentadas junto ao

capítulo 7 “Discussões e Conclusões”: (i) Quadros contendo as características de cada uma das concepções de controle identificadas; e (ii) Figuras representando as posições dos agentes dentro do Campo de Ação Estratégica.

Os quadros das características das concepções de controle serão apresentados, conforme quadro 2, contendo na coluna à esquerda as categorias utilizadas na análise, enquanto a coluna à direita apresentará os pontos de destaque desta categoria dentro de determinada concepção de controle.

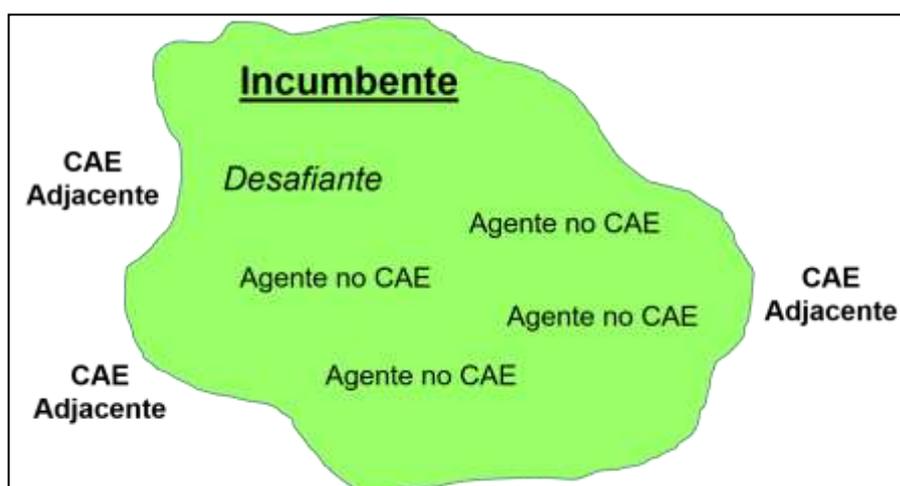
Quadro 2 – Quadro de características das concepções de controle

Agentes	Nesta categoria serão apontados os principais agentes envolvidos com a concepção de controle em discussão, como o Provedor, os médicos, o perfil das pessoas atendidas entre outros.
Recursos Financeiros	Nesta categoria serão listadas as principais fontes de recursos financeiros para a Santa Casa nesta concepção de controle.
Estado	Nesta categoria serão apresentadas as formas de atuação do Estado em relação à Santa Casa na concepção de controle discutida.
Setor	Enfim, nesta categoria serão apresentados os principais movimentos do setor em relação à concepção de controle.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

Com relação às figuras que serão utilizadas para representar a Santa Casa como um Campo de Ação Estratégica, estas terão a aparência da figura 5.

Figura 5 – Representação gráfica do Campo de Ação Estratégica



Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

Nesta representação gráfica será possível identificar o posicionamento dos agentes: (i) o incumbente será representado em negrito e sublinhado; (ii) o desafiante estará em itálico; (iii) os demais agentes do campo de ação estratégica não estarão destacados; (iv) os campos de ação estratégica adjacentes estarão em negrito; e (v) a influência dos campos de ação estratégica adjacentes será representada pela deformação do limite do campo de ação estratégica.

6 RESULTADOS

O objetivo deste capítulo é apresentar, de forma estruturada, os resultados da pesquisa documental e de campo realizadas com relação à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim. Buscando uma melhor compreensão os resultados foram apresentados em quatro períodos temporais da Santa Casa, em que cada um destes foi descrito os acontecimentos históricos de destaque, o perfil dos provedores que dirigiram a instituição, bem como o perfil das pessoas assistidas pelo hospital e a origem dos recursos financeiros existentes na Santa Casa.

6.1 Primeiro Período (1867 – 1916)

O primeiro período vai de 1867, ano da criação da Irmandade, passando pela construção do prédio, até 1916, último ano em que um fazendeiro exerceu a função de Provedor.

6.1.1 Destaques históricos

Os destaques históricos selecionados deste período inicial para apoiar a análise da instituição são a criação da Irmandade, o esforço para a construção do primeiro hospital e a primeira reforma do Compromisso da Irmandade que resultou em um desentendimento com a autoridade eclesiástica da diocese de Campinas.

6.1.1.1 Gênese e construção do primeiro hospital

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim foi fundada em 06 de abril de 1867 por iniciativa de padre Luiz José de Brito, Dr. Delfino Pinheiro de Ulhôa Cintra, José Costa Rangel, Albano Leite da Cunha Canto e José Alves dos Santos, sendo regida pelo compromisso aprovado em 30 de agosto de 1867 por Dom Sebastião Pinto do Rego, bispo diocesano de São Paulo, e por Dr. José Tavares Bastos, presidente da província de São Paulo.

Em 1882, após 15 anos de trabalhos da Irmandade que não foram suficientes para arrecadar recursos para iniciar as obras do hospital, o Governo da Província destinou o produto da 48ª loteria da Província, a importância de Rs

12:000\$000 (doze contos de réis) para a instituição e nomeou uma comissão para administrar tal construção: tenente-coronel José Batista da Luz, Dr. José Oscar de Araújo Cunha, coronel José Joaquim da Silveira Cintra (barão de Cintra), tenente-coronel José Guedes de Souza (barão de Pirapitingui) e tenente Joaquim Ignácio Quartim, sendo o primeiro aclamado presidente da comissão e o segundo, secretário durante a primeira reunião da comissão em maio de 1882. Nesta mesma reunião a comissão decidiu aceitar a doação de um terreno oferecido pelo presidente da comissão para a construção do hospital. Ressalta-se aqui que a comissão “decidiu aceitar a doação” pois havia a alternativa de doação de um outro terreno pertencente ao tenente Joaquim Inácio Quartim.

A pedra fundamental foi lançada em 06 de julho de 1883 e, a partir de então, os trabalhos de construção tiveram início. Em 23 de setembro de 1883, a Irmandade se reuniu, pois, com as obras iniciadas, fazia-se necessária uma reorganização a fim de permitir a prestação do serviço de caridade que envolvia sua criação.

A sociedade mogimiriana participou de diversas formas em busca de angariar recursos para custear a construção do hospital: quermesses, espetáculos, leilões e festas de caridade se repetiam em busca das esmolas.

A inauguração do hospital ocorreu em 03 de junho de 1888, 21 anos após a fundação da Irmandade e quase cinco anos após o lançamento da pedra fundamental. A festividade contou com a benção do edifício, missa e Te-Deum⁴ conduzidos pelo então vigário da paróquia, padre João Eboli.

A Irmandade atendeu os pobres e indigentes doentes, nesta primeira fase, até 1895 quando fechou as portas de seu hospital diante da necessidade de uma reorganização interna.

Em 07 de fevereiro de 1897 houve a reabertura da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, assumindo a provedoria o capitão Miguel Antunes Pereira Lima e contando com o trabalho voluntário de quatro médicos que residiam na cidade: Dr. Carlos Augusto Fernandes de Castro, Dr. Tertuliano César Gomide, Dr. Matheus Chaves de Mattos e Dr. Pedro de Souto Mayor.

⁴ Hino cristão usado principalmente na liturgia católica durante a recitação da Liturgia das Horas e em eventos solenes de ação de graças, como no caso a inauguração de uma obra de caridade como o hospital da Santa Casa.

A partir de 05 de julho de 1899 a provedoria ficou a cargo do coronel João Leite do Canto - capitalista, grande produtor de café e grande benfeitor do município – que ocupou o cargo por 17 anos e meio. Em 1900 o movimento do hospital era modesto para os padrões atuais: no mês de julho haviam sido atendidos 14 enfermos.

6.1.1.2 A Reforma dos Estatutos e o “Golpe” Episcopal (1917-1924)

Apesar dos fatos históricos a seguir terem ocorrido imediatamente após o período apresentado nesta subseção, eles estão descritos aqui por terem sido diretamente influenciados por este primeiro período. Em janeiro de 1917, o dr. Altino Joaquim de Almeida, provedor recém empossado, nomeou uma comissão para a reforma dos estatutos, formada pelos mesários, Arthur Prado de Queiróz Telles, Amador Jorge de Siqueira Franco e Rozendo Rodrigues do Prado, todos advogados. O provedor considerava o Compromisso cinquentenário da Irmandade ultrapassado e desatualizado, sendo que em setembro de 1917 foi convocada a Assembleia Geral para apresentação e aprovação dos novos Estatutos Sociais da instituição.

Nesta assembleia após a aprovação dos estatutos, o vigário da paróquia e irmão da Santa Casa, Cônego Moysés Nora, indicou que não poderia continuar a prestar os serviços religiosos à capela, aos doentes e aos mortos da Santa Casa caso os novos estatutos não fossem aprovados pela diocese de Campinas e que isto se tratava de pura formalidade. Os estatutos originais foram encaminhados para Campinas, mas quando retornaram, em 08 de outubro de 1917, existiam duas ressalvas após a assinatura do bispo auxiliar, d. Joaquim Mamede, anotadas à mão pelo mesmo. As ressalvas alteravam a redação de dois itens do Estatuto, conforme apresentado no Quadro 3

Na mesma data, o provedor oficiou o bispado de Campinas, indicando que as alterações não poderiam ser feitas, pois o Estatuto previa que após a aprovação em Assembleia Geral o mesmo entraria em vigo imediatamente, não tendo a Mesa Administrativa autoridade e autonomia para proceder uma alteração em matéria aprovada pela Assembleia Geral.

Quadro 3 – Alterações no Estatuto de 1918

Identificação	Redação Antiga	Nova Redação
Parágrafo único do art. 54	“Os serviços internos do Hospital, como sejam, os de limpeza, enfermarias, cosinha, rouparia, etc. etc. poderão ser confiados a qualquer associação religiosa á critério da Meza Administrativa. No que diz respeito ao culto interno do Hospital, nada se poderá fazer sem audiência previa da Autoridade Diocesana ou de seu representante”	“Os serviços internos do Hospital, como sejam, os de limpeza, enfermarias, cosinha, rouparia, etc. etc. poderão ser confiados a qualquer associação religiosa (<i>da Egreja Catholica Apostolica Romana</i>) <i>de acordo com a Autoridade Diocesana. Ficando proibido portanto, a direção hospitalar por pessoas inimigas do catholicismo.</i> No que diz respeito ao culto interno do Hospital, nada se poderá fazer sem audiência previa da Autoridade Diocesana ou de seu representante”
Art. 70	“O presente compromisso, uma vez aprovado em Assembléa Geral, será registrado, impresso e distribuído a todos os irmãos, entrando imediatamente em vigor menos no que se refere á Administração actual, cujo mandato continúa de conformidade com o art. 67, e só poderá ser reformado passados cinco annos de sua aprovação”	“O presente compromisso, uma vez aprovado em Assembléa Geral, será registrado, impresso e distribuído a todos os irmãos, entrando imediatamente em vigor menos no que se refere á Administração actual, cujo mandato continúa de conformidade com o art. 67, e só poderá ser reformado passados cinco annos de sua aprovação e <i>de accordo com a Autoridade Diocesana, que será sempre representada nas Assembléas Geraes pelo Vigario ou por um Delegado Especial</i> ”

Fonte: Elaborado pelo autor

Em 13 de setembro de 1918, o bispo auxiliar da diocese de Campinas, d. Joaquim Mamede se reuniu, nas dependências da Igreja do Carmo, com alguns membros da Mesa Administrativa da Santa Casa para solicitar a interferência destes para obter a aprovação das alterações propostas pelo bispado de Campinas, sendo que o bispo, d. Nery, estava magoado com o incidente e que a alteração poderia restabelecer a harmonia entre a Irmandade e o bispo. Diante desta situação o provedor informou a d. Mamede que somente a Assembleia Geral dos irmãos poderia realizar esta alteração e convocou uma assembleia geral para esta ação, considerando que as alterações interferiam apenas em assuntos religiosos. A assembleia geral com a proposta de alteração dos artigos aconteceu em 13 de outubro de 1918 e foi aprovado em unanimidade. O vigário paroquial solicitou novamente que o estatuto fosse encaminhado para a aprovação do bispo de Campinas, por mera formalidade.

A aprovação dos estatutos pelo bispo de Campinas foi comunicada através de carta, de 16 de outubro de 1918. Entretanto o bispo informava que sua aprovação estava condicionada às seguintes condições: (i) a Irmandade não poderia acrescentar, nem diminuir coisa alguma nos estatutos sem a expressa licença do bispo; (ii) não poderiam tomar parte da diretoria e nem da Mesa Administrativa irmãos que não professassem a religião Católica Apostólica Romana; e (iii) que os estatutos fossem registrados para se constituir a Irmandade em pessoa jurídica.

A versão dos estatutos registrada em cartório trazia as alterações aprovadas na assembleia geral de 13 de outubro de 1918, mas não continham a assinatura do bispo e, portanto, não continham suas cláusulas de aprovação.

A eleição dos novos mesários ocorreu em 15 de dezembro de 1918, tendo sido apurados os votos e anunciado os resultados, o cônego Moysés Nora, na qualidade de delegado do bispo diocesano, protestou contra a eleição de alguns mesários que não seriam católicos o que desrespeitava o entendimento do estatuto por parte da diocese. Entretanto seu protesto não foi aceito pela assembleia e os 14 irmãos mais votados foram proclamados mesários. Na reunião de posse e eleição da Mesa Administrativa, no dia 09 de janeiro de 1919, o cônego Oscar Sampaio foi enviado pelo bispo de Campinas com uma única missão: coletar a assinatura dos mesários empossados em um auto de fé católica.

Os mesários empossados consideraram este um pedido constrangedor, além de nunca ter sido exigido, nem no Compromisso original e nem no novo Estatuto, que se professasse a fé católica para atuar como mesário da instituição. Diante desta situação, nenhum dos mesários, nem mesmo os católicos, assinaram o auto de fé encaminhado pelo bispo diocesano.

Assim, em 16 de janeiro de 1919, o bispado de Campinas publica um decreto dissolvendo a Irmandade da Santa Casa e ordenando ao vigário da paróquia, cônego Moysés Nora, tomar posse do hospital e dos bens da Santa Casa. No dia 18 de janeiro de 1919, o cônego se dirigiu à Santa Casa para executar as ordens do bispado, porém os oficiais de justiça impediram que a ação fosse executada, pois o provedor havia conseguido uma Ação de Interdicto Possessório.

Esta questão se tornou um embate jurídico com o bispado alegando que a Irmandade era uma associação religiosa católica subserviente ao bispo e a Irmandade alegando que se tratava de uma associação civil. Tal embate se

desenrolou até setembro de 1924 quando o Supremo Tribunal Federal deu ganho de causa para a Santa Casa.

6.1.2 Perfil dos provedores

O primeiro provedor da Santa Casa foi também um dos idealizadores da Irmandade, o cônego José Luiz de Brito. Infelizmente as fontes de dados pesquisadas não trazem detalhes a respeito do mesmo, mas os poucos documentos encontrados relatam que na época ele era o vigário da paróquia de Mogi Mirim. Ocupou o cargo por 15 anos durante os quais tentou arrecadar recursos para a construção do prédio do hospital através de eventos beneficentes. Deixou o cargo em 1882, porém voltou a exercer o cargo em 1888 no final daquele ano.

A economia do município de Mogi Mirim durante muito tempo foi sustentada pela agricultura e assim figuras marcantes de sua história foram produtores rurais, e muitos destes acabaram ocupando o cargo de provedor da Santa Casa, principalmente na primeira fase de sua história.

A partir de 1882, a provedoria foi assumida pelo tenente-coronel José Baptista da Luz, grande produtor de café do município e dono de muitos terrenos na cidade de Mogi Mirim. O terreno doado para a construção do primeiro hospital da Santa Casa de Mogi Mirim era de sua propriedade e localizava-se na época no limite noroeste da região central da cidade. Ressalta-se que na época, após o centro da cidade já iniciava o que chamamos hoje de zona rural. Sua gestão à frente da Irmandade foi até 1886.

Em 1886 a provedoria foi exercida pelo dr. Antonio Pinheiro de Ulhôa Cintra, o barão de Jaguará. Médico, ele era filho de Delphino Pinheiro de Ulhôa Cintra, um dos fundadores da Irmandade. Antonio foi vereador nas eleições de 1880 pelo partido Conservador e era um dos acionistas fundadores da Companhia Mogyana de Estradas de Ferro. Deixou a provedoria em 1888, alguns meses após o hospital ser inaugurado.

José Joaquim da Silveira Cintra, o barão de Cintra, fazendeiro da região de Mogi Mirim, assumiu a provedoria em 1889 ocupando o cargo até 1892. Na época do Império foi líder do partido Liberal. Ocupou o cargo de provedor novamente no ano de 1894.

Em 1893, a provedoria foi ocupada pelo tenente Francisco Ignácio Quartim, genro de José Baptista da Luz – o segundo provedor da Irmandade. O tenente Quartim, como era conhecido, havia comprado de seus cunhados as terras do sogro e tornara-se fazendeiro em Mogi Mirim. Na época do Império, militava no partido Conservador e foi inspetor de instrução pública e vereador na cidade vizinha de Itapira/SP. Após a proclamação da república, trabalhou no partido Republicano, sendo presidente do diretório em Mogi Mirim e atuando com vereador no município. Era irmão da 3ª Ordem de São Paulo e irmão do Carmo. Voltou a ocupar o cargo de provedor durante o ano de 1895.

Em 1896, o capitão Miguel Antunes Pereira de Lima assume a provedoria. Ele era fazendeiro, membro do partido liberal no tempo do Império, tendo sido vereador em Mogi Mirim pelas eleições de 1880. Exerceu o cargo até 1899, ano em que faleceu.

A partir de 1899 assume o cargo o então tenente-coronel, e posteriormente coronel João Leite do Canto, fazendeiro, membro do partido Republicano e vereador de 1906 a 1914. Considerado um grande benfeitor para entidades assistenciais do benefício, doou grandes somas para a Santa Casa ainda em vida: em 19 de março de 1899 doou Rs 10:000\$000 (dez contos de réis) em ações inalienáveis da Companhia Mogyana de Estradas de Ferro; adquiriu um veículo fúnebre adequado para o transporte dos cadáveres da Santa Casa para o Cemitério Municipal por Rs 3:000\$000 (três contos de réis) e o doou para o hospital; para comemorar o 49º aniversário de seu matrimônio doou Rs 11:000\$000 (onze contos de réis) para a construção do pavilhão de tuberculosos no hospital e mais Rs 9:000\$000 (nove contos de réis) em títulos da dívida pública do Estado de São Paulo. Em seu testamento o coronel ainda deixou para a Santa Casa Rs 250:000\$000 (duzentos e cinquenta contos de réis) em ações da Companhia Mogyana, Rs 150:000\$000 (cento e cinquenta contos de réis) para auxiliar nas despesas do hospital e com relação ao legado deixado para sua esposa, Rs 500:000\$000 (quinhentos contos de réis) em ações da Companhia Mogyana, este seria passado à Santa Casa após a morte dela. O coronel permaneceu no cargo de provedor até 1916.

6.1.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiro

A prioridade de atendimento médico da instituição no primeiro período analisado está focada na classe mais pobre e que não possui recursos financeiros para pagar pelos serviços dos médicos residentes na cidade e tampouco tem recursos para realizar um tratamento em Campinas ou São Paulo, os centros de referência para tratamento da saúde. A publicação do movimento hospitalar da Santa Casa na década de 1910 trazia um relato descritivo a respeito dos falecidos, trazendo nome, idade, estado civil, cor, gênero e a ocupação. A tabela 1 apresenta as principais características descritas no movimento hospitalar do último semestre de 1916.

Tabela 1 – Perfil dos falecidos 1916

Mês	Gênero	Cor	Estado civil	Idade	Ocupação
Out/1916	Mulher	Parda	Casada	40	n/d
Out/1916	Homem	Branca	Viúvo	72	Lavrador
Nov/1916	Homem	Preta	Casado	28	n/d
Nov/1916	Mulher	Preta	Viúva	60	n/d
Nov/1916	Homem	Preta	Viúvo	60	n/d
Nov/1916	Mulher	Branca	Viúva	25	n/d
Dez/1916	Mulher	Preta	Viúva	87	n/d
Dez/1916	Homem	Preta	Solteiro	65	n/d
Dez/1916	Homem	Preta	n/d	87	n/d

Fonte: "A Comarca" 05/11/1916; 03/12/1916; 06/01/1917

A amostra descrita na tabela 1 representa a totalidade das pessoas atendidas no hospital no final de 1916, mas analisando o perfil dos falecidos pode-se ter uma ideia do perfil das pessoas atendidas no estabelecimento. A maioria é negra, acima de 60 anos, viúvo e com ocupação não declarada. Este perfil indica o atendimento hospitalar na Santa Casa reservado às pessoas com menor poder aquisitivo no início do século XX. Apesar disso, existe um homem branco falecido no hospital neste período, que foi o único cuja ocupação foi declarada: lavrador. Infelizmente não existem dados que possam comprovar, mas como o hospital nesta época já realizava atendimentos particulares, classificados como pensionistas, pode-se inferir que se tratava de um indivíduo com recursos insuficientes para se tratar nos centros médicos mais procurados na época, Campinas e São Paulo, porém suficientes para arcar com os custos do atendimento na Santa Casa, ou até mesmo

possuísse recursos para se tratar em outro local, mas acometido de uma situação emergencial não houve condições para que se deslocasse.

A tabela 2 apresenta o número de atendimentos em julho de 1900, entre outubro e dezembro de 1916 e o total de atendimentos no ano de 1916.

Tabela 2 – Movimento hospitalar 1900 e 1916

Movimentação	Jul/1900	Out/1916	Nov/1916	Dez/1916	1916
Existiam em tratamento	10	12	16	21	20
Entraram	4	13	21	11	189
Tiveram alta	8	7	12	11	159
Óbitos	0	2	4	3	32
Existem em tratamento	6	16	21	18	18
Médicos no mês	1	1	1	1	4
Curativos realizados	n/d	204	280	240	n/d
Injeções aplicadas	n/d	35	24	36	n/d

Fonte: “A Comarca” 02/08/1900; 05/11/1916; 03/12/1916; 06/01/1917; 14/01/1917

Considerando os padrões atuais de classificação e a movimentação de pacientes no início do século XX, o hospital da Santa Casa era um hospital de porte pequeno, sendo a principal característica o tratamento clínico, a aplicação de injeções e de curativos. Nesta época o hospital não possuía nenhuma sala cirúrgica disponível para procedimentos mais complexos e a escala de médicos previa que cada um deles prestava serviços no hospital durante um mês inteiro, sendo que em 1916 quatro médicos da cidade se revezaram no atendimento da Santa Casa.

Com relação à origem dos recursos financeiros, a tabela 3 demonstra a origem dos recursos financeiros para a manutenção do hospital no ano de 1916 conforme o relatório das atividades daquele ano publicado no jornal “A Comarca”.

Observa-se que neste período as principais fontes de recursos para a Santa Casa eram as subvenções governamentais, 54,23% do total dos recursos, e os rendimentos oriundos de ações e apólices, 30,79%. As contribuições da Irmandade foram a terceira fonte de recursos com 8,44% destes.

Tabela 3 – Receita do ano 1916

Receita	em réis (Rs)	Categoria	%
Dividendos de ações (CMEF)	3:222\$000	Rendimentos Patrimoniais	16,18
Juros de apólices (Dívida Pública Federal)	1:000\$000	Rendimentos Patrimoniais	5,02
Juros de apólices (Dívida Pública Estadual)	1:800\$000	Rendimentos Patrimoniais	9,04
Donativos diversos	115\$000	Donativos	0,58
Espetáculo de caridade (Theatro São José)	496\$000	Donativos	2,49
Venda de ações (Club Recreativo)	520\$000	Donativos	2,61
Mensalidade dos Irmãos	1:680\$000	Irmandade Particular /	8,44
Pensionistas diversos (particulares)	172\$000	Convênios Privados	0,86
Aluguel de prédio	111\$000	Rendimentos Patrimoniais	0,56
Subvenção Estadual	9:000\$000	Subvenção Governamental	45,19
Subvenção Municipal	1:800\$000	Subvenção Governamental	9,04

Fonte: “A Comarca” 14/01/1917

Os donativos e eventos beneficentes representaram 5,68% dos recursos financeiros daquele ano, sendo que as doações em dinheiro enviadas diretamente para o hospital representaram 0,58%. Neste ponto cabe informar que na época as doações em gêneros alimentícios, roupas, medicamentos e outros produtos não eram contabilizados em valores monetários como as normas contábeis atuais exigem atualmente. Tais doações eram realizadas com frequência pela população para ajudar a instituição. Relata-se a seguir alguns exemplos dessas ações beneficentes:

Quadro 4 – Doações para a Santa Casa

23/07/1917	“Fizeram donativos á Santa Casa: d. Amelia Cruz, um mil réis, d. Maria das Dôres, um mil réis, d. Maria Mantovani, dois frangos e o sr. Cherubim Firmino de Souza, dez litros de feijão”
05/08/1917	“Fizeram donativos á Santa Casa: o sr. Antonio Tiborne, um alqueire de farinha de milho, meio alqueire de feijão e uma caixa de marmelada e o sr. João Theodoro, quinhentos réis”

Fonte: Jornal “A Comarca”

As doações eram incentivadas com anúncios publicados no jornal. Já no primeiro exemplar de “A Comarca”, em 1900, o Procurador-geral⁵ da Santa Casa recorre a toda sociedade mogimiriana em busca de donativos:

O abaixo assignado, procurador geral da Santa Casa de Misericordia, conhecendo as dificuldades com que está luctando esta pia instituição, vem por este pedir a todas as pessoas caridosas um auxilio, de accordo com as posses de cada um, afim de poder manter se esta instituição, que tanto ha prestado á caridade publica. Antonio Leite do Canto. (Jornal “A Comarca” 26/07/1900)

No mesmo exemplar de “A Comarca” existe um segundo anúncio destinado às pessoas que contrataram o serviço de transporte de cadáveres e que não haviam pago pelo mesmo:

Serviço Funebre: O procurador geral da Santa Casa de Misericordia, abaixo-assignado pede ás pessoas que devem á instituição por serviços de conducção de cadaveres o especial favor de pagar seus debitos quanto antes e previne a quem possa interessar que, de hoje em diante – positivamente – não será mais feita a conducção de cadaveres sem estar pago o respectivo serviço. Antonio Leite do Canto. (Jornal “A Comarca” 26/07/1900)

Logo abaixo do anúncio a respeito dos serviços fúnebres, encontra-se um terceiro para os membros da Irmandade, chamados de sócios, que estavam inadimplentes:

Aviso aos Socios: Previno aos srs. socios que estão em atrazo com o pagamento dos seus debitos que devem quitar-se dentro do prazo de 20 dias a contar de hoje, ao contrario ser-lhes-á imposta a pena estatuida pelo regulamento da casa. Mogy-mirim, 29 de Julho de 1900. Antonio Leite do Canto. (Jornal “A Comarca” 26/07/1900)

Também chama a atenção, apesar de não ter grande representatividade na composição dos recursos, o atendimento de clientes particulares, classificados como pensionistas nos relatórios da época, assim como o serviço de transporte de cadáveres para o cemitério, indicando que não apenas os mais necessitados eram atendidos no hospital, mas também algumas pessoas que possuíam recursos, como possa ter sido o caso do lavrador que faleceu no hospital em outubro de 1916.

⁵ Cabia ao Procurador-geral arrecadar as contribuições e donativos encaminhados à Santa Casa, além de realizar as cobranças referentes à inadimplência tanto de membros da Irmandade, quanto de serviços remunerados realizados pela mesma.

6.2 Segundo Período (1917 – 1967)

O segundo período contempla de 1917, ano em que foram iniciadas algumas reformas, físicas e administrativas, na Irmandade, até 1967, ano que ocorreu a implantação do INPS e o credenciamento do hospital para atendimento dos contribuintes do instituto.

6.2.1 Destaques históricos

Após a fase dos fazendeiros, em 1917 assume a provedoria um dos médicos da Santa Casa: Dr. Altino Joaquim de Almeida. Considerando o aumento no número de atendimentos – em dezembro de 1916 foram atendidos 32 enfermos – e a necessidade de adaptação da estrutura física, busca-se ampliar o número de irmãos para que reformas pudessem ser conduzidas bem como a construção de um pavilhão exclusivo para atendimento dos tuberculosos.

6.2.1.1 Reformas...

Com o fim da escravidão e o aumento do número de colonos nas propriedades rurais, o movimento do hospital cresceu enquanto sua estrutura física deteriorava ao longo dos anos. Em 26 de novembro de 1916 os médicos da cidade – Eduardo Froes da Motta, Ederaldo Prado de Queiroz Telles, José Augusto Bastos, Arthur Candido de Almeida, Altino Joaquim de Almeida e Durval Teixeira da Matta – reuniram-se com o intuito de iniciar um “movimento de interesse pela Santa Casa”. Nesta reunião listaram algumas reformas necessárias no prédio atual para segundo eles, preencher melhor o fim ao qual a Santa Casa se destinava. Os doutores Motta e Matta foram nomeados como representantes dos demais para encaminhar o pedido ao provedor, coronel João Leite do Canto.

No final de dezembro de 1916, nas eleições para definição da Mesa Administrativa da Santa Casa para o ano de 1917, o coronel João Leite do Canto manifesta o desejo de deixar a provedoria e solicita que os irmãos não votem em seu nome para a nova Mesa Administrativa. Desta forma foram eleitos os seguintes mesários efetivos: Arthur Cândido de Almeida, médico, Alberto Ferreira Nobre, advogado, Rozendo Rodrigues do Prado, advogado, Pedro Ferreira Alves,

farmacêutico, Manuel Fernandes Sampaio, escrivão, Arthur Prado de Queiroz Telles, advogado, Valério Strang, professor, Altino Joaquim de Almeida, médico, Octávio Miranda, farmacêutico e João Alves dos Santos, advogado.

Em janeiro de 1917, após o ato de posse, estes mesários elegeram o dr. Altino Joaquim de Almeida como provedor e suas primeiras ações no cargo foram: (i) nomear uma comissão para conduzir a reforma do Compromisso da Irmandade, fato já abordado na subseção anterior; (ii) conduzir as reformas físicas e melhorias encaminhadas pelos médicos da cidade, grupo do qual ele fazia parte; (iii) ampliar o número de membros⁶ da Irmandade; (iv) criar um asilo para mendigos e leprosos; e (v) construir um pavilhão exclusivo para o atendimento de tuberculosos.

As reformas do prédio buscavam manter a estabilidade do prédio, aumentar o conforto dos pacientes e melhorar as condições de higiene das instalações. Em um relato publicado em 11 de julho de 1918, destaca-se a finalização das reformas e descreve-se o resultado final: modificação da fachada do prédio e da entrada principal, substituição do assoalho de madeira por ladrilho de mosaico no corredor de entrada e no consultório, aquisição de novo mobiliário para as enfermarias particulares, substituição de janelas no corredor da capela, instalação de uma pequena farmácia para manipulação de fórmulas, construção de claraboias nas entradas e instalação de assoalho no interior das enfermarias, instaladas janelas e portas na enfermaria masculina com acesso à área externa, construída uma caixa d'água de 800 litros, reforma da cozinha e troca dos equipamentos e louças, a rouparia foi substituída, pintura geral interna e externa do prédio, reforma de 32 camas.

Entre 1933 e 1934 outras reformas emergenciais foram realizadas como por exemplo, a restauração da parede lateral direita do prédio que ameaçava ruir, a compra do aparato cirúrgico completo que foi saqueado na Revolução Constitucionalista de 1932 para retomar as cirurgias, aquisição de um novo transformador para diminuir os problemas com falta de iluminação e reforma dos

⁶ Em dezembro de 1916, a Irmandade possuía 59 irmãos. Em dezembro de 1917 atingiu a marca de 250 e em dezembro de 1918, esse número era de 291 irmãos. Porém os esforços em aumentar o número de irmãos continuaram nas décadas seguintes, pois o relatório do biênio 1933-1934, aponta que em dezembro de 1932 haviam 144 irmãos passando para 281 irmãos em dezembro de 1934.

quartos particulares. De 1935 a 1943 as ocorrências emergenciais na estrutura do prédio eram constantes conforme relato da época:

“O nosso [prédio], que ali vemos ainda, quase centenário, tem graves defeitos de construção primitiva, denunciados periodicamente, a cada passo, pelas paredes que se fendem, pelos soalhos que abalam, pelos tetos que abatem, velhas madeiras que se racham, tijolos que partem, canos que arrebentam: são fruto do tempo, principalmente, mas que obrigam a consertos e remendos de emergência, muitas vezes inúteis sempre acarretando dispêndio... (Jornal “A Comarca”, 16/05/1943)

As constantes intercorrências na estrutura do prédio aliadas com um novo conceito de serviço médico, uma disposição de salas, enfermarias, pavilhões, entre outros que o prédio não era capaz de comportar ou ser adaptado, fizeram com que a Mesa Administrativa de 1943-1944 convocasse uma assembleia geral extraordinária cuja decisão foi construir um novo prédio para o hospital, que é um dos fatos relatados na subseção a seguir.

6.2.1.2 ... e Construções

No documento elaborado pelos médicos do município no final de 1916 e encaminhado ao provedor da Santa Casa na época, coronel João Leite do Canto, além das reformas que se faziam necessárias no prédio, apresentava também alguns serviços que necessitavam de estrutura física a ser construída.

Uma destas propostas de serviços tratava-se de um pavilhão exclusivo para o atendimento de tuberculosos. Esta obra foi construída durante a gestão do dr, Altino Joaquim de Almeida anexa ao prédio da Santa Casa possuindo duas grandes enfermarias além de mais algumas salas que serviam como apoio para o atendimento dos pacientes portadores de tuberculose. Cabe ressaltar que este pavilhão foi batizado com o nome do benfeitor cuja doação permitiu que o mesmo fosse construído em 1919: coronel João Leite.

Outra proposta apresentada em 1916 mas que tornou-se realidade durante a gestão do dr. Alberto Ferreira Nobre (1925-1928) foi a construção de uma sala de operações na Santa Casa. ou seja, até meados da década de 1920 os serviços da Santa Casa se restringiam a tratamentos clínicos e aplicações de curativos e injeções.

No final de 1940, o pavilhão coronel João Leite foi adaptado para que o hospital pudesse prestar os serviços de obstetrícia e maternidade. As duas enfermarias receberam dez leitos cada e uma das salas de apoio foi transformada em sala de parto contando com mesa operatória, material cirúrgico, balança para recém nascidos e rouparia exclusiva, segundo o jornal “A Comarca” (02/02/1941).

Como relatado anteriormente, a manutenção do prédio foi considerada extremamente onerosa pela Mesa Administrativa de 1943-1944, e em 16 de maio de 1943, em assembleia geral extraordinária, a Irmandade decidiu construir um novo hospital. O terreno para o novo prédio, extremamente próximo ao antigo, foi adquirido no início de junho de 1943 com recursos obtidos da venda de um imóvel de propriedade da Irmandade e complementados com valores do caixa da instituição. A pedra fundamental do novo prédio foi lançada em 02 de agosto de 1945 e a inauguração, ainda com o prédio inacabado, ocorreu em 09 de agosto de 1953 em virtude do risco de desabamento do primeiro hospital. As obras terminaram no final da década de 1950. Apesar do terreno do novo hospital ter sido adquirido com recursos próprios, foi necessário um grande esforço junto à população, através de eventos beneficentes e doações, e ao Estado, através de subvenções, para a construção do novo prédio.

6.2.2 Perfil dos provedores

Em 1917 a provedoria foi assumida por Altino Joaquim de Almeida, médico, casado com a neta do tenente Francisco Ignácio Quartim – membro das diretorias responsáveis pela construção do prédio da Santa Casa. Foi vereador durante o mandato de provedor. Enfrentou as denúncias de que o mordomo, Octávio Miranda – farmacêutico – não entregava a quantidade de produtos que faturava para o hospital, assim como tinha o hábito de retirar produtos da Santa Casa e não repô-los posteriormente. Tomou o partido do mordomo, o que acarretou a saída do procurador geral da época, Pedro Ferreira Alves, também farmacêutico, e de três médicos que atendiam à Santa Casa. Na política, enfrentou os ataques do ex-prefeito, José Augusto Bastos, um dos médicos que deixou a Santa Casa, durante as investigações a respeito da proposta de compra por parte do Município da Companhia de Água e Luz. Cumpriu três mandatos bienais à frente da instituição

(1917-1922) deixou o cargo devido à mudança de residência para Campinas no início de 1923.

Ederaldo Prado de Queiróz Telles, médico, assumiu a provedoria em janeiro de 1923. Era irmão do dr. Arthur Prado de Queiróz Telles, advogado, também membro da Mesa Administrativa. Foi vereador, presidente da câmara e prefeito após deixar a provedoria em novembro de 1924.

Francisco Cardona, maçom, cumpriu o restante do mandato de Provedor no final de 1924. Proprietário da Casa Cardona, um estabelecimento com características de livraria e de papelaria, mas que também realizava serviços de tipografia, tendo criado o jornal "A Comarca" em julho de 1900. Assumiu novamente a provedoria em janeiro de 1931, tendo seu mandato interrompido em julho de 1932, quando o hospital foi requisitado pelas forças paulistas da Revolução Constitucionalista para ser usado como hospital de sangue. Com o fim da revolução em 04 de outubro de 1932, voltou ao cargo de provedor até janeiro de 1933.

Dario Vianna Barbosa, fazendeiro na cidade vizinha Mogi Guaçu, era gerente do Banco Commercial em Mogi Mirim e foi provedor por apenas um mês, em janeiro de 1925.

A vaga deixada por Dario, foi ocupada por Alberto Ferreira Nobre, advogado, em fevereiro de 1925. Dr. Alberto foi secretário da Mesa Administrativa de 1917 a 1924. No episódio com o bispado de Campinas, em 1918, era um dos não católicos apontados pelo cônego Moyses Nora. Ocupou o cargo de Provedor por dois mandatos consecutivos, deixando a função em janeiro de 1929.

Marcílio Malta Cardoso, engenheiro, diretor da Empresa de Luz e Água, proprietário da Companhia de Bebidas Mogyana, foi deputado federal e durante o mandato como provedor no biênio 1929-1930, exerceu concomitantemente o cargo público de prefeito do município. Como prefeito contraiu um empréstimo para o município sem a autorização da Câmara. Fato que resultou em um embate político que terminou com sua renúncia do cargo público em outubro de 1930. Como provedor descontou títulos da Santa Casa, função exclusiva do tesoureiro, sem autorização da Mesa Administrativa e emprestando o montante obtido para a Câmara Municipal. Renunciou ao cargo de provedor em novembro de 1930, faltando pouco mais de um mês para o término do mandato.

Em janeiro de 1933, assumia como Provedor, Luiz de Amoedo Campos, oficial do Cartório Civil e posteriormente gerente do Banco Commercial no

município. Havia sido tesoureiro da gestão 1931-1932. Para tratar de problemas de saúde solicitou licença do cargo de oficial de registro no cartório e desligamento do cargo de Provedor em novembro de 1933.

Benedicto Macário de Mattos, advogado, assumiu o cargo quando Luiz de Amoedo Campos renunciou para tratar de sua saúde. Ficou à frente de um hospital que havia sido saqueado durante a Revolução Constitucionalista, de julho a outubro de 1932, e teve que realizar diversas reformas e adaptações para o hospital voltar a funcionar. Cumpriu o mandato até o final em janeiro de 1935.

Lúcio Cintra do Prado, juiz de direito da Comarca de Mogi Mirim, assumiu a provedoria em janeiro de 1935, tendo conduzido várias reformas e adequações ao prédio da Santa Casa, buscando trazer pensionistas para serem atendidos no hospital. Trabalhou para aumentar o número de membros da Irmandade e resgatar o espírito de caridade na população mogimiriana. Enquanto provedor, foi também o presidente da comissão para construção da nova matriz de São José. Cumpriu cinco mandatos à frente da instituição, deixando o cargo em janeiro de 1945 pois havia sido transferido para a comarca de Jaú.

Carmo Nicolino de Próspero, assumiu a provedoria em janeiro de 1945. Sua trajetória profissional começou trabalhando com seu pai no açougue da família e posteriormente atuou como criador de gado. Foi sócio de uma gráfica no final dos anos 1940. Atuou na política do município como vereador e prefeito. Exerceu o cargo de mordomo nos últimos anos da gestão do dr. Lúcio Cintra do Prado. Conduziu praticamente toda a construção do novo prédio do hospital, porém faleceu em 04 de maio de 1952, pouco mais de um ano antes da inauguração do mesmo.

Com o falecimento do sr. Nicolino, o mordomo da Mesa Administrativa daquela gestão, o sr. Sebastião Carlos Tesch, industrial, co-proprietário do frigorífico “A Paulista”, assumiu o cargo de Provedor. Foi Provedor por oito gestões consecutivas – dezesseis anos – e enquanto ocupava o cargo na Santa Casa atuou também como vereador. Inaugurou e terminou o novo prédio, abandonando a provedoria em março de 1968 em função de sua mudança de município por questões profissionais.

6.2.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiros

A partir de novembro de 1917, o movimento hospitalar publicado pela Santa Casa deixou de relatar o nome e demais características dos falecidos, mas os dados retirados do movimento hospitalar de outubro de 1917, e apresentados na Tabela 4, permitem verificar que o perfil traçado no final de 1916 continua existindo já que os assistidos são idosos e negros.

Tabela 4 – Perfil dos falecidos 1917

Mês	Gênero	Cor	Estado civil	Idade	Ocupação
Out/1917	Homem	Preta	Casado	73	n/d
Out/1917	Homem	Preta	Casado	60	n/d
Out/1917	Homem	Preta	Viúvo	95	n/d
Out/1917	Homem	Branca	Viúvo	76	n/d
Out/1917	Homem	Preta	Viúvo	88	n/d
Out/1917	Mulher	Preta	Casada	46	n/d

Fonte: “A Comarca” 11/11/1917

O levantamento dos dados referentes ao movimento hospitalar, e demonstrados na Tabela 5, apresentam a evolução no número de atendimentos no hospital entre 1920 e 1941: o aumento de 93% no número de entradas, o número de curativos 149% maior e as cirurgias que aumentaram em uma razão maior que 10 vezes o número destas em 1920.

Tabela 5 – Movimento hospitalar 1920 - 1941

Movimentação	1920	1934		1940		1941	
		Indig	Pens	Indig	Pens	Indig	Pens
Existiam em tratamento	23	17	0	20	1	n/d	n/d
Entraram	243	179	26	236	42	288	181
Tiveram alta	212	165	26	212	39	256	177
Óbitos	38	20	0	22	3	n/d	n/d
Existem em tratamento	16	11	0	22	1	n/d	n/d
Operações realizadas	31	19		n/d	n/d	346	
Curativos realizados	3.423	487		n/d	n/d	8.521	
Injeções aplicadas	1.008	3.485		n/d	n/d	8.792	

Indig = Indigentes; Pens = Pensionistas

Fonte: “A Comarca” 10/03/1921; 20/11/1941; 01/03/1942

Os relatórios de movimento hospitalar deste período começaram a contabilizar separadamente os atendimentos das categorias “Indigentes” e

“Pensionistas” e em 1941 estes últimos representaram 38,59% das entradas no hospital.

Ao iniciar a análise das origens dos recursos financeiros, deste período percebemos os reflexos iniciais da gestão do dr. Altino que realizou reformas no prédio, aumentou o número de membros da Irmandade e estimulou as doações da sociedade, bem como a organização de eventos beneficentes em favor do hospital. A tabela 6 apresenta os dados referentes às atividades do ano de 1920 extraídos do relatório do biênio 1919-1920, o segundo mandato do Dr. Altino como provedor.

Tabela 6 – Receita do ano 1920

Receita	em réis (Rs)	Categoria	%
Contribuição dos irmãos	3:921\$200	Irmandade	15,23
Subvenção Estadual	10:000\$000	Subvenção Governamental	38,83
Juros e dividendos das apólices e ações	5:291\$800	Rendimentos Patrimoniais	20,55
Diárias de doentes internados em quartos particulares	609\$000	Particular / Convênios Privados	2,36
Donativos e legados	3:852\$472	Donativos	14,96
Diversas procedências	2:078\$600	Outros	8,07

Fonte: Adaptado de “A Comarca” 10/03/1921

Para as reformas do prédio e o custeio das atividades do hospital neste período, as principais origens de recursos continuaram sendo as subvenções governamentais, 38,83% e os rendimentos das ações e apólices, 20,55%. Porém neste período, outras duas fontes ganham destaque: a contribuição da Irmandade, 15,23% da composição dos recursos e os donativos, 14,96%.

O próximo relatório financeiro a ser analisado, foi publicado em 1941 e continha as informações dos biênios 1933-1934, 1935-1936, 1937-1938 e 1939-1940. Enquanto os relatórios anteriores traziam informações detalhadas de cada ano que compunha o biênio, este documento apresentou os valores dos biênios totalizados. Ressalta-se que o último relatório publicado anterior a este é o de 1921, ou seja, houve um hiato de 20 anos nas publicações das finanças da Santa Casa. O relatório de 1941 foi publicado na gestão do Dr. Lúcio Cintra do Prado, juiz de direito da comarca de Mogi Mirim, que assumiu a provedoria em janeiro de 1935.

A tabela 7 traz a composição da receita da Santa Casa no biênio 1933-1934, gestão subsequente à Revolução Constitucionalista de 1932 e que teve como

provedor o dr. Benedicto Macário de Mattos que atuava como advogado no município.

Na análise da composição da receita do biênio 1933-1934, percebe-se um balanceamento entre as duas principais receitas da Santa Casa: os rendimentos provenientes das apólices, ações e títulos, 29,89% e as subvenções governamentais, 25,51%. Em seguida ganham destaque as doações, 16,41% que foram alavancadas tanto pelos eventos beneficentes, principalmente a quermesse em favor da Santa Casa, quanto pelos valores deixados para a Irmandade em testamento.

Tabela 7 – Receita do biênio 1933-1934

Receita	total em réis (Rs)	média anual em réis (Rs)	Categoria	%
Juros Ativos	14:154\$300	7:077\$150	Rendimentos Patrimoniais	19,29
Irmãos contribuintes	7:930\$000	3:965\$000	Irmandade	10,81
Subvenção Municipal	2:400\$000	1:200\$000	Subvenção Governamental	3,27
Subvenção Estadual	16:320\$000	8:160\$000	Subvenção Governamental	22,24
Dádivas em dinheiro	2:072\$300	1:036\$150	Donativos	2,82
Festivais beneficentes	443\$500	221\$750	Donativos	0,60
Quermesse pró Santa Casa	6:474\$900	3:237\$450	Donativos	8,82
Legados	3:050\$000	1:525\$000	Donativos Particular /	4,16
Hospitalizações	3:131\$300	1:565\$650	Convênios Privados	4,27
Indenizações do Governo Estadual (Revolução 1932)	9:631\$800	4:815\$900	Outros	13,12
Tesouro do Estado de São Paulo	7:779\$000	3:889\$500	Rendimentos Patrimoniais	10,60

Fonte: Adaptado de "A Comarca" 27/11/1941

Uma fonte de recursos curiosa neste período trata-se da indenização recebida do Governo Estadual que representou 13,12% dos recursos daquele período. Esta verba indenizatória foi repassada à Santa Casa em virtude das perdas que esta contabilizou no período em que foi requisitada como hospital de sangue pelas tropas revolucionárias paulistas em 1932.

Já a tabela 8 apresenta os dados financeiros do terceiro mandato do Dr. Lúcio como provedor, gestão marcada por uma nova onda de reformas da Santa Casa, o aumento da prestação de serviços remunerados e a busca por donativos, principalmente através de eventos beneficentes.

Neste relatório, os rendimentos de ações, apólice e títulos ganham destaque, 34,94% das receitas, acompanhados das subvenções governamentais, 23,69%, e do resultado das campanhas de auxílio à Santa Casa através de doações e eventos beneficentes que totalizaram 21,52% dos recursos financeiros. Deve-se destacar neste período o aumento da participação da remuneração dos serviços prestados pelo hospital, 13,81%, superando a arrecadação entre os membros da Irmandade, 6,02%.

Tabela 8 – Receita do biênio 1939-1940

Receita	total em réis (Rs)	média anual em réis (Rs)	Categoria	%
Juros Ativos	15:575\$600	7:787\$800	Rendimentos Patrimoniais	7,94
Irmãos contribuintes	11:808\$000	5:904\$000	Irmandade	6,02
Subvenção Municipal	10:100\$000	5:050\$000	Subvenção Governamental	5,15
Subvenção Estadual	11:392\$800	5:696\$400	Subvenção Governamental	5,81
Subvenção Federal	25:000\$000	12:500\$000	Subvenção Governamental	12,74
Dávidas em dinheiro	17:215\$500	8:607\$750	Donativos	8,77
Quermesse pró Santa Casa	25:019\$700	12:509\$850	Donativos Particular /	12,75
Hospitalizações	23:151\$200	11:575\$600	Convênios Privados Particular /	11,80
Serviço de ambulatório	2:886\$300	1:443\$150	Convênios Privados	1,47
Rendas diversas	33\$500	16\$750	Outros Particular /	0,02
Necrotério	90\$000	45\$000	Convênios Privados	0,05
Especialidades farmacêuticas	972\$700	486\$350	Particular / Convênios Privados	0,50
Apólices da dívida pública do Estado	53:000\$000	26:500\$000	Rendimentos Patrimoniais	27,01

Fonte: Adaptado de "A Comarca" 27/11/1941

Em 1943, ainda na gestão do Dr. Lúcio, a Mesa Administrativa aprova o projeto para construir um novo hospital para a Santa Casa. Infelizmente, surge um novo período sem publicação de relatórios financeiros do funcionamento da instituição. Durante o período de arrecadação de recursos e construção do novo prédio, 1943 a 1952, a preocupação dos relatórios publicados era prestar contas a

respeito dos recursos arrecadados para a construção e o gasto destes recursos na obra.

Mas como relatado anteriormente, a sociedade mogimiriana teve grande parcela de contribuição financeira para a construção do novo prédio e os esforços eram reconhecidos publicados na imprensa. A seguir estão descritos algumas destas ações:

- O ex provedor Dr Lucio Cintra do Prado doou Cr\$ 3.000,00 (três mil cruzeiros) mesmo estando em Jaú (A Comarca 25/07/1946)
- Campanha para arrecadação de Cr\$ 200.000 (duzentos mil cruzeiros) através do empréstimo de promissórias no valo de Cr\$ 500 (quinhentos cruzeiros) com vencimento em 08 de maio de 1952 e pagamento de juros de 5% a.a. (A Comarca 17/11/1946)
- Doação de Cr\$ 10.000,00 (dez mil cruzeiros) oriundos da firma Vicente Cury e Cia, localizada em Campinas, mas que começou suas atividades em Mogi Mirim. (A Comarca 15/12/1946)

Como já relatado, houve um longo período sem publicação de relatórios de prestação de contas por parte da Mesa Administrativa, porém em julho de 1969, as demonstrações contábeis voltaram a ser publicadas na imprensa, sendo as demonstrações referentes ao exercício de 1967 as primeiras a serem apresentadas. Com a unificação dos IAP's que se transformaram no INPS, a Previdência Social pôde realizar convênios para que a assistência médico-hospitalar de seus contribuintes pudesse ser ampliada para além das unidades próprias dos IAP's. A Santa Casa de Mogi Mirim fez este convênio com o INPS e o efeito desta ação pode analisado nas demonstrações contábeis do exercício de 1967, apresentadas na tabela 9.

Apesar da Santa Casa não distinguir o atendimento dos conveniados do INPS do atendimento aos pacientes particulares, esta demonstração contábil apresenta uma mudança interessante na composição de receitas da Santa Casa: sua principal fonte recursos passa a ser a prestação de serviços remunerados, 88% do total de recursos. Outras fontes que até então se mostravam essenciais para o funcionamento do hospital praticamente deixam de ter representatividade, como por exemplo, as doações, 0,69%, e a as contribuições dos próprios membros da Irmandade, 0,11%.

Tabela 9 – Receita do ano 1967

Receita	em Cruzeiros novos (NCr\$)	Categoria	%
Serviços de Ambulatório	10.154,26	Particular / Convênios Privados	3,53
Serviços de Análise	28.724,80	Particular / Convênios Privados	9,98
Serviços de Anestesia	1.901,00	Particular / Convênios Privados	0,66
Serviços de Hospitalização	114.354,80	Particular / Convênios Privados	39,72
Serviços de Radiologia	7.185,82	Particular / Convênios Privados	2,50
Acompanhantes	7.951,97	Particular / Convênios Privados	2,76
Berçário	3.781,00	Particular / Convênios Privados	1,31
Curativos	3.836,50	Particular / Convênios Privados	1,33
Descontos	1.238,71	Outros	0,43
Descontos (alimentação)	5.844,25	Outros	2,03
Aplicações diversas	298,50	Rendimentos Patrimoniais	0,10
Juros de Bancos e Caixas Econômicas	152,44	Rendimentos Patrimoniais	0,05
Maternidade	12.559,00	Particular / Convênios Privados	4,36
Mesa de Operação	11.691,00	Particular / Convênios Privados	4,06
Oxigênoterapia	9.156,48	Particular / Convênios Privados	3,18
Renda de aluguéis	1.224,18	Rendimentos Patrimoniais	0,43
Rendas diversas	161,17	Outros	0,06
Medicamentos	42.083,57	Particular / Convênios Privados	14,62
Subvenção Federal	500,00	Subvenção Governamental	0,17
Subvenção Estadual	21.381,80	Subvenção Governamental	7,43
Subvenção Municipal	1.450,00	Subvenção Governamental	0,50
Irmandade	324,90	Irmandade	0,11
Donativos	1.979,50	Donativos	0,69

Fonte: Adaptado de "A Comarca" 31/07/1969

6.3 Terceiro Período (1968 – 1991)

O terceiro período vai de 1968 até 1991, abrangendo a relação da Irmandade com o INPS, com o INAMPS e com planos de saúde privados, como a Unimed.

6.3.1 Destaques históricos

Os fatos selecionados para contextualização deste período abrangem o desenvolvimento de um plano perfeito que não apenas vislumbrava a ampliação física do hospital como também adotava reformas administrativas de peso para época. Outro episódio apresentado trata da implantação de um Pronto Socorro fora do prédio da Santa Casa, o descontentamento dos médicos sobre o assunto e a saída do Provedor na época.

6.3.1.1 O plano diretor

Em junho de 1968, com José Martinelli no cargo de provedor, a Mesa Administrativa decidiu pela elaboração de um plano diretor para ampliação do hospital, já que o prédio ocupava 2.118 m² em um terreno de 12.018 m² e ainda poderia ser construído mais 5.000 m² de acordo com a legislação municipal da época. A elaboração do projeto ficou a cargo de uma equipe de arquitetos especializados em hospitais sendo apresentado e aprovado em assembleia geral em setembro daquele ano. O plano diretor começou a ser implementado em 1969 com o dr. Gastão de Oliveira Delafina assumindo o cargo de provedor da Irmandade, porém em virtude da escassez de recursos foram adotadas inicialmente as práticas administrativas e operacionais apontadas no referido plano. Uma das mudanças foi a criação da função remunerada de Administrador que teria a função de dirigir o hospital e conduzir as reformas. Para isso a Mesa Administrativa propôs o nome do

sr. Sólton Costa Dias que ocupava o cargo de Mordomo na Mesa Administrativa e juntamente com esta contratação, extinguiu a função voluntária que ele ocupava⁷.

Em seguida foi reorganizado o setor de Secretaria para a implantação de contabilidade hospitalar, já que até então havia uma adaptação da contabilidade comercial, implantado o sistema de inventário permanente e auditoria. Criou-se também um setor de pessoal para supervisionar o processo de recrutamento e treinamento de pessoal, esta última atividade considerada essencial dentro do plano diretor, já que 40% dos funcionários do hospital na época eram analfabetos⁸.

A chamada reforma administrativa alavancada pelo plano diretor ainda envolveu a contratação de uma enfermeira diplomada para a função de chefia⁹, criação de um Serviço social para atendimento dos casos de indigentes, melhoramentos na área de Nutrição e Dietética – chamada de Alimentação na época – e a reorganização do Corpo Clínico dando exata definição dos direitos e deveres dos médicos.

Além de obras de ampliação, o plano diretor possuía também algumas ações de melhoria na estrutura física como mudança da localização dos transformadores de energia que se encontravam dentro do prédio e próximos ao almoxarifado, aumento da capacidade de armazenamento de água, melhorias nas áreas do Centro Radiológico e do Centro Cirúrgico, ampliação da área e adequação das instalações da Lavanderia

As obras de ampliação que constavam do plano diretor tiveram início em janeiro de 1974 com a construção de uma nova lavanderia e a instalação de um Centro Radiológico no local da antiga. No ano seguinte, foi construída a Unidade de

⁷ O Mordomo tinha a responsabilidade de inspecionar o hospital, bem como pôr visto nas contas das despesas realizadas para o custeio do hospital, autorizando assim ao tesoureiro a realizar o pagamento de tais contas. Na visão da Mesa Administrativa, com a transformação da função voluntário, Mordomo, em cargo remunerado, Administrador, o ocupante do cargo passaria a se dedicar integral e profissionalmente aos cuidados de que o hospital necessitava.

⁸ No relatório das atividades de 1969, consta que haviam 36 funcionários analfabetos no hospital no início de 1969 e que em dezembro daquele ano o número reduziu para 5 funcionários, que seriam ainda alfabetizados no ano seguinte.

⁹ A função de enfermagem até então era desenvolvida desde setembro de 1935 por um grupo de cerca de seis religiosas da ordem das Irmãs Franciscanas do Coração de Maria auxiliadas por pessoas que não necessariamente tinham alguma formação acadêmica na área de saúde.

Terapia Intensiva e em 1976 as dependências que eram utilizadas como clausuras pelas irmãs de caridade se transformam em apartamentos para pacientes particulares já que as irmãs passaram a ter uma residência própria. Com uma verba específica recebida do governo estadual em 1977 foram construídos uma nova cozinha e um novo refeitório e a antiga área destas instalações foi transformada em quartos para a internação de pacientes, além de se realizar a ampliação da área do Pronto Socorro. Já a construção que ampliou a Maternidade e a Pediatria ocorreu em 1979.

6.3.1.2 O corpo clínico ganha força

O Corpo Clínico do hospital participou ativamente do processo de elaboração e implementação do plano diretor e neste período protagonizou alguns episódios que indicam a busca por uma posição de destaque na gestão do hospital. O primeiro episódio ocorreu entre o final de 1967 e ao longo de 1968: o INPS atendia aos conveniados dos antigos IAP's porém havia uma demanda muito grande por parte dos trabalhadores rurais para que suas famílias também pudessem ser atendidas pelo sistema de saúde. O governo federal então criou o FUNRURAL, um fundo de previdência destinado aos trabalhadores rurais e buscou assinar convênios para que estes pudessem ser atendidos pela rede hospitalar credenciada junto ao INPS. No caso da Santa Casa de Mogi Mirim, os médicos do corpo clínico consideraram muito baixos os valores inicialmente oferecidos para os atendimentos. Uma nova proposta foi feita considerando, além dos valores oferecidos pela tabela do governo federal, o acréscimo de um subsídio por parte do Sindicato Rural de Mogi Mirim, que também não obteve sucesso. Os médicos alegavam que os valores se encontravam abaixo do que consideravam viável para remunerar o atendimento e diante disto, preferiam atender os trabalhadores rurais gratuitamente – mas na condição de indigentes – do que receber um valor mais baixo do que consideravam justo para o serviço.

Este embate se desenrolou por meses, tendo o superintendente estadual do INPS, sr. Péricles Sampaio, participado diretamente das negociações, bem como o presidente do Sindicato Rural, José Luiz de Amoedo Campos – membro da Santa Casa – porém não houve acordo. O corpo clínico se recusou a atender os trabalhadores rurais pelos valores oferecidos e o INPS acabou

celebrando o acordo com a Santa Casa da cidade vizinha, Itapira, para atender os trabalhadores rurais não só daquele município mas também aqueles que residiam na área geográfica de Mogi Mirim.

Outro episódio envolvendo o corpo clínico, girou em torno da instalação do Pronto Socorro Municipal: em 1953 a Câmara Municipal aprovou uma lei para a criação de um Pronto Socorro Municipal, que funcionaria no novo hospital da Santa Casa, com uma ambulância adquirida pela Prefeitura Municipal, os serviços médicos a cargo do hospital e a liberação de subvenção municipal para custear o atendimento. Porém, este serviço não foi implantado como previsto na regulamentação, tanto por falta da ambulância quanto pelo cancelamento da subvenção de custeio que seria repassada à Santa Casa. No final da década de 1960, não havia Pronto Socorro, seja municipal ou privado. O município dispunha de uma ambulância, porém o transporte era muito difícil no período noturno e nos finais de semana¹⁰. Quando o paciente conseguia se deslocar até a Santa Casa recebia os primeiros atendimentos da enfermagem, mas precisaria aguardar a chegada de um médico para o atendimento especializado, pois não havia a função de médico plantonista ou residente no estabelecimento e tampouco havia uma escala de médicos em plantão à distância.

Diversas rodadas de negociação foram realizadas no início de 1971 entre o provedor da época, dr. Gastão de Oliveira Delafina e o corpo clínico, mas não conseguiram chegar à um acordo para que houvesse um atendimento médico ininterrupto nos padrões de um Pronto Socorro. Diante deste impasse esse mesmo provedor contatou o proprietário de um prédio em que havia funcionado um pequeno hospital particular na cidade, negociou o arrendamento do prédio e realizou pequenas adaptações físicas no imóvel. Contatou também um grupo de cinco médicos, ex-residentes da Faculdade de Medicina da USP e que não pertenciam ao corpo clínico da Santa Casa, que montaram uma sociedade civil para prestação de serviços médicos, sendo esta contratada pela Santa Casa. Em 11 de dezembro de 1971 entrava em funcionamento o Pronto Socorro da Santa Casa em um edifício

¹⁰ A ambulância durante a noite e nos finais de semana ficava com o motorista da prefeitura que, além de morar em um bairro afastado do centro, não possuía telefone em sua residência.

externo localizado à cerca de 500 metros do prédio da Santa Casa e com um grupo de médicos totalmente estranho ao corpo clínico do hospital.

No início de seu funcionamento, o Pronto Socorro atendia apenas pacientes particulares, pois os conveniados do INPS apenas poderiam ser atendidos após uma vistoria dos representantes daquele Instituto que aprovassem as condições de atendimento. O atendimento aos conveniados do INPS teve início em 20 de julho de 1972.

Entretanto a decisão do provedor em abrir este Pronto Socorro, se por um lado teve apoio popular, por outro causou um grande mal-estar junto ao corpo clínico do hospital. O discurso dos médicos da Santa Casa indicava que tal ato desvalorizava o compromisso da classe médica com os cidadãos mogimirianos e colocava esses últimos nas mãos de profissionais desconhecidos.

As consequências do desentendimento se desenrolaram em fevereiro e março de 1972. No dia 17 de fevereiro de 1972, houve a reunião ordinária da assembleia geral da Santa Casa, convocada para a prestação de contas do exercício de 1971 e realização das eleições de renovação de 50% dos mesários. Esta mudança no Estatuto foi idealizada e implementada na gestão do dr Gastão de Oliveira Delafina, para que anualmente houvesse a renovação de no mínimo 50% dos mesários, evitando o continuísmo e reeleições constantes de irmãos. Foram anunciadas duas chapas: a “Pra Frente com o Brasil”, com irmãos que apoiavam o estilo de gestão do dr. Gastão, provedor desde 1969 e a chapa “Pacificação”, com irmãos que apoiavam o diálogo com o corpo clínico. A chapa “Pra Frente com o Brasil” – pró-Provedor – recebeu 42 votos enquanto a chapa “Pacificação” – pró-Corpo Clínico – ficou com 77 votos. Além da derrota da chapa que estava alinhada com a gestão do Provedor, ao final da reunião o Corpo Clínico apresentou um manifesto à Assembleia a respeito do Pronto Socorro inaugurado em dezembro de 1971 informando que os médicos da Santa Casa estavam denunciando os atos do Provedor ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), à Associação Paulista de Medicina (APM), ao Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo e à Diretoria Regional da Saúde – Seção do Exercício Profissional e à Assembleia Geral da Santa Casa já que o contrato celebrado com a empresa médica do Pronto Socorro trazia condições desvantajosas aos interesses da Santa Casa e à revelia do Corpo Clínico, bem com a instalação do serviço vinha “trazendo sérias implicações, além de outras que advirão, junto aos órgãos fiscalizadores das

atividades médica e hospitalar” (SANTA CASA, 17/03/1971), porém em seu manifesto, o Corpo Clínico não detalhou quais seriam estas implicações.

No dia 18 de março de 1971, foi realizada uma reunião extraordinária da mesa administrativa a fim de empossar os novos mesários e durante os informes, foi apresentado um ofício da APM datado de 17 de março de 1972 informando à direção da Santa Casa que os membros da APM de Mogi Mirim e que pertencessem ao Corpo Clínico da Santa Casa deveriam suspender as cirurgias, exceto as de emergência, por uma semana a partir daquela data até que o impasse com os médicos contratados pela Santa Casa e que não pertenciam ao corpo clínico fosse resolvido. Entretanto, a negociação entre a nova diretoria da Santa Casa e os representantes do Corpo Clínico durante a reunião de posse acenaram para reiniciar as conversas sobre o serviço de Pronto Socorro, levando a APM a emitir um novo ofício suspendendo os efeitos do anterior e, portanto, retirando a recomendação de paralisação das cirurgias durante uma semana.

As negociações com o Corpo Clínico resultaram na abertura, em julho de 1972, de um serviço de Pronto Socorro¹¹ localizado no prédio da Santa Casa para atendimento de indigentes, particulares e conveniados do INPS, porém, o Pronto Socorro externo continuou em funcionamento, pois havia um contrato de três anos com cláusula prevendo a aplicação de multa no caso de rescisão. Em janeiro de 1973, a empresa contratada pela Santa Casa para prestar os serviços médicos no Pronto Socorro externo propôs um distrato amigável à Santa Casa contendo apenas duas exigências: (i) que a Santa Casa não firmasse contrato com nenhuma sociedade médica congênere no prazo de um ano; e (ii) que a retirada dos equipamentos e materiais de propriedade da Santa Casa da unidade ocorresse de forma parcelada e com prazos diversos a fim de evitar o colapso no atendimento daquela unidade. O distrato foi realizado de forma amigável, porém a prestação de serviços médicos nesta unidade foi encerrada ainda no primeiro semestre de 1973.

¹¹ O serviço prestado no prédio da Santa Casa garantia o atendimento pelo médico em plantão presencial, porém não dispunha de ambulância para o transporte de pacientes.

6.3.2 Perfil dos provedores

José Martinelli, industrial, presidente da Associação Comercial, vereador, assumiu a provedoria em março de 1968, para terminar o mandato do sr. Sebastião Carlos Tesch que havia deixado Mogi Mirim por razões profissionais. Logo que assumiu lançou a proposta de ampliação do hospital, porém veio a falecer em julho de 1968.

Com o falecimento do sr. José Martinelli, a conclusão do mandato de Provedoria foi exercida por Oscar Faria, membro de mesas administrativas anteriores, proprietário de uma tradicional farmácia na cidade, atuou também como vereador.

Em janeiro de 1969 assume a provedoria o dr. Gastão Delafina de Oliveira, advogado, posteriormente se tornou presidente da subseção da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) de Mogi Mirim. Era genro do dr. Benedicto Macário de Mattos, provedor na gestão 1933-1934. Foi responsável pelas reformas que profissionalizaram a área administrativa da Santa Casa. Comandou uma alteração no Estatuto que obrigava a renovação de 50% da Mesa Administrativa anualmente. Após uma série de desentendimentos com o Corpo Clínico, deixou o cargo em março de 1972.

Com a saída do dr. Gastão da provedoria, esta foi ocupada de forma extremamente discreta pelo sr. João Costa, industrial, até março de 1973, quando foi eleito para a Provedoria o dr. Florentino José Miranda, médico do corpo clínico da Santa Casa. Na gestão do dr. Florentino foram iniciadas as obras indicadas no plano diretor concebido em 1968. O primeiro plano de saúde privado comercializado no município, o Intermédic, foi capitaneado por ele em 1973 e encerrando as atividades em 1975. Deixou a provedoria em fevereiro de 1974, mas voltou a ocupar o cargo de provedor no exercício de 1978.

Walter Brunialtti, maçom, publicitário, servidor do Banco do Brasil, foi mesário em 1972 e 1973, sendo eleito para Provedor em fevereiro de 1974 e reeleito consecutivamente até o final de 1977. Cumpriu um novo período à frente do hospital, novamente como provedor de 1979 a 1982.

Antonio Roberto Costa, ferroviário, encarregado da estação do município, na política foi vereador. Ocupou a provedoria de 1983 a 1984.

Lúcio Ratz, industrial, proprietário da metalúrgica Átila, foi membro da diretoria da Associação Comercial e Industrial de Mogi Mirim em diversas gestões. Foi Provedor em um primeiro momento no período de 1985 a 1993, e voltou ao cargo de 1995 a 1996.

6.3.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiros

A instalação dos serviços no novo prédio e o credenciamento do hospital da Santa Casa para atender aos contribuintes do INPS aumentou o número de atendimentos na unidade conforme demonstrado na tabela 10.

Tabela 10 – Movimento hospitalar 1969 - 1990

Movimentação	1969	1972	1979	1986	1990
Internações INPS/INAMPS/SUDS	2.233	2.525	5.256	2.324	2.328
Internações Particulares	397	863	881	884	577
Internações Outros Convênios	n/d	n/d	608	1.302	1.527
Internações Indigentes / Gratuitos	1.695	702	758	906	793
Cirurgias INPS/INAMPS/SUDS		1.116	2.357	540	
Cirurgias Particulares	1443	608	350	702	1.633
Cirurgias Outros Convênios		n/d	227	379	
Cirurgias Indigentes / Gratuitos		165	153	366	
Partos INPS/INAMPS/SUDS		642	1.451	580	
Partos Particulares	734	81	34	306	1.123
Partos Outros Convênios		n/d	63	155	
Partos Indigentes / Gratuitos		135	111	343	
Pronto Socorro INPS/INAMPS/SUDS	n/d	5.789	32.627	23.602	27.676
Pronto Socorro Particular	n/d	1.194	721	1.392	461
Pronto Socorro Indigentes / Gratuitos	n/d	6.144	1.179	5.143	n/d
Pronto Socorro Outros Convênios	n/d	n/d	1.945	1.814	8.328

Fonte: “A Comarca” 08/03/1970; 25/02/1973; 28/03/1980; 13/04/1991; Jornal “O Impacto” 15/03/1987

Os relatórios de atividades no período apresentam, a partir de 1969, a criação da categoria “Internações INPS” para indicar os atendimentos realizados aos contribuintes. Outra mudança na apresentação dos relatórios é a inclusão dos procedimentos obstétricos no referido informativo.

Com a abertura do Pronto Socorro no prédio da Santa Casa no final de julho de 1972, os atendimentos ambulatoriais realizados neste setor começaram a ser apresentados com a divisão de categorias entre INPS/Particular/Indigente. O relatório de 1972 também apresenta outra sutil mudança em sua apresentação: os partos e as cirurgias também passam a ser categorizados no formato INPS/Particular/Indigente.

A partir de 1979, surge uma nova categoria batizada de “Outros Convênios”, mas ainda não se trata do atendimento de planos de saúde privados¹², mas sim do atendimento de conveniados do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), por exemplo. Já o relatório de 1990 volta a fundir as categorias ao apresentar os números de Cirurgias e de Partos, o que pode levar à inferência de que a discriminação das categorias a que pertenciam os atendidos importava apenas para o volume de internações e de atendimentos ambulatoriais no Pronto Socorro.

Os números da tabela 10 também oferecem outra importante informação: com o credenciamento do hospital para atender aos contribuintes do INPS ocorre uma mudança no perfil das pessoas que procuram a Santa Casa. Se em 1934, os “Indigentes” representavam 61,41% das entradas na enfermaria da Santa Casa, em 1969 esta categoria foi responsável por 39,19% das internações e em 1972 os “Indigentes” representaram 17,16% das entradas.

Neste período, detecta-se, que com a introdução das categorias “Paciente INPS” e “Paciente Outros Convênios”, estas passaram a ser a principal origem das internações: em 1969, 51,63% e em 1979, 78,15%.

Outra constatação na análise do movimento de atendidos pelo hospital foi a alteração do nome da categoria “Indigente” para “Não pagante” em 1975 e posteriormente, em 1977 para “Gratuito”. Apesar de não existirem justificações para esta ação nos relatórios ou em reportagens da época, parece que o discurso de “atendimento gratuito” carrega uma roupagem melhor do que o “atendimento ao indigente”.

As demonstrações contábeis do ano de 1972 foram publicadas com a separação das receitas obtidas com os conveniados do INPS e os pacientes particulares e de outros convênios, conforme a Tabela 11.

¹² A Unimed da Baixada Mogiana foi criada em 1981 para atender às cidades de Mogi Mirim e Mogi Guaçu.

Tabela 11 – Receita do ano 1972

Receita	em Cruzeiros (Cr\$)	Categoria	%
Pacientes do I.N.P.S.	1.634.560,08	Convênios Públicos	69,13
Pacientes do I.A.M.S.P.E.	153.769,14	Convênios Públicos	6,50
Pacientes do 8º B. Policial	20.004,65	Particular / Convênios Privados	0,85
Pacientes Particulares	488.124,15	Particular / Convênios Privados	20,65
Rendas Diversas	8.535,22	Outros	0,36
Auxílios e Subvenções	34.267,71	Subvenção Governamental	1,45
Descontos Obtidos	1.026,78	Outros	0,04
Doações em Espécie	866,45	Donativos	0,04
Donativos	15.371,84	Donativos	0,65
Contribuições – Irmandade	7.808,00	Irmandade	0,33

Fonte: Adaptado de “A Comarca” 25/02/1973

O predomínio dos recursos financeiros oriundos da prestação de serviços continua, 97,13% da receita, com 69,13% dos recursos obtidos através do atendimento aos conveniados do INPS e 28% de pacientes de outros convênios e particulares.

Ao longo da década de 1970, o atendimento aos conveniados do INPS foi a principal fonte de receita da Santa Casa, fato que pode ser constatado nas informações das demonstrações financeiras de 1979 que se encontram na tabela 12.

A prestação de serviços remunerados do hospital – atendimento a conveniados do INPS, de outros convênios e particulares – representa 89,84% das receitas, sendo 68,08% do convênio com o INPS. Enquanto neste ano as subvenções governamentais representam 7,27% dos recursos financeiros da instituição, obtidos para as obras de ampliação do hospital nas áreas de pediatria e maternidade, as contribuições da Irmandade atingem 0,04%.

Tabela 12 – Receita do ano 1979

Receita	em Cruzeiros (Cr\$)	Categoria	%
Pacientes do I.N.P.S.	29.817.899,76	Convênios Públicos	68,08
Pacientes do I.A.M.S.P.E.	1.548.309,92	Convênios Públicos	3,54
Pacientes Particulares	7.981.210,67	Particular / Convênios Privados	18,22
Auxílios Federais	165.790,00	Subvenção Governamental	0,38
Auxílios Estaduais	3.018.748,78	Subvenção Governamental	6,89
Donativos	32.941,00	Donativos	0,08
Contribuição da Irmandade	19.210,68	Irmandade	0,04
Doações em espécies	223.472,63	Donativos	0,51
Descontos obtidos	225.269,71	Outros	0,51
Rendas diversas	765.537,04	Outros	1,75

Fonte: Adaptado de “A Comarca” 28/03/1980

No início da década de 1980 os planos de saúde privados ganham força na região de Mogi Mirim e a Unimed assina um convênio com a Santa Casa. Esta década também é marcada pela criação do SUS em 1988 e a mudança na gestão dos recursos destinados à saúde pelo Estado. A tabela 13 traz as informações da demonstração financeira do ano de 1986, dois anos antes da criação do SUS e cinco anos depois do convênio com a Unimed.

Apesar da concentração de recursos continuar com a prestação de serviços remunerados, 89,42%, existe um balanceamento entre os recursos do INAMPS, 42,70%, e os recursos obtidos com outros convênios e particulares, 46,72%. Neste ano as receitas financeiras com dividendos auferidos, representaram 6,16%, sendo que nos 20 anos anteriores não houve o registro desta fonte de recursos.

Tabela 13 – Receita do ano 1986

Receita	em Cruzados (Cz\$)	Categoria	%
Pacientes do I.N.A.M.P.S.	4.681.142,76	Convênios Públicos	
Pacientes do I.A.M.S.P.E.	201.407,60	Convênios Públicos	
Pacientes Particulares	4.920.361,66	Particular / Convênios Privados	
Subvenções Federais	350,00	Subvenção Governamental	
Subvenções Municipais	100.000,00	Subvenção Governamental	
Donativos	92.197,50	Donativos	
Promoções	83.847,14	Outros	
Vendas de Sucatas	20.041,40	Outros	
Contribuições da Irmandade	11.346,80	Irmandade	
Descontos Obtidos	91.427,43	Outros	
Dividendos Auferidos	433,58	Rendimentos Patrimoniais	
Lucros s/ Aplicações Financeiras	675.346,07	Rendimentos Patrimoniais	
Rendas Diversas	84.361,05	Outros	

Fonte: Adaptado de “A Comarca” 15/03/1987

Em 1990, dois anos após a criação do SUS, o balanceamento entre as receitas de pacientes do INAMPS e dos outros convênios e particulares continua como pode ser observado na tabela 14.

Tabela 14 – Receita do ano 1990

Receita	em Cruzeiros (Cr\$)	Categoria	%
Pacientes do I.N.A.M.P.S.	51.517.204,84	Convênios Públicos	42,10
Pacientes Particulares / Unimed	58.309.742,68	Particular / Convênios Privados	47,66
Subvenção Estadual CESS	300.000,00	Subvenção Governamental	0,25
Subvenções Municipais	1.250.000,00	Subvenção Governamental	1,02
Subvenção Estadual CEAS	507.520,00	Subvenção Governamental	0,41
Donativos	1.207.557,47	Donativos	0,99
Vendas de Sucatas	74.200,00	Outros	0,06
Contribuições da Irmandade	29.618,25	Irmandade	0,02
Descontos Obtidos	536.131,69	Outros	0,44
Dividendos Auferidos	107,19	Rendimentos Patrimoniais	0,00
Lucros s/ Aplicações Financeiras	7.036.275,71	Rendimentos Patrimoniais	5,75
Rendas Diversas	1.588.400,13	Outros	1,30

Fonte: Adaptado de “A Comarca” 13/04/1991

Neste balanceamento de origem de recursos de prestação de serviços existe uma ligeira predominância da Unimed e dos atendimentos particulares, 47,66% contra 42,10% do INAMPS. Outro fator que merece ser comentado são as subvenções governamentais, que apesar da pouca representatividade, 1,68%, foram em sua totalidade recursos destinados ao custeio da instituição chamados de “subvenções sociais”. A destinação de subvenções sociais esporádicas tornou-se prática comum nos anos seguintes a fim de ajudar a custear os atendimentos do INAMPS/SUS.

6.4 Quarto Período (1992 – 2017)

Finalmente o quarto período vai de 1992, com a assinatura do Termo de Cooperação Técnica e Gerencial (Co-Gestão) com a Prefeitura Municipal até 2017, ano do último demonstrativo financeiro disponibilizado.

6.4.1 Destaques históricos

Para o quarto e último período foram selecionados a implantação de um acordo entre Santa Casa e Prefeitura chamada Co-Gestão que trouxe uma reforma administrativa na composição da Mesa Administrativa da Irmandade, que passou a contar com membros externos à Instituição. Outro relato importante foi a tentativa de credenciar novos convênios para atendimento no hospital bem como a expansão física dos serviços prestados. Por fim, será apresentado a sequência de acontecimentos que terminou com a intervenção municipal do hospital em 2012.

6.4.1.1 A Co-Gestão

Entre o final dos anos 1980 e o início dos anos 1990 o INPS foi integrado à Previdência Social, porém a forma como os recursos financeiros foram gerenciados trouxe uma série de reclamações por parte dos hospitais e dos médicos

que atendiam o INPS: atraso de pagamentos, glosa¹³ de atendimentos ou atos cirúrgicos, redução das faturas além de hospitais e médicos mal remunerados.

Dentro deste contexto, nos últimos dias de janeiro de 1991, o então provedor, Lúcio Ratz, procurou a Prefeitura Municipal, para informar que a Santa Casas se encontrava em uma crise financeira e que ele estava disposto a “passar as chaves” para quem fosse capaz de resolver o problema. Segundo o provedor, a crise se agravara após os reajustes salariais concedidos no início do ano para evitar uma greve iminente dos funcionários do hospital. A Câmara Municipal montou uma comissão para estudar possíveis soluções que o governo municipal poderia implementar para auxiliar o hospital. A comissão apresentou três propostas (i) liberar uma subvenção de custeio para cobrir o déficit estimado pela Santa Casa no momento – ação que já havia sido feita em julho de 1990; (ii) subvencionar mensalmente a Santa Casa assumindo todas as suas necessidades pecuniárias, mas sem alteração do quadro administrativo atual; ou (iii) municipalização do hospital com alteração da estrutura administrativa da entidade. A solução escolhida pelo prefeito Romeu Bordignon foi a liberação de uma subvenção de custeio no valor de Cr\$ 20 milhões (vinte milhões de cruzeiros), solução alinhada com a primeira proposta apresentada pela comissão.

Entretanto, a Santa Casa passou por novas negociações salariais com os funcionários no início de 1992 que resultaram em uma paralisação de 70% do quadro operacional por um período de três horas no dia 22 de janeiro de 1992. Os trabalhadores reivindicavam, além do reajuste salarial, melhorias na cesta básica fornecida pelo hospital e aumento no valor do adicional noturno. Após as negociações entre a diretoria do hospital e o sindicato dos trabalhadores que garantiu o retorno destes às atividades, as concessões feitas pelo hospital sinalizavam outra crise financeira. Novas conversas entre a Prefeitura Municipal e a Mesa Administrativa da Santa Casa resultaram em uma proposta de parceria em que o poder público faria parte da administração direta do hospital e este passaria a ter acesso a outros níveis de recursos públicos.

¹³ Não pagamento, por parte do operador do convênio, parcial ou total de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelas empresas prestadoras e/ou profissionais da área de saúde.

A assembleia geral realizada em 13 de fevereiro de 1992 autorizou a mesa administrativa a dar continuidade no processo de elaboração do acordo, bem como a elaborar uma alteração do Estatuto da Irmandade que permitisse a implementação da parceria. Em 25 de setembro de 1992 foi publicada a Lei Ordinária nº 2.370 que autorizava o poder executivo do município a celebrar convênio com o governo do Estado de São Paulo e a Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim para a implantação da Cooperação Técnica e Gerencial de Saúde na Santa Casa de Mogi Mirim, convênio este que ficou conhecido pelas partes como Co-Gestão.

Os termos da Co-Gestão transformavam a mesa administrativa da Santa Casa, até então ocupada exclusivamente por irmãos eleitos pela Assembleia Geral, em uma Mesa Co-Gestora, com mandato de dois anos, composta por 10 membros, cinco titulares e cinco suplentes, eleitos pelos membros da Irmandade e outros 10 membros, também cinco titulares e cinco suplentes, eleitos pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e nomeados pelo Prefeito Municipal. A mesma lógica foi aplicada para a composição do Conselho Fiscal: três membros eleitos entre a Irmandade e outros três eleitos pelo Conselho Municipal de Saúde e nomeados pelo Prefeito.

O quadro 5 apresenta o revezamento de cargos durante o mandato da Mesa Co-Gestora.

Quadro 5 – Sistema de revezamento de cargos na Mesa Co-Gestora

	Cargos			
	Provedor e Vice-Provedor	Secretário e Tesoureiro	Titular do Conselho Fiscal	Suplente do Conselho Fiscal
Mandato A	Membros da Irmandade	Membros do Conselho Municipal de Saúde	02 membros do Conselho Municipal de Saúde; 01 membro da Irmandade	02 membros da Irmandade; 01 membro do Conselho Municipal de Saúde
Mandato B	Membros do Conselho Municipal de Saúde	Membros da Irmandade	02 membros da Irmandade; 01 membro do Conselho Municipal de Saúde	02 membros do Conselho Municipal de Saúde; 01 membro da Irmandade

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim (1992)

A estrutura administrativa com uma Mesa Co-Gestora dirigindo o hospital foi utilizada até 2003, já que em 05 de janeiro de 2004 um novo estatuto foi

aprovado pela assembleia geral indicando que o hospital seria dirigido por uma Mesa Diretora composta por irmãos eleitos e empossados em Assembleia Geral. Porém, esta nova estrutura não excluía totalmente o poder público de ocupar uma cadeira na direção da Santa Casa, pois previa que em casos de celebração de convênios ou parcerias, a Irmandade poderia convidar membros representantes da outra parte para compor a Mesa Diretora, porém estes nomes seriam submetidos à apreciação da Irmandade. Outro item do Estatuto de 2004 que merece destaque foi a previsão de que estes representantes, caso apresentassem comportamento coerente com a filosofia da Irmandade, poderiam ser indicados e aceitos como Irmãos¹⁴.

6.4.1.2 A “expansão” da Santa Casa de Mogi Mirim

As subvenções obtidas através da Co-Gestão transformaram-se em contratos de prestação de serviços complementares com o SUS e juntamente com o modelo de gerenciamento do hospital trouxeram, na década de 2000, diversas parcerias com empresas privadas que permitiram realizar obras de reestruturação física no hospital.

Dentre as parcerias firmadas algumas foram realizadas com o objetivo de agregar novos serviços dentro do hospital, como os setores de Nefrologia, Oncologia e Clínica da Dor Crônica e os serviços de Diagnóstico por Imagem e Análises Clínicas, entre outros. Estas parcerias funcionavam com o hospital cedendo o espaço para a instalação do serviço e com empresas médicas prestando serviços terceirizados para o hospital.

No ano de 2005, a Prefeitura Municipal construiu um anexo ao prédio da Santa Casa, fruto de um aditivo ao convênio com a Irmandade e transferiu para lá os serviços de média complexidade até então localizados no Centro de Especialidades Médicas. Esta nova unidade localizada na Santa Casa recebeu a denominação de Unidade de Atendimento Não Agendado (UANA) e passou a ser gerenciada, de acordo com os termos do aditivo, pela Santa Casa. A subvenção

¹⁴ Desde o Compromisso de 1867, para alguém se tornar membro da Irmandade, seu nome deveria ser apresentado em uma proposta assinada por um irmão, chancelada por um segundo irmão e ter seu nome aprovado pelos mesários em exercício.

recebida pela Irmandade custeava a mão-de-obra, materiais e medicamentos utilizados no atendimento dos usuários do SUS. A UANA funcionou na Santa Casa até 31 de dezembro de 2017, quando a Prefeitura inaugurou sua Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada na Zona Leste da cidade, transferiu os serviços de média complexidade para lá e encerrou o contrato deste serviço com a Santa Casa.

Em 2010, o hospital realizou o credenciamento para atender outros convênios além da Unimed, inaugurou 40 novos leitos de internação, reservou a recepção central exclusivamente para usuários do SUS, construiu uma nova recepção para usuários de outros convênios e particulares e adquiriu um imóvel acoplado ao terreno do hospital onde instalou o Centro Administrativo.

No ano seguinte, a Irmandade criou um Centro Médico no município de Itapira para prestar o atendimento aos novos convênios credenciados no ano anterior e em 2012 abriu a segunda unidade do Centro Médico em Mogi Mirim. A unidade de Itapira encerrou as atividades em 2013. Já a unidade de Mogi Mirim, em 2014 foi transferida para o terreno do hospital sendo fechada em 2016.

Além de credenciar novos convênios e abrir filiais de atendimento ambulatorial, identificou-se diversas obras físicas ao longo da década de 2010:

- Nova Agência Transfusional;
- Novo necrotério;
- Revitalização do estacionamento frontal com capacidade para 45 veículos;
- Espaço do colaborador – sala com televisor, computador, área de leitura, área verde e jogos;
- Nova central de gases medicinais;
- Novo prédio para abrigar a Farmácia e o Almoxarifado;
- Novas instalações do Centro de Oncologia e Hematologia;
- Reforma do telhado da Unidade de Nutrição e Dietética; e
- Novo vestiário masculino e feminino.

Outra tendência a partir de 2011 foi um movimento da Irmandade em reassumir serviços que haviam sido terceirizados na década de 2000, como por exemplo, o serviço de Nefrologia e o Laboratório de Análises Clínicas.

6.4.1.3 A primeira intervenção municipal

O contrato da Santa Casa com a Prefeitura Municipal para prestação de serviços aos usuários do SUS vencia em setembro de 2011 e em julho daquele ano as negociações entre as partes começaram tensas. A diretoria executiva do hospital informava que em 2010 a Irmandade havia atingido um déficit de R\$ 2 milhões (dois milhões de reais), que a previsão para 2011 indicava um déficit na casa dos R\$ 4 milhões (quatro milhões de reais) e, portanto, deveria haver um reajuste no valor dos repasses na renovação do convênio totalizando algo entre R\$ 250 mil (duzentos e cinquenta mil reais) e R\$ 300 mil (trezentos mil reais) mensais. Caso a Prefeitura não concordasse com os reajustes alguns serviços seriam suspensos, começando, segundo a diretoria executiva, pelos plantões de especialidades à distância¹⁵. Do outro lado o prefeito alegava que o repasse mensal já ultrapassava a casa de R\$ 1 milhão (um milhão de reais) para custeio dos serviços contratados e as causas do déficit estavam na aplicação dos recursos da entidade em folha de pagamento e manutenção das obras que haviam sido realizadas na Santa Casa.

O Ministério Público mediou duas reuniões entre a Santa Casa e a Prefeitura, sendo aprovada a liberação de uma subvenção emergencial para custeio do hospital, decisão esta que não diminui o grau de desconforto entre as partes. No final de setembro de 2011 a tensão entre Santa Casa e Prefeitura voltou a ser notícia, pois, a Santa Casa informava que interromperia os plantões à distância a partir de outubro uma vez que a Prefeitura não repassara os valores emergenciais acordados em julho. Na mesma semana a Santa Casa notificou a Prefeitura que não havia interesse da entidade em renovar o Convênio de Prestação de Serviços ao SUS. A Prefeitura moveu uma Ação Civil Pública solicitando a manutenção dos plantões e a continuidade do convênio SUS, porém o Judiciário arquivou a ação. Os plantões à distância foram suspensos em 22 de outubro de 2011 e após o envolvimento da Diretoria Regional de Saúde e do Ministério Público que realizaram

¹⁵ Um dos contratos vinculados aos repasses de recursos públicos, estipulava a garantia de um especialista em plantão à distância que seria acionado nos casos de emergência de sua especialidade, que viessem a dar entrada no Pronto Socorro e no Pronto Atendimento.

uma auditoria nas contas do hospital, o convênio para prestação de serviços ao SUS foi renovado totalizando um montante de 31,25% maior que o convênio anterior.

A Santa Casa retornou aos holofotes no primeiro trimestre de 2012, com a Câmara Municipal recebendo denúncias, no início de março, que o hospital estaria atrasando salários, sucateando o quadro profissional e recebendo pedidos de demissão em massa. No final de março, durante as negociações de renovação do contrato de prestação de serviços hospitalares entre a Santa Casa e a Unimed, os valores oferecidos por esta última são considerados inviáveis pela diretoria executiva do hospital. No início de maio o hospital comunica à cooperativa médica que suspenderia o atendimento de seus conveniados em 30 dias, fato que se concretizou em 02 de junho de 2012. Os conveniados da Unimed passaram a ser atendidos no Hospital 22 de Outubro, estabelecimento particular de propriedade de um grupo de médicos cooperados à Unimed, e também nos hospitais da cidade vizinha, Mogi Guaçu.

A interrupção da prestação de serviços à Unimed representou uma queda de aproximadamente 30% da receita da Santa Casa e os primeiros impactos não demoraram a surgir: em julho de 2012, o hospital recorreu à um empréstimo bancário de R\$ 2 milhões (dois milhões de reais) alegando que o montante seria utilizado para compensar a defasagem dos valores repassados pelo SUS permitindo quitar débitos tributários e compromissos com fornecedores.

Em agosto de 2012 a Prefeitura Municipal deu entrada junto ao Ministério Público de um pedido de intervenção judicial da Santa Casa. O pedido foi baseado principalmente em um ofício do Corpo Clínico do hospital, entregue ao Departamento de Saúde, comunicando que, em virtude dos atrasos recorrentes do pagamento de honorários médicos, estes profissionais interromperiam o atendimento ao SUS a partir de 01 de setembro. Além do ofício, a Prefeitura alegou que a Santa Casa já havia recebido, no ano, sete notificações extrajudiciais por irregularidades – entre elas o atraso na entrega da prestação de contas do mês anterior – no cumprimento do contrato com o município, duas infrações fiscais e 13 autos de infração da Vigilância Sanitária – por falta de profissionais e medicamentos e a necessidade de adequação do espaço físico. O Ministério Público, apesar das alegações da Prefeitura, sinalizou que não emitiria a interdição judicial

Em 16 de agosto de 2012, o Poder Executivo Municipal publicou um decreto de intervenção municipal do hospital, destituindo a Mesa Diretora e tornando

sem efeito todos os artigos do Estatuto e do Regimento Interno do hospital. O próprio prefeito anunciou a intervenção durante a madrugada a funcionários que trabalhavam na UANA e utilizou da Guarda Municipal para impedir o acesso dos membros da Mesa Diretora ao local. A Irmandade conseguiu uma liminar judicial que tornava sem efeito o decreto publicado pelo Poder Executivo e retomou o hospital cerca de 20 horas após o início da intervenção. Porém, a Prefeitura recorreu ao Tribunal de Justiça Estadual, obteve a suspensão da liminar da Irmandade em 21 de agosto de 2012, alegando o risco de “grave lesão à saúde” com o hospital sob direção da atual Mesa Diretora, e retomou a administração do hospital.

A intervenção municipal vigorou até 05 de novembro de 2012, com ações polêmicas: a demissão do diretor executivo, a contratação de um diretor técnico, auditoria minuciosa nas contas da Irmandade, assinatura do contrato com a Unimed, sendo este último ato suspenso pela Judiciário¹⁶.

6.4.2 Perfil dos provedores

Após o final do segundo mandato do sr. Lúcio Ratz em 1993, a provedoria foi ocupada por Antonio Luiz Bueno Macedo, advogado, indicado pelo CMS durante o exercício de 1994.

O mandato de 1997-1998 foi exercido por Ernani Magalhães, fazendeiro, que foi mesário na gestão do dr. Gastão no biênio 1969-1970. O sr. Ernani era pai dos drs. Jarbas e Evandro Magalhães, membros do corpo clínico da Santa Casa, sendo o dr. Jarbas membro de Mesas Administrativas no final da década de 1970 e início da década de 1980.

O sr. Amadeu Scomparin, funcionário aposentado do Banco Moreira Salles – uma das primeiras denominações do Unibanco – foi Provedor entre os anos de 1999 e 2000, tendo exercido a função de conselheiro fiscal da Irmandade no final da década de 1970 e início da década de 1980.

José Perez de Freitas, o “seu Zizo”, figura carismática do comércio local, proprietário do Bar Mirim nas décadas de 1960 e 1970, local em que ocorriam

¹⁶ Após voltar à frente do hospital, a Mesa Diretora retomou as negociações com a Unimed, fechando um novo contrato e os conveniados voltaram a ser atendidos na Santa Casa em 01 de dezembro de 2012.

confraternizações e reuniões informais da sociedade mogimiriana. Foi provedor no exercício de 2001 e tesoureiro nas décadas de 1990, função que voltou a exercer ao deixar a provedoria.

Albino Luiz Mantovani, executivo do Grupo Santa Cruz, empresa de transporte, administrador com especialização em Recursos Humanos, foi indicado entre os membros do CMS para Provedor durante a gestão 2002 e permaneceu como mesário em 2003. Voltou a exercer a função em 2004, quando alterou o Estatuto, ato que alterou a Mesa Co-Gestora para Mesa Diretora, devolvendo a totalidade de sua composição aos membros da Irmandade e definindo o mandato dos mesários em três anos. Tornou-se membro da Irmandade em 2004 e foi re-eleito para o cargo de Provedor, permanecendo na função até o final de 2008.

Geraldo Antônio Adorno, industrial, proprietário da Metalúrgica Cinco, foi provedor no exercício de 2003 e mesário no período 2004-2008. Voltou ao cargo de Provedor na gestão 2009-2011, sendo extremamente criticado por sua ausência nas negociações para a renovação do contrato para a prestação de serviços ao SUS no segundo semestre de 2011.

Em 2012 o cargo de provedor foi ocupado por Dilson Wagner Guarnieri, advogado e tabelião, foi destituído do cargo em agosto daquele ano em virtude da intervenção municipal. Com o fim da intervenção em novembro de 2012, voltou a ocupar o cargo até o final de 2014. Em fevereiro de 2017 voltou a ocupar o cargo de Provedor, porém renunciou ao mesmo em abril do mesmo ano e solicitou sua exclusão da Irmandade.

Josué Lolli, sócio-proprietário de uma corretora de seguros, foi tesoureiro durante a primeira gestão do sr. Dilson e eleito Provedor para o mandato 2015-2017. Porém, enfrentou uma greve de funcionários e médicos no final de janeiro de 2017 que culminou com sua renúncia do cargo no início de fevereiro de 2017.

Milton Braz Bonatti, contador, foi tesoureiro na gestão 2012-2014, assumiu a provedoria em abril de 2017 para concluir o mandato após a renúncia de dois irmãos em dois meses. Foi eleito para o mandato 2018-2020, enfrentando as denúncias sobre desvio de recursos públicos e a intervenção parcial do hospital com o SUS sendo gerenciado pela Prefeitura.

6.4.3 Perfil dos assistidos e origem dos recursos financeiros

Este último período analisado da história da Santa Casa acompanha a implementação e consolidação do SUS, o que pode ser acompanhado pelos dados da tabela 15.

Tabela 15 – Movimento hospitalar 1994 - 2017

Movimentação	1994	2000	2002	2011	2014	2017
Internações INAMPS/SUS	4.694	4.806	4.403	n/d	n/d	n/d
Internações Particulares	315	3.092	3.322	n/d	n/d	n/d
Internações Unimed/Conv.	1.924			n/d	n/d	n/d
Paciente-dia SUS	n/d	18.587	19.323	20.481	19.411	16.960
Paciente-dia Particular / Conv.	n/d	9.472	8.895	9.345	4.808	1.532
Cirurgias	3.810	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Partos	1.173	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Pronto Socorro INAMPS / SUS	64.427	28.751	25.213	117.499	113.891	96.443
Pronto Socorro Unimed / Outros	7.096	16.971	12.080	11.309	16.803	7.247

Fonte: Jornal “A Comarca” 25/03/1995; Demonstrativos da Irmandade da Santa Casa

Antes de analisar os números da tabela 15, existe alterações nas categorias relatadas que merecem ser destacadas. Primeiro é a mudança de unidade de análise das internações de “Número de Internações” para “Paciente-dia”. O número de internações, que considera apenas as entradas dos pacientes, não costuma retratar a ocupação real do hospital, pois existem pacientes que ficam pouquíssimos dias internados e outros que ficam semanas. O índice Paciente-dia¹⁷, por sua vez, auxilia a visualização da ocupação do hospital. Este índice foi incorporado aos relatórios em 2000, tornando-se o único índice a respeito de internações a partir de 2011.

O outro destaque referente às categorias relatadas é a criação de uma dicotomia “SUS”-“Não SUS”, pois as categorias “Particular” e “Convênios” são fundidas a partir de 2000, não havendo mais discriminação dos atendimentos entre estas categorias.

Quanto aos números, estes demonstram os reflexos das situações relatadas no período na Santa Casa. Com a instalação da UANA em 2005, o número

¹⁷ A unidade paciente-dia é a somatória do número de pacientes internados, dia a dia, no período.

de atendimentos SUS no Pronto Socorro aumenta 366% quando se compara o ano de 2002 com o de 2011.

Outro número que chama a atenção é a redução da proporção de pacientes particulares e conveniados entre 2011 e 2017, de 31,33% das internações em 2011 passou a representar 8,28% em 2017. Estes números ajudam a identificar o reflexo das negociações com a Unimed em 2012, quando a Santa Casa rompeu o contrato com o convênio, que domina a região no oferecimento de planos de saúde, suspendendo o atendimento dos conveniados Unimed de maio a dezembro de 2012.

Como relação à origem dos recursos financeiros, o auxílio de custeio esporádico através de subvenções em 1990 e 1991, tornou-se um recurso garantido com a assinatura do acordo de Co-Gestão em 1992 e seus efeitos podem ser observados na tabela 16 que traz as informações das receitas do hospital no ano de 1994.

Tabela 16 – Receita do ano 1994

Receita	em Reais (R\$)	Categoria	%
Pacientes do I.N.A.M.P.S.	1.152.725,04	Convênios Públicos	50,36
Pacientes Particulares / Unimed	700.731,28	Particular / Convênios Privados	30,62
Forn. Diversos	8.437,02	Donativos	0,37
Subvenção Estadual CESS	3.772,00	Subvenção Governamental	0,16
Subvenções Municipais	295.937,26	Subvenção Governamental	12,93
Subvenção Estadual CEAS	109,09	Subvenção Governamental	0,00
Donativos	4.467,99	Donativos	0,20
Vendas de Sucatas	808,43	Outros	0,04
Contribuições da Irmandade	612,80	Irmandade	0,03
Descontos Obtidos	2.837,64	Outros	0,12
Dividendos Auferidos	0,75	Rendimentos Patrimoniais	0,00
Lucros s/ Aplicações Financeiras	112.230,57	Rendimentos Patrimoniais	4,90
Rendas Diversas	6.098,04	Outros	0,27

Fonte: Adaptado de "A Comarca" 25/03/1995

O montante de recursos públicos como fonte de financiamento da Santa Casa em 1994 foi de 63,29% quando se soma a prestação de serviços aos pacientes do INAMPS com as subvenções municipais de custeio recebidas. A receita

de pacientes da Unimed e particulares representaram 30,62% dos recursos enquanto a participação da Irmandade é 0,03% da receita.

O montante repassado através de subvenções municipais aumenta e em contra-partida, a Prefeitura Municipal institui metas a serem cumpridas para o recebimento de tais subvenções. A tabela 17 apresenta as receitas informadas nas demonstrações contábeis do ano de 1998.

Tabela 17 – Receita do ano 1998

Receita	em Reais (R\$)	Categoria	%
Pacientes do I.N.A.M.P.S.	2.070.647,63	Convênios Públicos	40,55
Pacientes Particulares / Unimed	1.557.579,76	Particular / Convênios Privados	30,50
Forn. Diversos	43.966,35	Donativos	0,86
Subvenção Estadual SES	82.320,00	Subvenção Governamental	1,61
Subvenções Municipais	1.243.332,00	Subvenção Governamental	24,35
Subvenção Estadual CEAS	42.120,00	Subvenção Governamental	0,82
Donativos	55.048,73	Donativos	1,08
Contribuições da Irmandade	5.763,00	Irmandade	0,11
Descontos Obtidos	4.445,91	Outros	0,09
Rendas Diversas	1.504,55	Outros	0,03

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim (2019)

O atendimento aos pacientes do INAMPS gerou 40,55% dos recursos do ano de 1998, enquanto os pacientes Unimed e particulares representaram 30,50% do total da receita. Como já comentado, as subvenções governamentais representam 26,78% dos recursos daquele ano.

Com o passar do tempo, os contratos com metas a serem atendidas se transformaram em acordos com a contratação de prestação de serviços complementares ao convênio SUS e as subvenções municipais foram incorporadas aos recursos destinados aos pacientes do SUS através de repasses específicos. Esta mudança operacional pode ser visualizada nas demonstrações contábeis de 2002, cujas informações a respeito das receitas daquele ano se encontram na tabela 18.

Tabela 18 – Receita do ano 2002

Receita	em Reais (R\$)	Categoria	%
Pacientes do SUS	3.651.810,75	Convênios Públicos	38,38
Pacientes Particulares / Unimed / Convênios Diversos	3.494.918,75	Particular / Convênios Privados	36,73
Repasse Prefeitura Municipal	1.698.585,76	Convênios Públicos	17,85
Subvenção Estadual	213.936,32	Subvenção Governamental	2,25
Subvenções Municipais	56.868,92	Subvenção Governamental	0,60
Subvenção Federal	128.611,23	Subvenção Governamental	1,35
Donativos	143.884,19	Donativos	1,51
Contribuições da Irmandade	4.861,50	Irmandade	0,05
Fornecedores Diversos	46.341,54	Donativos	0,49
Ganhos de Capital	67.608,33	Rendimentos Patrimoniais	0,71
Receitas Diversas	8.610,17	Outros	0,09

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim (2019)

Os valores recebidos pelo atendimento aos pacientes SUS somado aos repasses complementares foram responsáveis por 56,23% das receitas da Santa Casa enquanto os pacientes particulares, da Unimed e de outros convênios representaram 36,73%. Já as subvenções governamentais foram 4,20%, a contribuição da Irmandade 0,05% e as doações 2,00%.

Com o passar dos anos, os serviços considerados complementares ao SUS, bem como os seus valores, foram incorporados ao convênio principal deixando de figurar como repasses ou subvenções e se tornando puramente prestação de serviços, como se observa nas informações da receita da instituição em 2011 demonstradas da tabela 19.

Neste ano a receita é basicamente composta da prestação de serviços, 95,48%, sendo 58,14% do atendimento do SUS e 37,14% de particulares e outros convênios. As subvenções governamentais representaram 3,68% da receita do hospital e a maior parte destes recursos foram destinados para custeio.

O ano de 2012 foi marcado por dois eventos: a decisão de não renovar o convênio com a Unimed e a interdição municipal na gestão do hospital. No final daquele ano as duas situações foram “resolvidas”: a interdição foi suspensa e o acordo com a Unimed foi renovado.

Tabela 19 – Receita do ano 2011

Receita	em Reais (R\$)	Categoria	%
Pacientes do SUS	13.423.895,09	Convênios Públicos	42,19
Hemodiálise SUS	3.341.270,61	Convênios Públicos	10,50
Pacientes Particulares / Unimed / Convênios Diversos	11.880.583,57	Particular / Convênios Privados	37,34
Outras Receitas	1.736.262,08	Convênios Públicos	5,46
Receitas Financeiras	44.714,24	Subvenção Governamental	0,14
Subvenções Municipais Pró Santa Casa	360.000,00	Subvenção Governamental	1,13
Subvenção Estadual Termos Aditivos	700.000,00	Subvenção Governamental	2,20
Realização de Subvenção para Investimentos	17.189,88	Subvenção Governamental	0,05
Subvenção Estadual – Cartórios	50.551,04	Subvenção Governamental	0,16
Donativos e Contribuições	118.336,13	Donativos	0,37
Contribuições da Irmandade	25.590,00	Irmandade	0,08
Fornecedores Diversos	46.341,54	Donativos	0,15
Ganhos de Capital	67.608,33	Rendimentos Patrimoniais	0,21
Receitas Diversas	8.610,17	Outros	0,03

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim (2019)

As informações a respeito das receitas do ano de 2014, descritas na tabela 20, demonstram os impactos que as decisões de 2012 causaram nas origens dos recursos financeiros da instituição.

Apesar da principal origem dos recursos continuar sendo a prestação de serviço, nota-se uma representatividade maior dos recursos referentes ao atendimento do SUS, 68,22% enquanto os recursos oriundos do atendimento a pacientes particulares e de outros convênios ficaram em 22,91% do total de recursos. As subvenções governamentais, ainda principalmente voltadas para o custeio da entidade, representaram 8,01% dos recursos.

Tabela 20 – Receita do ano 2014

Receita	em Reais (R\$)	Categoria	%
Pacientes do SUS	22.005.632,77	Convênios Públicos	55,65
Hemodiálise SUS	4.080.764,32	Convênios Públicos	10,32
Pacientes Particulares / Unimed / Convênios Diversos	9.059.802,61	Particular / Convênios Privados	22,91
Outras Receitas	890.668,09	Convênios Públicos	2,25
Receitas Financeiras	95.728,88	Rendimentos Patrimoniais	0,24
Subvenções Municipais Pró Santa Casa	300.000,00	Subvenção Governamental	0,76
Subvenção Estadual Pró Santa Casa	980.000,00	Subvenção Governamental	2,48
Subvenção Estadual Santas Casas Sustentáveis	1.669.514,80	Subvenção Governamental	4,22
Realização de Subvenção para Investimentos	16.189,95	Subvenção Governamental	0,04
Subvenção Estadual – Cartórios	66.104,94	Subvenção Governamental	0,17
Doações – Projetos	20.000,00	Donativos	0,05
Donativos e Contribuições	200.483,90	Donativos	0,51
Contribuições da Irmandade	25.010,00	Irmandade	0,06
Subvenção Emenda Parlamentar	135.000,00	Subvenção Governamental	0,34

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim (2019)

As informações das demonstrações financeiras de 2017, apresentadas na tabela 21, indicam a predominância do atendimento aos pacientes SUS, 80,05%, do total da receita.

Tabela 21 – Receita do ano 2017

Receita	em Reais (R\$)	Categoria	%
Pacientes do SUS	26.672.424,66	Convênios Públicos	66,88
Hemodiálise SUS	4.964.060,34	Convênios Públicos	12,45
Pacientes Particulares / Unimed / Convênios Diversos	3.974.838,69	Particular / Convênios Privados	9,97
Outras Receitas	289.731,70	Convênios Públicos	0,73
Receitas Financeiras	94.637,64	Rendimentos Patrimoniais	0,24
Subvenções Municipais Pró Santa Casa	360.000,00	Subvenção Governamental	0,90
Subvenção Estadual Pró Santa Casa	718.200,00	Subvenção Governamental	1,80
Subvenção Estadual Santas Casas Sustentáveis	2.038.034,02	Subvenção Governamental	5,11
Subvenção Estadual Nota Fiscal Paulista	8.563,66	Subvenção Governamental	0,02
Realização de Subvenção para Investimentos	23.190,00	Subvenção Governamental	0,06
Subvenção Estadual – Cartórios	73.073,40	Subvenção Governamental	0,18
Subvenção Federal – Timemania	23.854,43	Subvenção Governamental	0,06
Doações – Projetos	115.873,74	Donativos	0,29
Donativos e Contribuições	462.360,09	Donativos	1,16
Contribuições da Irmandade	14.790,00	Irmandade	0,04
Receita com Eventos Realizados	49.810,18	Donativos	0,12

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim (2019)

O atendimento de outros convênios e particulares representou 9,97% dos recursos e as subvenções governamentais foram 8,14%. Já as doações foram a % dos recursos e a contribuição da Irmandade 0,04%.

6.5 Considerações Finais

Este capítulo trouxe informações importantes a respeito do objeto de estudo, fazendo uma retrospectiva dos principais fatos de sua história, desde sua criação em 1867, passando pela construção do primeiro prédio, suas reformas, a construção do segundo prédio e suas ampliações, bem como a descrição do momento em que se encontra o hospital atualmente.

O perfil dos provedores permitiu entender a influência que a formação de cada um teve sobre o seu modo de gerir a organização, de como no início a

função pública estava muito presente na função social também. Diversos provedores tiveram experiências políticas, seja como vereadores, prefeitos, deputados.

Outro ponto que se observou é a mudança clara do perfil do provedor ao longo do tempo: se no início o comando da Irmandade estava nas mãos da Igreja, através do padre José Luiz, na sequência vem os grandes produtores rurais, principalmente cafeicultores até a década de 1910. Após esta fase o que se verifica é a assunção de médicos, advogados e industriais ao posto de Provedor e a profissão de cada um deles influenciou na forma de condução da Irmandade.

Finalmente, o capítulo apresentou a evolução histórica das fontes de recursos financeiros da instituição demonstrando: (a) a dependência histórica que a Santa Casa tem de recursos públicos; (b) como a caridade dá lugar à prestação de serviços; e (c) como o principal financiador da Santa Casa nos dias atuais é o SUS.

7 DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

A análise de pouco mais de um século de dados da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim oferece informações e conclusões de grande relevância para a compreensão deste objeto de estudo, como um Campo de Ação Estratégica, dotado de Concepções de Controle e apresentando a relação dos agentes presentes neste campo. O objetivo deste capítulo é apresentar as principais discussões e conclusões desta tese e para isso foi estruturado em subseções específicas de discussões.

7.1 Concepções de Controle

Esta tese propôs como um dos seus objetivos verificar a existência de Concepções de Controle ao longo da história da Santa Casa. Para isso, os diversos episódios históricos foram analisados sob a lente de quatro categorias apresentadas anteriormente no capítulo 5: (i) Agentes; (ii) Recursos Financeiros; (iii) Estado; (iv) Setor. Foram identificadas quatro Concepções de Controle distintas na história da Santa Casa de Mogi Mirim e que serão discutidas individualmente a seguir.

7.1.1 Concepção de Controle Caritária

A concepção de controle Caritária foi identificada nos primeiros cinquenta anos de funcionamento da Irmandade com características muito próximas da gênese das Santas Casas: envolvimento de pessoas influentes na direção da Irmandade e atendimento preferencial aos pobres e indigentes da cidade.

O perfil do provedor na concepção de controle Caritária fica clara quando se analisa o período: trata-se do grande fazendeiro. Nos primeiros 15 anos da Irmandade quem esteve à frente dela buscando recursos para a construção do hospital foi o cônego José Luiz de Brito, mas assim que se definiu pela construção do prédio, o cônego se afasta e nos 35 anos seguintes, a provedoria foi ocupada por fazendeiros durante 32 anos.

A presença de um rico e influente fazendeiro como provedor da Santa Casa ajudava a estimular que os demais fazendeiros do município contribuíssem com a Irmandade. E contribuir com a caridade era muito bem visto na época, tanto

que no início das obras do primeiro prédio havia a proposta de doação de dois terrenos para a Irmandade: o primeiro que pertencia ao tenente Quartim e o que foi escolhido que era de propriedade do tenente-coronel José Baptista da Luz.

Esta influência incidia também na origem dos recursos financeiros para a Irmandade, pois parte da produção agrícola destes eram destinadas à Santa Casa além de legados deixados em testamento por pessoas que não possuíam herdeiros diretos. Os principais legados recebidos pela Santa Casa eram ações de empresas e títulos da dívida pública, em seguida valores em espécie e em três casos a Irmandade recebeu terrenos.

A preocupação em oferecer à Santa Casa ações e títulos era uma forma de garantir uma renda, considerada na época, constante através do recebimento de dividendos e rendimentos, e, no caso dos títulos, quando de seu resgate, o valor obtido na operação poderia ser aplicado em novos títulos.

Além dos legados, as doações em vida também eram rotineiras, como a compra de um carro fúnebre pelo coronel João Leite do Canto e que foi doado para a Santa Casa. As doações também ocorriam em datas festivas ou em memória de familiares, como aniversário natalício, matrimonial ou de falecimento, festa do padroeiro ou do santo de devoção. O coronel João Leite para comemorar o 49º aniversário de seu casamento doou a quantia que se fazia necessária para o hospital construir o pavilhão de atendimento aos tuberculosos.

Quadro 6 – Características da Concepção de Controle Caritária

Agentes	Provedor: Fazendeiros Médicos: Voluntários Assistidos: Pobres e Indigentes
Recursos Financeiros	Subvenções governamentais; Rendas Patrimoniais; Donativos
Estado	Apoiador de uma obra de caridade
Setor	Hospitais em outras cidades para os mais ricos

Fonte: Elaborador pelo autor, 2019

Outra fonte de renda já citada na análise do primeiro período de vida da Irmandade foram as subvenções governamentais, pois os governos estadual e municipal garantiam todos os anos o envio de recursos para auxiliar o custeio do hospital. Nesta concepção de controle temos o Estado com um papel semelhante

aos dos fazendeiros: ajudar a caridade, pois a Santa Casa era vista como uma obra social de auxílio e não como ferramenta de políticas públicas.

Nesta época a influência do setor sobre a Santa Casa era praticamente nula, pois o hospital mais próximo, sem considerarmos Santas Casas, estava localizado em Campinas, um dos pólos para tratamento médico dos mais abastados da sociedade. Outra opção para encontrar tratamento era São Paulo, destino também procurado pela alta sociedade da cidade.

7.1.2 Concepção de Controle Nosocômica

A segunda concepção de controle identificada é a Nosocômica. Enquanto na concepção de controle Caritária a principal função é exercer a caridade, na concepção Nosocômica a função passa a ser atender o doente.

O perfil dos provedores, após o período dos fazendeiros, passa a ser de pessoas que, apesar de possuírem terras, não tem sua ocupação principal na agricultura. Os primeiros oito anos de provedoria foram ocupados por médicos do Corpo Clínico da própria Santa Casa, dr. Altino por seis anos e dr. Ederaldo por dois anos. Estes foram sucedidos por figuras da área do Direito por 16 anos, um criador de gado por 8 anos e um empresário por 16 anos.

Outra característica que chama a atenção no perfil dos provedores desta concepção de controle é a participação na política municipal, algumas vezes ocupando concomitantemente o cargo de provedor e um cargo público. Nesta situação pode-se citar o dr. Altino e sr. Sebatião Tesch que foram vereador e provedor e o dr. Marcílio que foi provedor e prefeito.

Além da influência política dos provedores, esta concepção de controle é marcada pela preocupação com a estrutura física e a capacidade de atendimento do hospital, seja através de reformas, seja através de novas construções. A preocupação do Corpo Clínico em 1917 com as condições de higiene e conforto das instalações e a construção de um pavilhão exclusivo para os tuberculosos, as reformas e o reaparelhamento do hospital em 1933, a implementação da maternidade em 1941 são exemplificam os esforços para “transformar” a Santa Casa em um “hospital”.

Os recursos financeiros ainda têm principalmente sua origem nas subvenções governamentais e nos rendimentos patrimoniais, porém existe uma

tendência de crescimento da prestação de serviços particulares. No final da década de 1930 e início da década de 1940, a Mesa Administrativa chegou a publicar anúncios para estimular as pessoas a procurarem o hospital, pois possui acomodações “à preços módicos”.

Outra fonte de recursos foram os eventos beneficentes, bastante explorados no período:

- As quermesses em abril e julho de 1917 e abril de 1921;
- Um chá dançante e uma noite no cinema em setembro de 1935;
- A grande quermesse de 1939 que durou nove semanas;
- A grande tómbola de 195X para ajudar na construção do novo prédio da Santa Casa.

Outra forma de arrecadar recursos neste período foram as listas de auxílio e campanhas de contribuição:

- A colônia síria organizou uma lista entre si arrecadando Rs 605\$000 (seiscentos e cinco mil réis) em abril de 1917;
- Diversas listas de auxílio foram distribuídas entre os irmãos para passarem pela população em junho de 1917;
- A taxa de emissão do título eleitoral e a venda de capa para o mesmo eram revertidas para a Santa Casa em 1919;
- O Recenseamento da Caridade em novembro de 1935, quando os mesários passaram de casa em casa pedindo a contribuição de Rs \$200 (duzentos réis) por morador do domicílio.

O Estado até os anos 1930 continua a contribuir com a Santa Casa através de subvenções de custeio, porém a partir dos anos 1940, em virtude da criação do sistema previdenciário com os IAP's as subvenções para a caridade diminuem. Porém, nos anos 1950 as contribuições do Estado para a conclusão do novo prédio da Santa Casa foram fundamentais.

Já os hospitais e médicos da região começaram a se interessar em levar os pacientes de outras cidades para si, e publicaram anúncios no jornal da cidade sobre seus serviços. Foi caso da Beneficência Portuguesa de Campinas e de alguns médicos daquela cidade e também de São Paulo.

Quadro 7 – Características da Concepção de Controle Nosocômica

Agentes	Provedor: Médicos; Advogados; Empresários Médicos: Voluntários Assistidos: Pobres e Indigentes; Pensionistas
Recursos Financeiros	Subvenções governamentais; Rendas Patrimoniais; Donativos; Prestação de Serviços
Estado	Apoiador de uma obra de caridade
Setor	Anúncios de hospitais e médicos de outras cidades

Fonte: Elaborador pelo autor, 2019

Na concepção de controle Nosocômica, a Santa Casa se estrutura para dar assistência ao doente, a maioria dos atendimentos ocorre com os indigentes, mas o paciente particular começa a ganhar destaque. No movimento hospitalar de 1940, os pensionistas representam quase 38,59% das entradas no hospital e o faturamento deste serviço que em 1920 foi de Rs 172\$000 (cento e setenta e dois mil réis), 2,36% das receitas do hospital, em 1940 foi de Rs 609\$000 (seiscentos e nove mil réis), 13,81% das receitas da Santa Casa. Outro indicativo de estruturação para o atendimento foram as campanhas para a construção do novo prédio que permitiria não apenas o atendimento das pessoas da cidade, mas seria um hospital para suprir as necessidades de toda a região.

7.1.3 Concepção de Controle Mercantil

A concepção de controle Mercantil surge no final da década de 1960 influenciada pela criação do INPS e pela profissionalização da Santa Casa. A principal característica do perfil dos provedores, em virtude da polêmica da criação do Pronto Socorro externo da Santa Casa em 1971, passa a ser a capacidade de mediar os interesses da Irmandade com os interesses do Corpo Clínico, do qual muitos médicos eram membros da Irmandade. A interação com a sociedade diminui drasticamente quando comparado ao provedor das concepções de controle Caritária e Nosocômica, e o efeito disto pode ser observado através da soma dos donativos e das contribuições da Irmandade que atingiam uma média de 28,31% das receitas da Irmandade nas concepções anteriores, na concepção de controle Mercantil cai para uma média de 0,82% do total de receitas. A profissionalização do corpo

administrativo da Santa Casa é uma característica da concepção de controle Mercantil e que aproxima ainda mais a instituição de um modelo empresarial.

O hospital continua a atender aos indigentes, porém, esta categoria passa a ser chamada de “Não Pagantes” em 1975 e, em seguida, de “Gratuitos” a partir de 1977. Mas o destaque desta concepção de controle é a mudança no perfil dos assistidos: se em 1941 os indigentes representaram 61,41% das internações, em 1969 eles eram 39,19%.

A criação do INPS, fundindo os antigos IAP's e ampliando a rede hospitalar própria através do credenciamento de outros hospitais além de trazer seus conveniados para dentro da Santa Casa, ofereceu também uma fonte de recursos financeiros que se torna vital para a instituição: a prestação de serviços remunerada passa a ser a principal origem de recursos financeiros para o hospital. E esta é a tônica da concepção de controle Mercantil, prestar serviços hospitalares aos convênios, sejam quais forem, INPS, IAMSPE, Unimed, entre outros.

O credenciamento junto ao INPS trouxe verbas governamentais suplementares principalmente para construções e aquisição de equipamentos com a finalidade de melhorar o atendimento aos seus conveniados. É claro que o papel do Estado nesta concepção de controle não foi apenas como financiador das operações, mas atuou também como fiscalizador das condições das instalações para o atendimento dos conveniados do INPS.

Quadro 8 – Características da Concepção de Controle Mercantil

Agentes	Provedor: Mediador Irmandade-Corpo Clínico Médicos: Remunerados Funcionários: “Profissionais” Assistidos: Contribuintes e Particulares; Gratuitos
Recursos Financeiros	Prestação de Serviços; Subvenções governamentais
Estado	Comprador de serviços; financiador de obras; fiscalizador de credenciados
Setor	Hospitais privados no município; Comercialização de planos de saúde

Fonte: Elaborador pelo autor, 2019

Já o setor na concepção de controle Mercantil começa a ser mais atuante que nas demais concepções. Começam a surgir hospitais privados pertencentes a grupos de médicos de fora da cidade, porém a demanda de

pacientes particulares é baixa para sustentar tais empreendimentos. Os primeiros planos de saúde privados são comercializados

7.1.4 Concepção de Controle Semi-Pública

Após a concepção de controle Mercantil, configura-se a concepção de controle Semi-Pública, situação em que não basta aos provedores apenas mediar conflitos entre a Irmandade e o Corpo Clínico, porque um agente ganha uma maior relevância: o Estado. Na concepção de controle Semi-Pública a principal característica é a capacidade de articular ações entre os princípios da Irmandade, os desejos do Corpo Clínico e as necessidades do Estado. Os provedores desta concepção de controle foram empresários e executivos de grandes empresas que aplicaram a *expertise* em gestão de negócios à administração da Santa Casa. A maior parte desses profissionais eram mesários indicados pelo Conselho Municipal de Saúde para o modelo de Co-Gestão adotado no início da década de 1990.

Os recursos financeiros, assim como na concepção de controle Mercantil, se originam da prestação de serviços à convênios públicos e privados, entretanto a capacidade de articulação das provedorias amplia o rol de serviços prestados ao Estado, tornando os recursos públicos a principal fonte de financiamento do hospital. Em 2017, os recursos públicos representaram 88,18% das receitas da Santa Casa.

A implantação do SUS transforma a categoria “Gratuito” em “Usuário SUS” e a produtividade nos setores de internação deixa de ser medida através de número de internações sendo substituído pelo índice Paciente-Dia. Ampliando o rol de serviços prestados ao Estado, aumenta-se também o número de atendimentos aos usuários SUS: considerando o índice paciente-dia em 2017, os usuários SUS representaram 91,72% das internações na Santa Casa, enquanto no Pronto Socorro totalizaram 93,01% dos atendimentos.

Quadro 9 – Características da Concepção de Controle Semi-Pública

Agentes	Provedor: Articulador Irmandade-Médico-Estado Médicos: Remunerados Funcionários: “Profissionais” Assistidos: Usuários; Conveniados; Particulares
Recursos Financeiros	Contratos de metas; Prestação de serviços; Subvenções governamentais
Estado	Gestor de contratos; Controlador de ações; Fiscal Sanitário; Participante da mesa
Setor	Consolidação de planos de saúde; Hospitais concorrentes no atendimento a conveniados

Fonte: Elaborador pelo autor, 2019

Na concepção de controle Semi-Pública, o Estado, por ser gestor dos recursos oriundos de todas as esferas administrativas – federal, estadual e municipal – que são aplicados à Saúde, adota uma posição que busca o controle das ações que são executadas na Santa Casa pela prestação de serviços ao SUS. Não se trata simplesmente do pagamento por serviços prestados como na concepção de controle Mercantil, mas, além dos serviços prestados, de metas a serem atingidas para a garantia do repasse de recursos.

O setor se consolida com os planos privados de saúde sendo oferecidos como benefícios essenciais no mercado de trabalho e alavancando a existência de hospitais privados na cidade o que intensifica a concorrência no atendimento aos usuários destes planos.

7.2 O Campo de Ação Estratégica “Santa Casa”

Um dos objetivos desta tese era analisar a Santa Casa como um Campo de Ação Estratégica (CAE). Para Fligstein e McAdam (2012) ao descrever sua Teoria de Campos indica a possibilidade de se utilizar uma organização para isso, porém eles não o demonstraram de maneira empírica.

A história da Santa Casa e o desdobramento de acontecimentos permitiu identificar elementos relativos à um CAE e estes serão descritos a partir deste momento.

Nos primórdios de sua história, e pode-se dizer que é o momento da criação do campo Santa Casa, apresenta-se claramente o incumbente: o Benfeitor.

Afinal o Benfeitor é aquele que, pela acumulação de recursos financeiros próprios, é capaz de doar somas para manter o campo em funcionamento. O status aumenta à medida que se realizam doações. O episódio da decisão do terreno para construir o hospital deixa isto muito claro: haviam dois terrenos disponíveis; a doação do automóvel para serviços fúnebres; para a construção do pavilhão.

Figura 6 – Campo de Ação Estratégica Emergente da Santa Casa de Mogi Mirim



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

As regras do campo determinadas pelo incumbente estão voltadas para a capacidade de doar, se o indivíduo não tiver grandes recursos para isso, não pode estar à frente da Irmandade.

Entre os espaços adjacentes à Santa Casa, encontramos o Estado, um agente indiferente naquela época, não existiam legislações de grande impacto, nem o interesse na compra de serviços, apenas com pequenas contribuições. Outro espaço que existe é o da Igreja que acreditava ter grande poder e influência sobre os rumos da Santa Casa, mas os desentendimentos na primeira reforma dos Estatutos mostraram, que tal força não existia, nem na área de influência social e nem na área jurídica. A Igreja acreditava que tinha as forças de um incumbente, porém ela foi um mas que não logrou êxito em alterar as regras do campo na época e nem tomar a posição de incumbente. Isto ocorreu não porque os Benfeitores conseguiram impedir o acesso da Igreja, mas porque um outro grupo de desafiantes, já havia surgido e acabara de tornar-se incumbente, ditando novas regras para o campo.

Eram os Arrecadadores. Durante o predomínio dos Benfeitores havia um grupo, que será denominado aqui como Voluntários, que se limitavam a prestar serviços voluntários ao hospital: eram os médicos da cidade. Com o passar do tempo os Voluntários perceberam que as regras dos Benfeitores não estavam mais funcionando, a capacidade de doar destes incumbentes não era suficiente para suprir as necessidades do hospital em relação à reformas e adequações físicas para o exercício da medicina.

Figura 7 – Surgimento do primeiro grupo de desafiantes no CAE



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

É neste momento que os Voluntários se tornam os Arrecadadores, um grupo de desafiantes que não possuíam a capacidade financeira de doar grandes volumes de recursos financeiros, mas possuíam a capacidade de arrecadar pequenas porções de outros agentes do campo que somadas eram maiores que os recursos dos Benfeitores. Assim, os Arrecadadores passaram ao posto de incumbentes e enfrentaram a Igreja, socialmente, de 1917 a 1919 e juridicamente de 1920 a 1924.

A ascensão dos Arrecadadores alterou o campo Santa Casa, pois a busca por recursos não se deteve em obter donativos dos demais agentes do campo, mas também arrecadar recursos através da prestação de serviços dos Voluntários – apesar da maior parte do serviço prestado pelos Voluntários acontecer de forma gratuita, havia uma pequena parcela de atendimentos que eram remunerados. Os esforços dos Arrecadadores são percebidos através dos grandes

eventos beneficentes, campanhas para aumentar o número de irmãos, além das reformas e adequações que geraram o aumento no número de atendimentos particulares por parte do hospital.

Figura 8 – Transformação do CAE durante as décadas de 1920 e 1930



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

Neste período o Estado continua em uma posição de espaço adjacente concebendo recursos financeiros ao campo Santa Casa, porém sem desempenhar papel de destaque, assim como a Igreja representada pelo vigário paroquial que era membro da Irmandade, mas que não tinha grande influência sobre o campo Santa Casa.

Vale ressaltar que apesar das regras do campo quanto à forma de obtenção de recursos financeiros mudaram com os Arrecadadores como incumbentes, as regras para o foco de atendimento permaneceram: a prioridade continua sendo os pobres e indigentes.

A configuração do campo com os Arrecadadores como incumbentes garantiu reformas ao antigo prédio da Santa Casa, bem como a construção de um novo entre o final da década de 1940 e o início da década de 1950.

Se entre Benfeitores e Arrecadadores a forma de obtenção do recurso financeiro foi um fator de distinção e de mudança de posições no campo, os dois agentes compartilhavam de um recurso aparentemente sem importância: o recurso político. Aparentemente sem importância, porque quando se discute a caridade naturalmente a dissociamos de aspectos políticos, entretanto, praticamente todos os Benfeitores e Arrecadadores que estiveram na Mesa Administrativa da Irmandade

desempenharam papel político na cidade ou na região, criando relacionamentos importantíssimos para que o Estado forneça recursos financeiros ao hospital.

O campo Santa Casa voltou a se transformar no final dos anos 1960, em virtude de uma ação de um espaço adjacente até então indiferente, mas que se tornará um agente de destaque no campo: o Estado. Ao criar o INPS, o Estado buscou centralizar o controle dos IAP's, mas ao credenciar a Santa Casa para atender seus contribuintes e passar a remunerar os serviços médicos prestados, um novo grupo de desafiantes se formou: os Prestadores de Serviço. Esse grupo de agentes eram os remanescentes dos Voluntários que não haviam migrado para os Arrecadadores. Os Prestadores de Serviço tomaram consciência de que com o INPS poderiam continuar a realizar os atendimentos médicos no hospital aos indigentes e particulares, e agregando os contribuintes, seriam remunerados por isso e gerariam renda para a Santa Casa.

Figura 9 – Surgimento do novo grupo de desafiantes no CAE na década de 1960



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

Os Prestadores de Serviço passam a incumbentes com uma nova regra para o campo: o recurso financeiro não é obtido pela capacidade de doar e nem pela capacidade de arrecadar, mas pela capacidade de faturar pelos serviços prestados. Essa configuração do campo também altera a regra da prioridade de atendimento, já que o contribuinte do INPS passa a ser prioritário, afinal o atendimento a ele garante a emissão da fatura do serviço. A posição de incumbentes dos Prestadores de Serviço chegou a ser desafiada por um grupo de Arrecadadores

no episódio da implantação do Pronto Socorro em 1971, que culminou com a derrota dos Arrecadadores nas eleições para Mesa Administrativa em 1972 e ascensão dos Prestadores de Serviço e simpatizantes ao cargo de Provedor.

Figura 10 – Transformação do CAE na década de 1960 e 1970

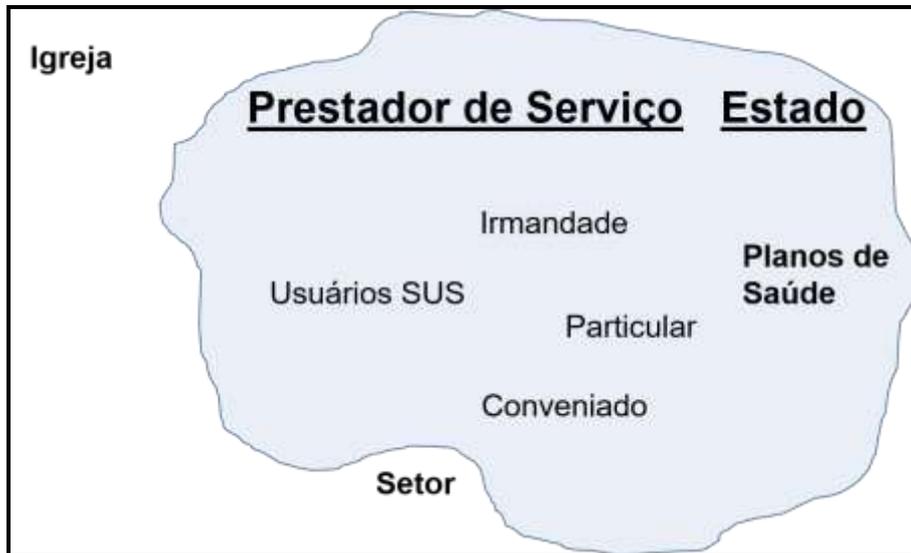


Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

A criação do INPS não apenas influenciou a reconfiguração do campo Santa Casa, como também o surgimento de um novo espaço adjacente, o dos Planos de Saúde, que também se tornaria um agente de destaque no campo em estudo. O campo dos Planos de Saúde se estabilizou com a crise do INAMPS, que substituiu o INPS no final da década de 1970, e com a falta de estrutura hospitalar no município para atendimento de seus conveniados, começou a utilizar a estrutura da Santa Casa para a assistência hospitalar, tornando-se importante financiador do hospital a partir da década de 1980.

O Estado como tomador de serviço, passou a acompanhar mais de perto a prestação de serviços realizada aos contribuintes, não apenas sendo um espaço adjacente, mas começando a se relacionar como um agente do campo Santa Casa e com a implantação do SUS as relações dentro do campo se intensificaram ainda mais e a nova configuração do campo nos anos 2000 consiste em um desenho extremamente curioso: existem dois grupos incumbentes dando as cartas no campo.

Figura 11 – Transformação do CAE nas décadas de 1990 e 2000



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

Com o SUS, o Estado não é apenas um tomador de serviços, mas é o gestor responsável pela eficiência e eficácia dos serviços prestados/contratados. Se por um lado o Estado em diversas situações, como no estudo de caso em questão, por não possuir estrutura própria para garantir diversos serviços de saúde, acaba contratando tais serviços da rede privada, por outro lado torna-se um agente que cobra os resultados constantemente desta rede. Cobra e se preciso for ameaça, com autuações da Vigilância Sanitária, retenção de pagamentos, entre outras ações possíveis como gestor do recurso público. O hospital por sua vez, enxergando a oportunidade de prestar serviços ao SUS, luta para conseguir o máximo possível de convênios de prestação de serviços com este agente, tornando-se altamente dependente dos recursos públicos gerados por estes convênios e sujeito às penalidades que esta relação pode causar.

É esta relação que propiciou ao Estado a condição de incumbente, uma vez que a capacidade de gerir os recursos públicos, definindo quem será conveniado ou não, quem receberá o recurso ou não e até mesmo quando receberá o recurso, lhe permitiram dominar o jogo dentro do campo Santa Casa. O curioso nesse caso é que o Estado não surgiu como um desafiante aos Prestadores de Serviço, mas começou a criar regras paralelas às regras dos Prestadores. O que se vê hoje na configuração do campo Santa Casa são dois grupos distintos de incumbentes, os Prestadores de Serviço e o Estado, o primeiro graças a sua capacidade de faturar

recursos e o segundo graças a sua capacidade de gerir os recursos. É como se fosse uma *joint-venture* incumbente que funciona na informalidade.

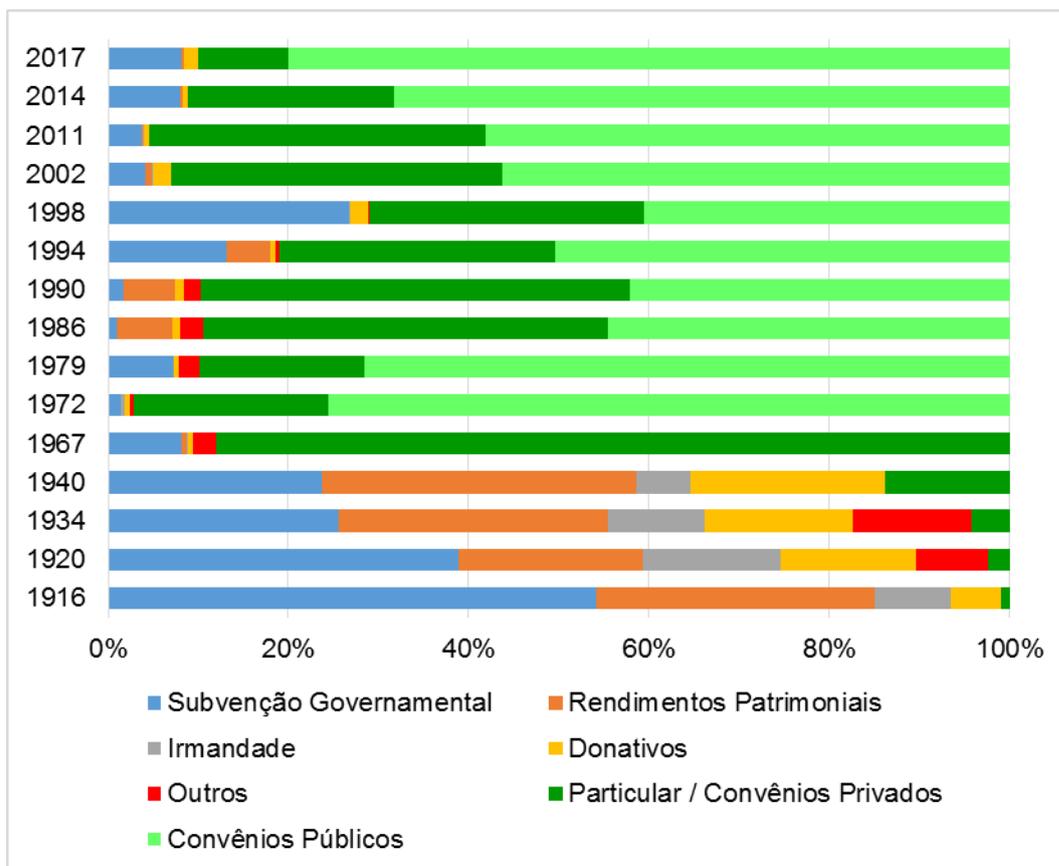
Mas, e a Irmandade? A realidade é que a Irmandade até tentou desafiar os Prestadores e o Estado, mas não obteve sucesso. Foi o caso em 2011, quando após seis meses de duras negociações, praticamente dobrou a receita com serviços SUS, e o no ano seguinte com a ameaça do Corpo Clínico deixar de atender, inúmeras autuações da Vigilância Sanitária e notificações extrajudiciais por descumprimento dos convênios o hospital foi interditado e o diretor executivo demitido. A demonstração de força dos Prestadores de Serviço se repete no início de 2017, o Corpo Clínico para e o Provedor cai, enfim, a Irmandade dentro do campo Santa Casa precisa obedecer aos Prestadores de Serviço e ao Estado.

7.3 Seguindo o Dinheiro

Tendo descrevido as concepções de controle encontradas no estudo de caso e análise do Campo de Ação Estratégica, pode-se equivocadamente deduzir que a relevância do papel do Estado na história da Santa Casa esteja restrita à concepção de controle Semi-Pública encontrada no final do século XX e consolidada no início do século XXI. O papel do Estado na história da Santa Casa é esclarecido a partir do momento em que se segue o dinheiro que financiou a trajetória da instituição.

Após a criação da Irmandade e passados 15 anos de tentativas de arrecadação de recursos para a construção do prédio da Santa Casa, a obra apenas teve início após o governo da Província de São Paulo destinar os valores arrecadados na Loteria de 1882 para tal feito. Nas décadas seguintes a subvenção governamental garantiu a cobertura dos gastos do funcionamento da instituição. O gráfico 3 demonstra a evolução das origens de recursos financeiros da Santa Casa e auxilia a entender o papel do Estado e sua relação com a Irmandade.

Gráfico 3 – Origem dos Recursos Financeiros 1916-2017



Fonte: Elaborado pelo autor

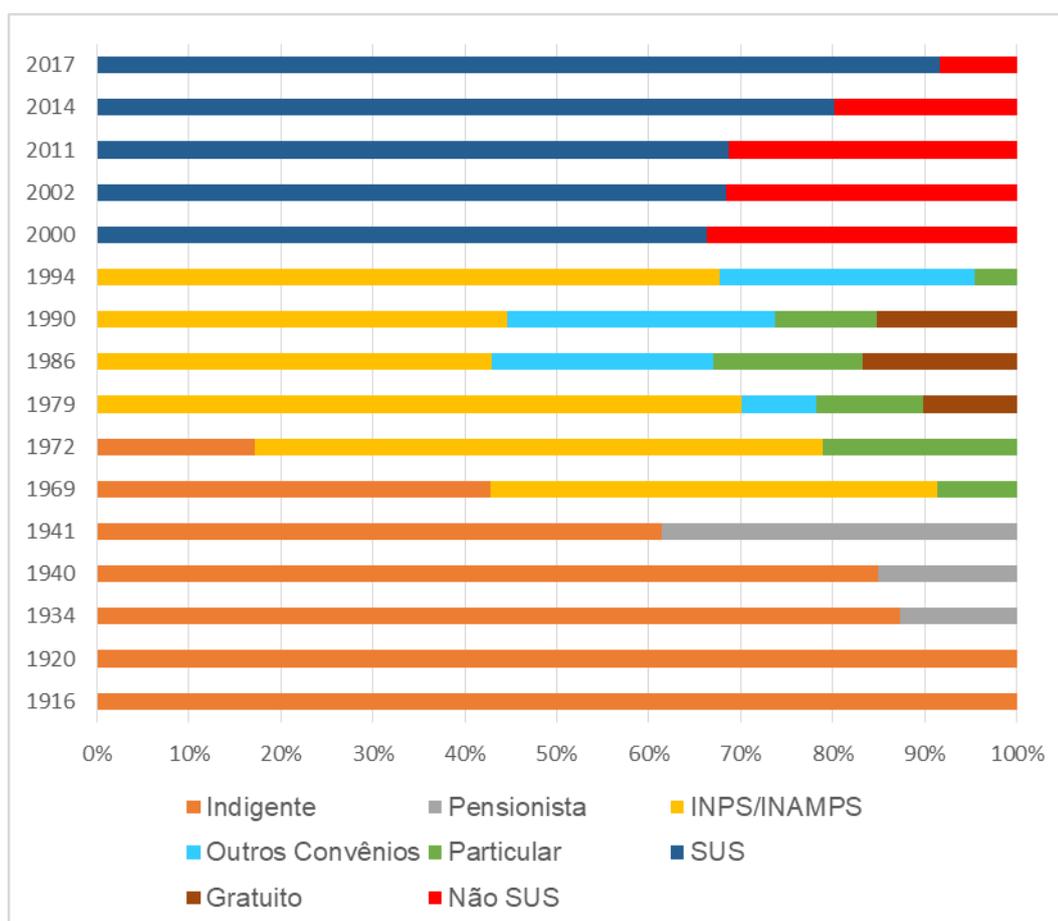
Na construção do segundo prédio da Santa Casa na década de 1950, o recebimento de subvenções estaduais e doações do Banco do Brasil permitiram a conclusão da obra. O credenciamento para atender aos conveniados do INPS no final dos anos 1960 juntamente com o plano diretor de ampliação do hospital trouxe para a entidade, além da remuneração pelos serviços prestados aos conveniados, recursos destinados às obras do hospital, como a ampliação da Maternidade e Pediatria, ampliação do número de leitos de internação entre outras. Na década de 1970 o montante de recursos públicos recebidos pelo hospital, remuneração dos serviços e subvenções, representava em média 72,97% das receitas da entidade.

Na década de 1990, diante da crise financeira da Santa Casa, o provedor não buscou auxílio com a sociedade como ocorria nas primeiras décadas do século XX. O pedido de socorro foi dirigido ao Estado, representado pela Prefeitura Municipal, e a resposta veio com a assinatura do Convênio de Co-Gestão que garantiu a injeção de novos recursos através de subvenções governamentais.

O aperfeiçoamento dos instrumentos contratuais entre a Santa Casa e o Estado trouxe novos recursos para aplicação em obras e aquisição de equipamentos. Em 2005, a Prefeitura Municipal construiu um anexo ao prédio da Santa Casa e transferiu sua unidade de atendimento de média complexidade que passou a ser gerida pela Irmandade. Em 2007, novos equipamentos para o centro cirúrgico foram adquiridos com recursos de subvenções governamentais. Em 2012 os recursos repassados pela Prefeitura para a Santa Casa, cerca de R\$ 21 milhões (vinte e um milhões de reais), representavam 50% do orçamento municipal para a Saúde e 10% do Orçamento do Município.

As categorias das internações realizadas na Santa Casa também auxiliam a analisar a relação entre o Estado e a Santa Casa. Considerando os dados apresentados no gráfico 4, visualiza-se a influência dos valores originais relacionados aos princípios da caridade e da filantropia nos anos de 1916 e 1920: 100% das internações foram categorizadas como “Indigentes”.

Gráfico 4 – Perfil dos assistidos 1916-2017



Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

Apesar das informações financeiras indicarem a existência de uma receita oriunda de “pensionistas”, como eram considerados os pacientes particulares da época, os dados de internações não discriminam a existência desta categoria, uma vez que os relatórios da época apontavam apenas os totais dos números de internações e saídas de indivíduos pela Santa Casa. Outro ponto que pode justificar a origem dos recursos financeiros de categoria particular, trata-se do serviço de transporte fúnebre realizado pela Santa Casa na época.

O relatório de atendimento do ano de 1934 aponta a segregação entre as categorias “Indigente” e “Pensionista”, sendo esta última categoria responsável por 13% das internações realizadas naquele ano, passando para 15% em 1940 e atingindo 39% em 1941. Um pequeno resgate histórico é importante neste momento: em meados da década de 1920 a Santa Casa inaugura sua sala cirúrgica e no final de 1940 tem início as atividades da área de Maternidade no pavilhão Coronel João Leite. O início destes serviços na Santa Casa permitiu que membros da sociedade mogimiriana não precisassem mais se deslocar para Campinas ou São Paulo para a realização de determinados tratamentos médicos.

A partir de 1969 verifica-se a inversão no perfil de internados: os “Indigentes” que eram a grande maioria dos atendimentos, entre 80 e 100% do total no início do século XX, passam a representar 43% das internações daquele ano, enquanto a categoria “Convênio INPS” atinge 49% e os “Particulares” chegam a 9%.

Este fenômeno tem continuidade nos anos seguintes e em 1979 a categoria “Convênio INPS” representa 70% das internações na Santa Casa. É importante também destacar que na década de 1970 a categoria “Indigentes” sofre duas alterações em sua denominação: em 1975 passa a ser chamada de “Não Pagantes” e a partir de 1977 é denominada “Gratuitos”. Esta alteração na denominação da categoria foi provavelmente impulsionada pelo fato de que a maior parte da população que não contribuía com o INPS não se tratavam de indigentes, mas de uma parcela da população economicamente ativa da época que apenas não se enquadrava nos critérios legais para participar do INPS.

A crise no sistema INPS/INAMPS fez com que muitos contribuintes migrassem para os planos de saúde privados, fato que pode ser visualizado nas informações do ano de 1986, quando o número de internações de “Outros

Convênios” atinge 24% sendo que em 1979 esse percentual era de 8%. Ainda no ano de 1986 as internações do “Convênio INPS/INAMPS” caem para 43%.

A instituição do SUS e o convênio de Co-Gestão trouxeram para a Santa Casa uma preocupação no perfil dos assistidos interessante: o reconhecimento como hospital beneficente que possa vir a usufruir das isenções fiscais de tal situação dependia da disponibilização e atendimento de no mínimo 60% de sua capacidade instalada. Em 1994, o percentual de internações de pacientes categorizados como “Convênio INPS/INAMPS” atinge 68%, patamar semelhante à década de 1970.

Já na década de 2000 o acompanhamento das internações passa a ser restrito à apenas duas categorias: “Usuário SUS” e “Usuário Não SUS”. Esta minimalização de categorias recorda as categorias adotadas no início do século XX, “Indigentes” e “Pensionistas”. Mas se no passado esta classificação dual buscava indicar a manutenção dos aspectos caritativos e filantrópicos da origem da Santa Casa, a nova classificação visa comprovar que a aplicação dos recursos públicos e as isenções fiscais concedidas estejam beneficiando aos usuários do serviço público que buscam o atendimento na organização privada conveniada.

Finalmente os dados de 2014 e 2017 apontam para a absoluta utilização da estrutura da Santa Casa por parte dos usuários do SUS, 80% e 92% respectivamente. Porém, esta relativa exclusividade de atendimento não ocorreu por uma decisão preferencial pelo SUS, mas pela desestruturação das relações comerciais com o principal convênio privado, a Unimed da Baixa Mogiana em 2012, e o desinteresse por parte dos médicos em buscar o credenciamento para atendimento de usuários dos novos convênios trazidos a partir de 2010.

O Estado sempre atuou de alguma forma junto à Santa Casa: o primeiro prédio foi financiado pelo Governo da Província, o segundo foi concluído graças a subvenções estaduais e federais, o credenciamento para atender os usuários do INPS trouxe recursos públicos que bancaram não apenas a operacionalização do hospital, mas também a ampliação do prédio na década de 1970, além de contar com subvenções de custeio e a remuneração de serviços prestados. Este relacionamento trouxe, além dos recursos financeiros, uma gama de pacientes a serem atendidos que alterou o perfil dos assistidos – os “Indigentes” foram substituídos pelos “Usuários SUS”.

Porém, o que podemos classificar como parceria no início da história tornou-se uma codependência em função das responsabilidades do Poder Público Municipal em relação à Saúde: a Santa Casa depende dos recursos públicos para funcionar e a Prefeitura depende da Santa Casa para oferecer serviços hospitalares de sua responsabilidade aos munícipes.

7.4 Santa Casa, Próximos Capítulos

Em março de 2019, com denúncias de desvio de dinheiro público, falta de pagamento de honorários médicos, suspensão de atendimento no ambulatório de ortopedia e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, surge nova crise entre a Prefeitura Municipal e a Irmandade e poder executivo municipal entra com ação solicitando a suspensão de repasse de recursos públicos ao hospital, o depósito em juízo dos valores e a possibilidade de nova intervenção no hospital. Em 25 de março o prefeito comunicou à sociedade que a Santa Casa não teria mais condições de atender ao SUS e anunciou a construção de um Hospital Municipal que atenderia toda a demanda SUS do município. Na noite de 03 de abril de 2019 a justiça determina nova intervenção no hospital, mas desta vez parcial: não houve a destituição da Mesa Diretora e a Prefeitura Municipal se responsabilizou apenas pelo atendimento do convênio SUS.

Entretanto o anúncio do prefeito a respeito da construção de um hospital municipal causou grande turbulência política no município, pois na Câmara Municipal até vereadores da base aliada ao poder executivo demonstraram dúvidas com relação ao tema. A votação do projeto de lei que alteraria os anexos do Plano Plurianual do município, ação que permitiria a construção do Hospital Municipal, foi postergada por duas vezes. Neste período de postergação, o vice-presidente da Câmara organizou uma audiência pública no início de maio de 2019 na tentativa de esclarecer e detalhar melhor o projeto do hospital municipal, porém as falas do poder executivo foram contraditórias indicando não existir um projeto real de hospital.

Em alguns discursos de servidores do primeiro escalão do poder executivo houve a ênfase de que não existia hospital público em Mogi Mirim, pois a Santa Casa é um hospital particular e a população não poderia ficar à mercê da Irmandade, já que os convênios de atendimento ao SUS não poderão ser renovados em virtude da situação financeira da instituição, entre outros argumentos em defesa

do projeto do prefeito. Por outro lado, para alguns vereadores, aprovar a construção de um hospital municipal é decretar o fechamento de uma instituição centenária como a Santa Casa a fechar as portas, assim como condenar às famílias dos funcionários a um futuro incerto. No momento em que a bancada foi aberta ao público, os discursos também indicaram posições polarizadas:

“A população quer saúde! Eu quero saúde! Pra mim, não importa o que irá acontecer com a Santa Casa! Eu quero a garantia de saúde pra mim e pra minha família” (Morador da vila Bianchi)

“A Prefeitura precisa ouvir especialistas que estejam fora do contexto municipal. [...] Um hospital filantrópica custa muito menos que um hospital municipal. [...] Se a prefeitura apoiar, a Santa Casa é viável. [...] Existe a possibilidade de parcerias público-privadas” (Médico sanitário do serviço público)

“Por que não pegar o dinheiro que vai gastar para construir esse hospital e não investe na melhoria das UBS's?” (contexto da frase de uma técnica em enfermagem e de um morador do jardim Maria Beatriz)

“A cidade é pequena porque esse povo pensa pequeno, pensa de modo provinciano [...], combateram os projetos de industrialização no passado [...], precisamos de um hospital municipal aqui sim! Aliás precisamos de um hospital regional!” (Assistente social da prefeitura)

“A condução da proposta é puramente política e não segue o ditame correto. O processo deveria ser suspenso e recomeçar do jeito certo.” (Advogado)

“O hospital municipal da cidade vizinha está caindo aos pedaços, porque já nasceu velho! Qual a garantia de que aqui não vai acontecer a mesma coisa?” (médico que atuou no SAMU e agora trabalha no hospital citado)

Um dos vereadores da base aliada convocou o diretor regional da Secretaria de Estado da Saúde para uma reunião técnica sobre a possibilidade da construção de um hospital municipal na cidade se tornar um hospital regional oferecendo retaguarda para os usuários SUS da Diretoria Regional de Saúde (DRS) de São João da Boa Vista, da qual a cidade faz parte. O diretor regional sinalizou que na gestão Alckmin – 2011-2018 – havia o projeto de construção de um hospital regional na DRS de São João da Boa Vista, mas que em função da baixa evasão de pacientes que buscam referência de atendimento em outras DRS e por outras questões técnicas, o referido projeto foi cancelado. Durante a reunião o diretor da

DRS evitou apoiar ou rejeitar a construção do hospital municipal, mas uma de suas falas indica que a relação entre a Santa Casa e a DRS também é delicada:

“Viabilizar dois hospitais é complicado, ao mesmo tempo que viver dependente de um só, que se diz público, mas, na hora que interessa, é privado, é ruim” (Diretor da DRS de São João da Boa Vista)

Após a audiência pública e a reunião técnica, em 03 de junho de 2019, a Câmara Municipal de Mogi Mirim votou o projeto de lei para alteração dos anexos do Plano Plurianual do município com um resultado surpreendente considerando a composição da Câmara¹⁸: 14 votos contrários ao projeto de lei e apenas dois favoráveis.

A reprovação do projeto de lei não significa a extinção da proposta de se construir um hospital municipal. Tendo entrevistado, no dia seguinte à sessão, um vereador da base aliada e que votou contra o projeto, o argumento para o voto contrário da base aliada aconteceu pela inexistência de detalhamento do projeto do hospital municipal, por pressão popular – seja para priorizar os investimentos na baixa complexidade, seja em defesa da Santa Casa – e por total ausência de articulação política do poder executivo junto aos vereadores da própria base. O vereador também sinalizou que a rejeição foi à alteração dos anexos do Plano Plurianual como estavam, mas que o projeto do hospital municipal continuará.

Recentemente perguntaram ao autor desta tese: **O que vai ser da Santa Casa?** Após descrever e analisar um século de história da Irmandade a resposta neste momento é uma outra pergunta: **O que a Santa Casa quer ser?**

Afinal retornar à origem de prestar assistência médica, de caráter filantrópico, ao pobre e ao indigente é impossível, pois a própria instituição adotou um discurso contrário a isso a partir do momento que deixou de atender à indigentes em 1975 e passou a oferecer atendimentos “gratuitos”. E o SUS, ao universalizar a abrangência de atendimento, jogou a pá de cal sobre o assunto, pois não existem mais pobres ou indigentes dentro da política pública de saúde, apenas usuários do SUS. Por outro lado, a filantropia da atualidade está ligada ao financiamento de

¹⁸ A Câmara Municipal de Mogi Mirim possuía 17 vereadores e no mandato 2017-2020 a base aliada ao poder executivo era composta por nove vereadores, incluindo o presidente da Câmara, enquanto a oposição contava com oito vereadores.

ações sociais e a Irmandade dispõe de recursos para executar as ações, mas não é capaz de se autofinanciar. Deixar de atender ao SUS, por decisão própria ou do Estado, implicará em uma provável reconfiguração dos serviços prestados pelo hospital principalmente para manutenção de sua classificação como Entidade Beneficente. A partir deste ponto surgem novos questionamentos:

- Será que a capacidade de articulação dos provedores da Concepção de Controle Semi-Pública será suficiente para conduzir a Santa Casa?
- Será que o financiamento público após quase 150 anos cessará?
- Será que estamos diante da configuração de uma nova concepção de controle para a Santa Casa?
- Será que a Santa Casa deveria focar em uma nova obra de misericórdia para a atualidade (assistência aos refugiados, por exemplo)?

Este último questionamento leva a mais uma reflexão: se a instituição é chamada de Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, qual é a obra de misericórdia que ela executa atualmente, já que não existem mais pobres e indigentes na área da saúde e todos os seus atendimentos são remunerados?

7.5 Considerações Finais

Com relação aos trabalhos acadêmicos pesquisados, foram encontrados trabalhos sobre Santas Casas abordando aspectos operacionais e de gestão, seja sobre controles de inventários ou de finanças, levantamento de clima organizacional, políticas de treinamento entre outros, por outro lado existem os trabalhos da área de medicina utilizando Santas Casas como locais para desenvolvimento de seus experimentos. Já os trabalhos a respeito de políticas públicas de saúde veem abordando a discussão a respeito do SUS, sua evolução, seus aspectos operacionais, os impactos do SUS sobre os indicadores de saúde, os desafios para implementar um financiamento que permita a operacionalização total do SUS e assim por diante.

Esta tese não se posiciona em nenhum destes polos, mas buscou discutir a Santa Casa sobre outra abordagem, a sociológica, e analisar a influência

do Estado sobre esta organização ao longo de sua história, sendo que o SUS é uma das políticas públicas de saúde envolvidas. Portanto, as ferramentas teóricas selecionadas para esta abordagem foram fundamentais na apresentação e discussão dos dados encontrados. A análise dos eventos históricos baseado nas categorias eleitas – Provedor, Estado, perfil dos assistidos e Setor – permitiu não apenas delinear as concepções de controle na história da Santa Casa estudada, mas foram fundamentais para identificar a dinâmica do campo de ação estratégica representado pela Santa Casa.

Outro aspecto trazido por este trabalho foi apresentar a gênese do espírito que criou as Santas Casas – a caridade, a filantropia e as irmandades – bem como o início dos trabalhos em Portugal e a “exportação” para a colônia americana. Discutiu-se ao longo do trabalho sobre as posições adotadas pelos principais agentes envolvidos na Santa Casa – o Provedor, o Estado, os assistidos, o Corpo Clínico e o Setor – em episódios históricos de destaque.

A tese apresentou as quatro concepções de controle identificadas ao longo da história da Santa Casa: Caritária, Nosocômica, Mercantil e Semi-Pública e como as configurações entre elas são distintas apesar de a organização em estudo ser a mesma, mas em diferentes momentos de sua história.

Finalmente, a tese pode demonstrar empiricamente que uma organização pode ser analisada como um Campo de Ação Estratégica e como sua configuração se altera com o reposicionamento dos agentes. No caso estudado, fica claro como o Estado e o Corpo Clínico do hospital ganham as rédeas da instituição enquanto a Irmandade é colocada em uma posição de peão de xadrez – e que pode ser sacrificado a qualquer momento.

É claro que existem limitações nesta pesquisa, uma vez que foi realizado um Estado de Caso Único, as conclusões e discussões se limitam à Santa Casa de Mogi Mirim e apesar de os resultados não poderem ser generalizados, o embate, as tensões entre os agentes podem sim ser generalizadas, já que as disputas relatadas nesta pesquisa ocorrem em qualquer Santa Casa. Desta forma, como o desenvolvimento econômico e político brasileiro é semelhante em diversas regiões do país, resultados semelhantes ou até mesmo idênticos podem surgir em outras localidades. Em virtude disso, como sugestão de trabalhos futuros, há a possibilidade de se aplicar o método e as categorias de análise em outras Santas Casas para comparação dos resultados. Outra possibilidade é acompanhar o

desenrolar dos fatos em Mogi Mirim nos próximos anos para verificar a manutenção da concepção de controle Semi-Pública, bem como a estabilização do Campo de Ação Estratégica ou a reconfiguração de uma ou de outra, ou até mesmo de ambas.

Chega-se ao final da tese porque o texto precisa parar em algum momento... Mas não chegamos ao final da pesquisa!

Perdoem a redundância: mas ainda existe muito campo para se estudar o campo da Santa Casa. E é pra lá que eu vou...

*“Eu quero ir onde estás
Onde houver sedentos de paz
Quero te amar, te abraçar
Quando eu te encontrar
No próximo, no pobre,
No enfermo, no errante,
No desesperado.
Onde eu passar que Tu sejas o centro
Que eu seja sempre um sinal de misericórdia...”*

(trecho da música Sinal de Misericórdia, Walmir Alencar e Pe. Fábio de Melo)

8 REFERÊNCIAS

- ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos lugares de além-mar na formação do Império português. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.8, n.3, p.591-611, Set./Dez. 2001.
- ANDREAZZI, M. **O seguro saúde privado no Brasil**. 1991. Dissertação (Mestrado) – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.
- BAHIA, L. **Oferta e produção de serviços no Brasil na década de 80: um estudo exploratório**. 1991. Dissertação (Mestrado) – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007
- BOURDIEU, Pierre. **Sobre o Estado**. São Paulo: Cia das Letras, 2014
- _____; WACQUANT, Loïc J. D. **An Invitation to Reflexive Sociology**. Cambridge: University of Chicago Press, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Consulta ao banco de dados disponível em <www.datasus.gov.br>. Data: 25/05/2018.
- _____. Ministério da Educação. Sistema e-MEC. Consulta ao banco de dados disponível em <www.emec.mec.gov.br>. Data: 25/05/2018.
- _____. Decreto nº 8.242, de 23/05/2014. Diário Oficial – República Federativa do Brasil: Poder Executivo. Brasília, DF, 2014.
- _____. Decreto nº 7.300, de 14/09/2010. Diário Oficial – República Federativa do Brasil: Poder Executivo. Brasília, DF, 2010.
- _____. Lei nº 12.101, de 27/11/2009. Diário Oficial – República Federativa do Brasil: Poder Executivo. Brasília, DF, 2009.
- CHIFFOLEAU, Jacques. **La comptabilité de l'au delà. Les hommes, la mort et la religion dans la région d'Avignon à la fin du moyen âge** (vers 1320-vers 1480). Roma: École Française de Rome, 1980.
- CONFEDERACAO DAS MISERICORDIAS DO BRASIL. Santas casas de Misericórdia e hospitais filantrópicos. In: Cadernos da IX Conferência Nacional de Saude. v.2. Brasília/DF, 1992.
- CORDEIRO, H. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FLIGSTEIN, Neil. **The Transformation of Corporate Control**. Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1990.

_____, Neil. Habilidade social e a teoria dos campos. **Revista de Administração de Empresas**. v.47, n.2, p.61-80, Abr./Jun. 2007

_____, Neil e McADAM, Doug. Toward a general theory of strategic action fields. **Sociological Theory**. v.29, n.1, 2011.

_____, Neil; McADAM, Doug. **A theory of fields**. Oxford, NY: Oxford University Press, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009

GOLDTHWAITE, Richard. **Wealth and the Demand for Art in Italy 1300-1600**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993.

GONÇALVES, Carlos Alberto e MEIRELLES, Anthero de Moraes. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004

LE GOFF, Jacques. **O nascimento do Purgatório**. Lisboa: Estampa, 1993

LITTLE, Lester K. **Religious Poverty and the Profit Economy in Medieval Europe**. Ithaca: Cornell University Press, 1994

MARTINS, Roberto A. Princípios da pesquisa científica. In: MIGUEL, Paulo A. C. (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

MARQUES, Rita de Cássia. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) – séculos XVIII-XX. **Dynamis**. v.31, n.1, p.107-129, 2011.

MEDICI, A. **Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes**. São Paulo: Iesp, 1992 (Texto para Discussão, 7).

SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia. **História Breve das Misericórdias Portuguesas 1498-2000**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2008

SALLES, Fritz Teixeira. **Associações religiosas no ciclo do ouro: introdução ao estudo do comportamento social das Irmandades de Minas no século XVIII**. Belo Horizonte: Universidade de Minas Gerais, 1963.

SOUSA, Ivo Carneiro de. O Compromisso primitivo das Misericórdias portuguesas (1498-1500). **Revista da Faculdade de Letras (Historia) da Universidade do Porto**. v.13, 1996.

VATICANO, **Catecismo da Igreja Católica**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

VIANNA, S., PIOLA, S., OCKÉ-REIS, C. O. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 17, p. 105-171, 1998.

VOLPE, Maria Alice. Irmandades e Ritual em Minas Gerais durante o Período Colonial: o triunfo eucarístico de 1733. **Revista Música**. v. 8, n. 1/2, p. 6-55, maio/nov. 1997.

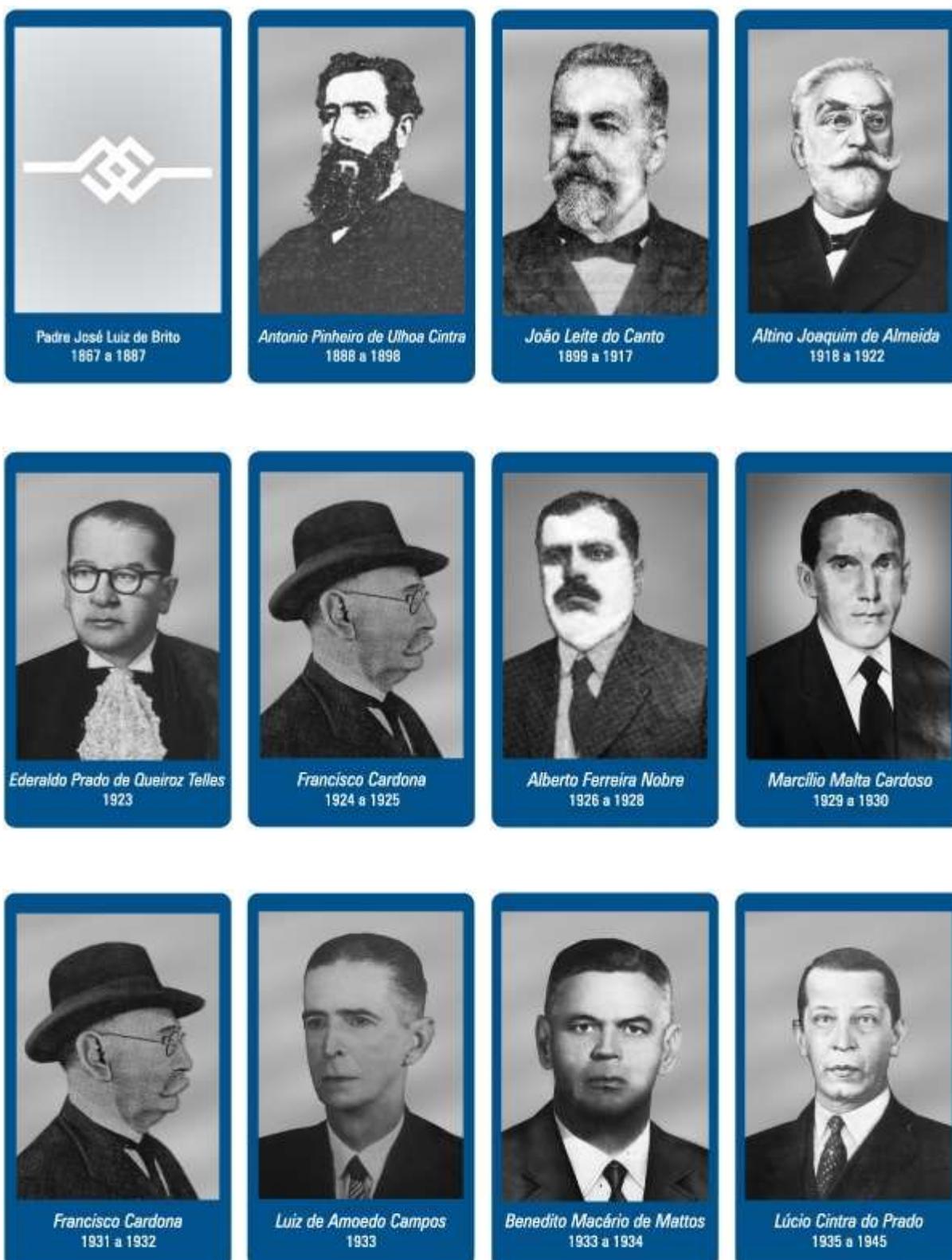
WERNECK VIANNA, M. **Política social e transição democrática: o caso do Inamps**. Rio de Janeiro: IEI, 1989 (Texto para Discussão 226).

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

OUTRAS FONTES

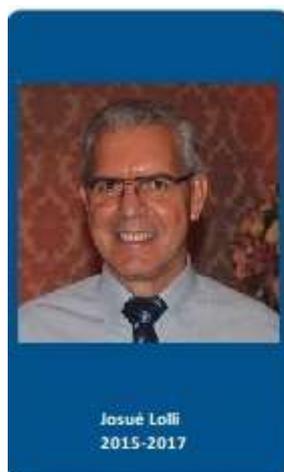
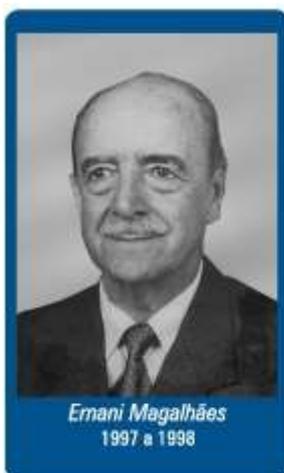
AISCMM - Arquivos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim

ACEDOCH - Arquivos do Centro Histórico de Documentação de Mogi Mirim

ANEXO I – GALERIA DOS PROVIDORES¹⁹

¹⁹ Esta galeria está organizada conforme quadro no Salão Nobre da Santa Casa, porém em alguns casos, os períodos de mandato não correspondem com os documentos encontrados na pesquisa. As datas no corpo da tese consideraram as informações documentais.





APÊNDICE I – RESUMO DO PERFIL DOS PROVIDORES

Gestão	Provedor	Biografia
1867-1882	Luiz José de Brito	Padre, vigário da comarca de Mogi Mirim, já possuía o título de cônego. Foi um dos fundadores da Irmandade em 1867.
1882-1883 1883-1884 1884-1885 1885-1886	João Baptista Luz	Fazendeiro, doou o terreno para a construção do 1º hospital
1886-1888	Antônio Pinheiro de Ulhôa Cintra (até agosto de 1888)	Médico, combateu três epidemias, sendo a primeira de maleita, o que lhe conferiu em 20/06/1888, o título de Barão de Jaguará. Fundador também da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro em 1875. Presidente da Companhia Paulista de Estradas de Ferro em 1890.
	Luiz José de Brito	Padre, vigário da comarca de Mogi Mirim, já possuía o título de cônego. Foi um dos fundadores da Irmandade em 1867.
1889 1890 1891 1892	José Joaquim da Silveira Cintra	Barão de Cintra, fazendeiro, líder do Partido Liberal no tempo do Império
1893	Francisco Ignácio Quartim	Tenente, fazendeiro Vereador em 1907
1894	José Joaquim da Silveira Cintra	Barão de Cintra, fazendeiro, líder do Partido Liberal no tempo do Império
1895	Francisco Ignácio Quartim	Tenente, fazendeiro Vereador em 1907
1896 1897 1898 1899	Miguel Antunes Pereira Lima (até 05/07/1899)	Capitão, fazendeiro
	João Leite do Canto	Coronel, fazendeiro
1899-1916	João Leite do Canto	Coronel, fazendeiro
1917-1918 1919-1920 1921-1922	Altino Joaquim de Almeida	Médico, vereador
1923-1924	Ederaldo de Queiroz Telles (até 08/06/1924)	Médico, vereador
	Francisco Cardona	Comerciante, dono de jornal, maçom
1925-1926	Dario Vianna Barbosa (até 02/02/1925)	Lavrador (1913-1917) em Mogi Guaçu, Capitalista, gerente do Banco Commercial
	Alberto Ferreira Nobre	Advogado
1927-1928	Alberto Ferreira Nobre	Advogado
1929-1930	Marcilio Malta Cardoso	Industrial, deputado, vereador, prefeito
1931-1932	Francisco Cardona	Comerciante, dono de jornal, maçom
1933-1934	Luiz de Amoedo Campos (até 06/11/1933)	Escrivão de paz e oficial de registro civil
	Benedito Macário dos Santos	Advogado
1935-1936 1937-1938 1939-1940 1941-1942 1943-1944	Lucio Cintra do Prado	Juiz da comarca de Mogi Mirim
1945-1946 1947-1948 1949-1950 1951-1952	Nicolino de Próspero (até 04/05/1952)	Açougueiro, criador de gado, dono de gráfica, vereador, prefeito
	Sebastião Carlos Tesch	Industrial, proprietário do frigorífico “A Paulista”, vereador

Gestão	Provedor	Biografia
1953-1954 1955-1956	Sebastião Carlos Tesch (até 24/03/1968)	Industrial, proprietário do frigorífico "A Paulista", vereador
1957-1958 1959-1960	José Martinelli (até 22/07/1968)	Industrial, ex presidente da Associação Comercial, vereador 1956-1959
1961-1962 1963-1964 1965-1966 1967-1968	Oscar Faria	Farmacêutico, Vereador 1964-1968 e 1969-1972
1969-1970 1971-1972	Gastão Delafina de Oliveira (até 18/03/1972)	Advogado; deixou o cargo, pois retirou seu nome da chapa na renovação de 50% da Mesa Diretora
	José Costa	Industrial
1973-1974	Florentino José Miranda (até 15/02/1974)	Médico
	Walter Brunialti	Publicitário, servidor do Banco do Brasil, idealizou o logotipo da Santa Casa representando mãos entrelaçadas
1975-1977	Walter Brunialti	Publicitário, servidor do Banco do Brasil, maçom, idealizou o logotipo da Santa Casa representando mãos entrelaçadas
1978	Florentino José Miranda	Médico
1979-1982	Walter Brunialti	Publicitário, servidor do Banco do Brasil, maçom, idealizou o logotipo da Santa Casa representando mãos entrelaçadas
1983-1984	Antonio Roberto Costa	Ferroviário, Chefe da Estação, Vereador
1985-1993	Lúcio Ratz	Industrial, proprietário da Metalúrgica Átila
1994	Antonio Luiz Bueno de Macedo	Advogado
1995-1996	Lúcio Ratz	Industrial, proprietário da Metalúrgica Átila
1997-1998	Ernani Magalhães	Fazendeiro, Pai dos médicos Jarbas e Evandro
1999-2000	Amadeu Scomparim	Funcionário aposentado do Banco Moreira Salles (posteriormente, Unibanco)
2001-2002	José Perez de Freitas	Proprietário do Bar Mirim
2003	Geraldo Antônio Adorno	Industrial, proprietário da Metalúrgica Cinco
2003-2005 2006-2008	Albino Luiz Mantovani	Executivo do Grupo Santa Cruz, administrador
2009-2011	Geraldo Antônio Adorno	Industrial, proprietário da Metalúrgica Cinco
2012-2014	Dilson Wagner Guarnieri	Advogado, Tabelião
2015-2017	Josué Lolli (até 02/02/2017)	Corretor de Seguros (notícia O Impacto 10/02/2017)
	Dilson Wagner Guarnieri (até 04/04/2017)	Advogado, Tabelião, saiu inclusive da Irmandade
	Milton Braz Bonatti	Contador
2018-2020	Milton Braz Bonatti	Contador