

**Nairo Maia Pirtouscheg**

**INFLUÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA  
GESTÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO  
ALTO VALE DO PARAÍBA  
- UM ESTUDO DE CASO -**

**Taubaté – SP**

**2003**

**Nairo Maia Pirtouscheg**

**INFLUÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA  
GESTÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO  
ALTO VALE DO PARAÍBA  
- UM ESTUDO DE CASO -**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre pelo Curso de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Gestão Empresarial

Orientador: Prof. Dr. Valdevino Krom

**Taubaté – SP**

**2003**

NAIRO MAIA PIRTOUSCHEG

INFLUÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA GESTÃO DE HOSPITAIS  
FILANTRÓPICOS NO ALTO VALE DO PARAÍBA – UM ESTUDO DE CASO

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, TAUBATÉ, SP

Data: 28 de junho de 2003

Resultado: APROVADO

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Valdevino Krom

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Márcio da Silveira Luz

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho à minha filha  
Vivian e à minha secretária Maria  
Auxiliadora, minhas incentivadoras e  
colaboradoras.*

*À minha filha Livia, à colega Yara e a  
todos que de alguma forma estiveram  
presentes na elaboração deste  
trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao Prof. Dr. Valdevino Krom por me estender carinhosamente as mãos quando eu mais precisava, e pela sábia orientação de meu trabalho.*

*Ao Prof. Dr. Edson Aparecida Querido de Oliveira pelos conselhos dados e pela amizade demonstrada.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Olga Maria Panhoca por me ajudar nos primeiros passos deste trabalho.*

*Aos provedores, administradores e funcionários dos hospitais estudados pela pronta cooperação.*

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	7
LISTA DE QUADROS .....	8
RESUMO .....	10
ABSTRACT .....	11
1 INTRODUÇÃO .....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	15
2.1 Contextualização Histórica .....	15
2.1.1 Assistência à Saúde no Brasil .....	18
2.1.2 Sistema de Atendimento Médico-Hospitalar .....	21
3 A REGIÃO DO ALTO VALE DO PARAÍBA .....	24
3.1 Situação Atual do Alto Vale do Paraíba .....	25
3.1.1 Sub-região Cruzeiro .....	27
3.1.2 Sub-região Lorena.....	29
3.1.3 Sub-região Guaratinguetá .....	31
3.1.4 Sub-região Pindamonhangaba.....	34
3.1.5 Sub-região Taubaté .....	36
3.1.6 Serviços de Referência do Alto Vale do Paraíba .....	37
4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	40
4.1 As Santas Casas como Entidades Integradas ao SUS.....	44
5 A GESTÃO DAS SANTAS CASAS .....	48
5.1 A Gestão Financeira das Santas Casas .....	54
6 MATERIAL E MÉTODO .....	60
6.1 Pesquisa .....	60
6.2 Critério de Escolha .....	61
6.3 Coleta .....	62
6.4 Período .....	63
6.5 Organização dos Dados .....	63
6.6 Análise .....	64
6.7 Denominação .....	65

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	66
7.1 Estrutura Organizacional .....	66
7.2 Composição Física dos Hospitais .....	73
7.3 Fluxo de Atendimento .....	76
7.4 Recursos Humanos .....	80
7.5 Leitos e Internações .....	82
7.6 Principais Causas de Internação e Seus Custos .....	83
7.7 Aspectos Financeiros .....	89
7.8 Processo Inflacionário .....	94
7.9 Demonstrativos Contábeis .....	95
7.10 Análise das Discussões .....	108
8 CONCLUSÃO .....	112
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	116

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa do Estado de São Paulo / Brasil .....	24
FIGURA 2 – Mapa da Região do Alto Vale do Paraíba.....	25
FIGURA 3 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Cruzeiro.....	27
FIGURA 4 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Lorena .....	29
FIGURA 5 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Guaratinguetá .....	32
FIGURA 6 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Pindamonhangaba .....	34
FIGURA 7 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Taubaté .....	36
FIGURA 8 – Fluxo de Atendimento .....	77
FIGURA 9 – Gráfico de Atendimento Hospitalar - Santa Casa A.....	84
FIGURA 10 – Gráfico de Atendimento Hospitalar - Santa Casa B.....	85
FIGURA 11 – Gráfico de Atendimento Hospitalar - Santa Casa C .....	86
FIGURA 12 – Gráfico de Atendimento Hospitalar - Santa Casa D .....	87

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Cruzeiro, ano 2000 .....	28
QUADRO 2 – Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Cruzeiro – 2000	28
QUADRO 3 – Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Cruzeiro – 2000 .....	29
QUADRO 4 – Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Lorena – 2000 .....	30
QUADRO 5 – Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Lorena – 2000	30
QUADRO 6 – Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Lorena – 2000 .....	31
QUADRO 7 Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Guaratinguetá – 2000 .....	32
QUADRO 8 – Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Guaratinguetá – 2000 .....	33
QUADRO 9 – Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Guaratinguetá – 2000 .....	33
QUADRO 10 – Recursos da área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Pindamonhangaba, ano 2000 .....	34
QUADRO 11 – Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Pindamonhangaba – 2000 .....	35
QUADRO 12 – Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Pindamonhangaba – 2000 .....	35
QUADRO 13 – Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Taubaté – 2000 .....	36
QUADRO 14 – Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Taubaté – 2000 ..	37
QUADRO 15 – Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Taubaté – 2000 .....	38
QUADRO 16 – Serviços de Referência do Alto Vale do Paraíba - ano 2000 .....	39
QUADRO 17 – Setores Especializados .....	75
QUADRO 18 – Recursos Humanos – 2000 .....	81
QUADRO 19 – Leito / Internação – 2000 .....	83
QUADRO 20 – Dez Primeiras Causas de internação – Santa Casa A .....	84

QUADRO 21 – Dez Primeiras Causas de internação – Santa Casa B .....	85
QUADRO 22 – Dez Primeiras Causas de internação – Santa Casa C .....	86
QUADRO 23 – Dez Primeiras Causas de internação – Santa Casa D .....	87
QUADRO 24 – Despesa e Receita de Internação - 2000 .....	89
QUADRO 25 – Internações SUS: Comparação Custo – Receita – Índices (Sudeste) – 2000 .	90
QUADRO 26 – Internações SUS: Comparação Custo – Receita – Índices (País) – 2000 ....	91
QUADRO 27 – Comparação Custo – Receita SUS / Particular – 2000 .....	93
QUADRO 28 – Índice de Inflação Geral e Hospitalar (%) .....	95
QUADRO 29 – Análise de Liquidez .....	97
QUADRO 30 – Análise de Atividade .....	99
QUADRO 31 – Análise de Endividamento .....	101
QUADRO 32 – Análise de Rentabilidade .....	102
QUADRO 33 – Análise Operacional .....	104
QUADRO 34 – Quociente de Imobilização .....	106

## RESUMO

PIRTOUSCHEG, N. M. *Influência do Sistema Único de Saúde na Gestão de Hospitais Filantrópicos no Alto Vale do Paraíba – Um Estudo de Caso*. 2003. 118p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté.

Os hospitais filantrópicos passam atualmente por problemas financeiros que colocam em risco a manutenção de suas atividades básicas e, por conseqüência, sua sobrevivência. O fator normalmente apontado como responsável por tal situação é o Sistema Único de Saúde – SUS, com sua forma de remuneração, constantes cortes nos valores correspondentes a pagamentos de serviços e não atualização de valores constantes de suas tabelas de preço. O objetivo deste trabalho é identificar até que ponto o SUS influencia na gestão destas instituições. Para tanto, utilizou-se de estudo de caso com quatro Santas Casas da Região do Alto Vale do Paraíba, analisando suas estruturas organizacionais e físicas, fluxos de atendimento, estrutura de recursos humanos, principais diagnósticos e seus custos, aspectos financeiros, tabela de preços e índices inflacionários, no sentido de identificar fatores que influam em suas gestões. Dentre os resultados obtidos observou-se que as entidades oferecem poucos serviços de alta complexidade, que apresentam eficiência frente a índices regionais e nacionais, que os valores pagos pelo SUS apresentam disparidades marcantes. Porém não se pode atribuir única e exclusivamente ao SUS o desequilíbrio financeiro dessas entidades pois as mesmas apresentam deficiências organizacionais e de gestão. Justifica-se assim a necessidade de um estudo mais profundo no sentido de se identificar mecanismos que possibilitem uma gestão mais científica de forma a quebrar os paradigmas existentes e advindos principalmente de sua cultura organizacional.

**Palavras-chave:** Santa Casa, Sistema Único de Saúde (SUS), Gestão Hospitalar

## ABSTRACT

PIRTOUSCHEG, N. M. *The Influence of Sistema Único de Saúde in the High Paraíba Valley Philanthropic Hospitals Management – A Study of Case*. 2003. 118p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté.

The philanthropic hospitals have got financial problems that put in risk the maintenance of their basic activities and, in consequence, their survival.

Normally, the pointed fact as responsible for such situation is the “Sistema Único de Saúde – SUS”, because of its way of payment, its constant cuts in expenses with services and its resistance in not up-dating the price table. The aim of this study is to identify the extension of the influence of SUS in the management of these institutions. To get to the point, it was made a study concerning four “Santas Casas” in the region of High Paraíba Valley, in São Paulo State, Brazil. It was made an analysis of their structures considering management and installations as well as human resources, flux of patients, main diagnoses and their cost, financial aspects, price tables and indexes of inflation. This analysis aimed to identify the factors that influence the administration of these institutions. The results showed that they have got few services of great complexity but they are efficient comparing with regional and national indexes, and that the prices paid by SUS present remarkable differences. Nevertheless SUS is not only motive for the financial problems of these institutions since they also have got deficiencies in administration. Being so, it is justified the necessity of a further analysis in order to identify mechanisms that enable a more scientific manner to break the existent models derived mainly from their management culture.

**Key words:** Santa Casa, Sistema Único de Saúde (SUS), Hospital Management.

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente a doença e seu tratamento sempre foi preocupação do ser humano. A figura do curandeiro nas tribos primitivas, os sacerdotes egípcios, a criação por Hipócrates, no século V a.C., de uma escola de medicina, já se utilizando de critérios científicos são prova disso. A medicina na Grécia era muito respeitada, Galeno no Século II d.C. deixou numerosos tratados considerados fundamentais até a renascença.

Com a centralização da medicina nos mosteiros, surge o conceito de hospital e a figura do sacerdote médico que fomenta o desenvolvimento desse campo. Com a volta da medicina para os leigos, são criadas, na Europa, escolas, universidades e hospitais (SANTA CASA DE JAÚ, 1994).

As Santas Casas são hospitais filantrópicos e têm sua criação oficial no ano de 1501, em Lisboa, instalando-se no Brasil a partir de 1543 (BORGES, 1994). É uma empresa que funciona ininterruptamente, carregando todos os problemas de uma grande empresa de hotelaria, acrescida da função básica da recuperação da saúde e da prevenção de doenças (SILVA, 1974). São entidades sem a finalidade de lucro e baseiam sua missão na filosofia das misericórdias que têm como característica a gratuidade, sendo que, até o advento do Instituto Nacional de Previdência Social (1966) e posteriormente o Sistema Único de Saúde (1990), eram entidades mantidas basicamente por doações da sociedade.

Com o aparecimento desses órgãos federais que tomaram para si o financiamento do sistema de saúde, a sociedade diminuiu e, em alguns casos, interrompem as doações que garantiam o funcionamento das Santas Casas. Passam a predominar a idéia de que elas são mantidas pelo governo. No Sistema de Saúde brasileiro é atribuído a elas um papel suplementar nos programas governamentais. A sociedade esquece que as instituições sem fins lucrativos, em qualquer ramo que atue, são vitais para uma comunidade. Seu produto é um paciente tratado, uma criança que aprende

(DRUCKER, 1999). Inicialmente o novo sistema governamental supre as necessidades dos hospitais conveniados, entre eles as Santas Casas. Entretanto, com o passar do tempo, começam a surgir nessas instituições problemas financeiros que são atribuídos a essa nova sistemática, embora alguns hospitais conveniados mantenham uma boa condição financeira. Fica então o questionamento: reside no SUS o problema financeiro dessas instituições ou ele é advindo de outros fatores como administração e complexidade dos serviços ofertados? Estão as Santas Casas aptas a sobreviverem nesse novo modelo de sistema de saúde, no qual a necessidade do gerenciamento do tempo de permanência do paciente, a seleção da medicação ministrada, a maximização de recursos humanos e materiais, enfim, o controle rígido e redução dos custos são indispensáveis para manter seu equilíbrio financeiro?

Este estudo de caso tem como objetivo discutir a influência do Sistema Único de Saúde – SUS - em hospitais filantrópicos do Alto Vale do Paraíba. Questiona-se a participação do atendimento de pacientes SUS no desequilíbrio financeiro desses hospitais, e se esse fato influencia de maneira uniforme a todas as entidades hospitalares.

As Santas Casas selecionadas são referência de sub-regiões, todas inseridas na Região do Alto Vale do Paraíba onde o Sistema de Gestão Plena já se encontra implantado. O município de Taubaté, por ainda não ter se enquadrado neste tipo de gestão, embora sendo sede de sub-região, foi deixado fora do estudo.

Através da identificação da origem das dificuldades, pode-se chegar a uma condição de otimização dos recursos físicos e financeiros destas instituições tão importantes à sociedade, como também vir a propor soluções para a flexibilização de suas gestões.

A estrutura do presente trabalho está dividida em oito capítulos, conforme descrição a seguir:

No capítulo I realizou-se a apresentação dos assuntos abordados no trabalho.

No capítulo II, fez-se uma contextualização do surgimento das irmandades mantenedoras bem como do modelo das Santas Casas em Portugal. Enfoca-se ainda

a transferência do modelo para o Brasil, assim como a atuação dessas entidades no desenvolvimento do sistema de saúde que veio a culminar com a implantação do SUS.

No capítulo III, retratou-se o modelo de atendimento à saúde até o surgimento das Santas Casas, bem como a situação atual de cada município sede de sub-região, assim como dos montantes de atendimentos realizados.

No capítulo IV, retratou-se o desenvolvimento do Sistema de amparo da saúde do trabalhador até a universalização do direito à saúde, bem como o entrelaçamento da Santa Casa durante todo o processo constituindo-se hoje num dos alicerces do sistema de atendimento médico-hospitalar.

No capítulo V, abordou-se o funcionamento administrativo-financeiro dessas entidades, destacando-se a crise que enfrentam desde o afastamento da comunidade dos seus sistemas de financiamento.

No capítulo VI, relatou-se a metodologia da pesquisa, destacando-se os critérios para a escolha das Santas Casas, a coleta de informações, a organização de dados e análise.

No capítulo VII, enfocou-se a análise dos dados levantados, a estrutura organizacional e física das entidades, seu processo de atendimento envolvendo recursos humanos e materiais, bem como seus aspectos financeiros.

No capítulo VIII, posicionou-se a situação atual dos hospitais filantrópicos mormente às Santas Casas do Alto Vale do Paraíba, destacando-se as características que influenciam o equilíbrio financeiro dessas instituições e abordando a influência do SUS neste contexto.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Contextualização Histórica**

As doenças surgiram junto com as primeiras manifestações de vida na terra, foram inicialmente atribuídas a causas sobrenaturais. Dessa visão nasce o relacionamento entre doença e religião. Com o surgimento de religiões de grande amplitude transferiu-se o problema do tratamento das doenças para os seus representantes, os sacerdotes. Assim se explica o porquê do nascimento de instituições hospitalares nos mosteiros católicos, nas mesquitas maometanas e nos templos budistas (MELLO, 1981).

Uma das primeiras formas de hospital é encontrada nos antigos templos dedicados a Asclépio, considerado pelos gregos como deus e patrono da medicina. Os Asclépiões se constituíam de uma série de dependências e, em alguns casos, de conjuntos residenciais construídos em torno do templo propriamente dito e destinados a receber pacientes e abrigar as pessoas ligadas aos templos e às práticas médicas. Muitos templos foram erguidos tanto na Grécia como posteriormente em Roma. O tratamento nestes templos constituía-se de banhos em águas termais, dieta vegetariana e bebidas feitas com ervas (CIVITA, 1969).

No império romano vamos encontrar os rudimentos do hospital desenvolvido nos mosteiros beneditinos. O primeiro deles nasceu no templo de Esculápio numa ilha do Tibre e era destinado à recuperação de escravos. A experiência foi passada à área militar que passou a cuidar de seus feridos e doentes. Face aos resultados positivos dessa prática, o benefício foi estendido aos familiares de oficiais do império e em pouco tempo Roma tinha uma bem organizada rede de atendimento hospitalar. O hospital de Vindoniss, descoberto em escavações e presumivelmente construído no final do século I d.C., representa a magnitude da época, tinha sessenta quartos e sua capacidade máxima era de 480 internos (CIVITA, 1969).

Com o esfacelamento do Império Romano a ignorância passou a ter um valor fundamental, pois aprender a ler não tinha valor para aquilo que o homem mais fazia, a guerra. Quem praticasse medicina e fosse malsucedido normalmente acabaria em um calabouço. Os monges em seus mosteiros isolados e poderosos eram os únicos que não corriam nenhum risco ao tentar exercer a medicina. Outro ponto importante era que os mosteiros representavam o único lugar seguro para antigos manuscritos e documentos, inclusive os que envolviam a prática da medicina. Isto explica o surgimento do mosteiro hospital e da figura do sacerdote-médico (CIVITA, 1969). Inicialmente a causa sobrenatural representava o enfoque das doenças e obviamente da cura, surgindo daí o seu relacionamento com a religião. O crescimento das religiões de grande amplitude incorporou a responsabilidade de albergar e curar, o que explica o desenvolvimento de instituições de cura nos mosteiros (MELLO, 1981).

No Brasil, os primeiros hospitais denominados “Santa Casa” surgem logo após o descobrimento, seguem o modelo nascido em Portugal no século XV, com a criação da Companhia de Nossa Senhora da Misericórdia na pessoa de Leonor de Lencastre, esposa de D. João II (MINSK, 1995). Tinha como objetivo recolher e curar os enfermos pobres, dar assistência aos culpados sem defesa dos tribunais até o patíbulo; proporcionar o dote às donzelas sem condições; o amparo às viúvas pobres; a educação e o amparo às crianças abandonadas; pousada e socorro ao peregrino necessitado; resgate e transporte para a pátria, aos cativos; preces e sepultamento aos mortos sem condições financeiras (SANTA CASA DE JAÚ, 1994)

As entidades criadoras e mantenedoras das Santas Casas, também chamadas de Irmandades de Misericórdia, têm como finalidade histórica cumprir "as 14 obras de misericórdia", distribuídas em dois grupos distintos:

O 1º grupo, representada por uma estrela de sete pontas, no qual cada ponta corresponde a uma obra, compreende: ensinar os simples, dar conselho a quem pede,

castigar os que erram, consolar os desconsolados, perdoar aos que ofendem, sofrer injúrias com paciência e rezar pelos vivos e pelos mortos.

O 2º grupo, representado por uma rosa de sete pétalas, na qual cada pétala corresponde também a uma obra, encerra: remir os cativos, visitar os presos, curar os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pouso aos peregrinos e enterrar os mortos (BORGES, 1994).

Embora a visão aceita em Portugal e no Brasil atribua à Dona Leonor a iniciativa da criação das misericórdias e por consequência das Santas Casas, tem-se notícia da existência de casas de misericórdia tanto na China como em Florença, já em 1350.

Em Portugal, os historiadores se dividem, a primeira corrente apóia teoria de que Dona Leonor, viúva de D. João II, por sugestão do frade Miguel Contreiras fundou o movimento em sua terra natal. A segunda corrente reduz a participação de ambos, sendo a primeira vista como patrocinadora real e o segundo como padre da Irmandade. Como certo encontramos a fundação em 15 de agosto de 1498, da primeira Irmandade da Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia, e de seu primeiro hospital em 1501 na cidade de Lisboa.

Pode-se afirmar que a história das Santas Casas em território nacional caminha ao lado da história do Brasil.

A primeira Santa Casa no Brasil, na visão de Pereira da Costa, é a de Olinda: "Neste ano de 1540, já estava constituída a Igreja de Nossa Senhora da Luz, bem como instituída a Santa Casa de Misericórdia de Olinda, com sua igreja e competente hospital" (BORGES, 1994). Outras fontes de maior aceitação atribuem à Santa Casa de Santos, criada por Brás Cubas, a primazia das misericórdias no Brasil. Pode-se afirmar que no século XIV seis Santas Casas foram fundadas no Brasil: Santos, Olinda, Bahia, Vitória do Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo (PONTE, 2000). Entretanto foi o século XIX o mais profícuo na criação de Santas Casas. Essas

entidades foram e continuam a ser pioneiras nas campanhas sociais, no amparo à infância e aos idosos e no atendimento hospitalar aos enfermos carentes. Foram também precursoras na criação das faculdades de medicina e de outros atos de caráter assistencial, sempre respeitando o espírito religioso que orienta o modelo das Santas Casas de Misericórdia (MINSK, 1995). Face aos resultados positivos, novas Santas Casas foram sendo criadas, alcançando hoje 2.600 postos de atendimento médico-hospitalar, dos quais 2.218 são hospitais e representam 70% dos leitos de internação geral no Brasil (PONTE, 2000).

### **2.1.1 Assistência à Saúde no Brasil**

Até 1930 os brasileiros não tinham nenhum direito à assistência médica e as entidades prestadoras deste serviço eram reduzidas.

A Legislação Previdenciária Brasileira surge no período após a Primeira Guerra Mundial, quando o Brasil torna-se signatário do Tratado de Versailles e membro da Organização Internacional do Trabalho. O governo do Brasil assume a partir dessa data, o compromisso de amparo ao trabalhador, constante no referido tratado e tem como primeira iniciativa a promulgação, em 1919, da Lei de acidentes do trabalho. Segue-se a criação, através da Lei Eloi Chaves em 1923, do seguro social obrigatório para trabalhadores das empresas privadas, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), inicialmente junto às empresas ferroviárias. Dentro do leque de benefícios figurava em algumas caixas a assistência médica. Esse sistema era constituído financeiramente por uma contribuição do empregado, empregador e união, tendo também como fonte de recursos os rendimentos de aplicações patrimoniais. Esses recursos eram gerenciados por representantes das classes de empregado e empregador, sendo que o sistema assegurava serviços médicos e hospitalares, aposentadoria por tempo de serviço e invalidez, empréstimos

para aquisição ou construção da casa própria, pensão e auxílio funeral em caso de falecimento do segurado (RIBEIRO, 1993).

O primeiro instituto de previdência foi criado em 1926 para os funcionários públicos da União, recebendo as denominações de Instituto Nacional de Previdência e posteriormente de Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (SILVA, 1974).

A criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1930, vem sedimentar o sistema previdenciário brasileiro. O sistema CAPS é estendido às demais classes sociais organizadas, contando em 1937 com número superior a duzentas caixas de aposentadoria e pensões (SILVA, 1974).

O Sistema Brasileiro de Saúde dado a carência de uma organização que atendesse a toda sociedade sofre uma divisão, ficando em um lado os elementos da sociedade não filiados a organismos regulamentados e no outro lado, os trabalhadores e suas famílias vinculados a montepios e caixas de aposentadorias e pensões, as quais traziam a seus filiados benefícios sociais e financiamento médico-hospitalar.

Nesse momento começa a ser criado o sistema de saúde nacional, alicerçado nas Santas Casas para os desvalidos e custeado com recursos doados pela sociedade e, por outro lado, os CAPS para os trabalhadores e seus dependentes. Surgem os hospitais das entidades representantes das classes trabalhadoras, ou elas contratam serviços hospitalares. Esse sistema que resultou, nos dias de hoje, no SUS trouxe profundas alterações para as Santas Casas, face à drástica redução de doações por parte da sociedade.

Seguindo a filosofia de centralização administrativa, são instituídos no governo Vargas (1930/1951) os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), entidades que englobam trabalhadores urbanos organizados por categoria profissional

e sob controle do Estado. Quanto mais forte a categoria mais benefícios possuíam seus afiliados (SENNÁ, 2000).

Face à necessidade de garantir igualdade no oferecimento de serviços previdenciários a toda classe trabalhadora, foi criada e aprovada a Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil que previa a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil – (ISSB), um órgão que absorveria todas as instituições de previdência social do Brasil. Esse órgão atuaria de forma centralizada com uma única administração e buscaria atender a toda população trabalhadora da nação. Tal iniciativa não se concretizou por falta de recursos necessários à sua implantação (RIBEIRO, 1993).

Embora sem a unificação dos diversos institutos e caixas de aposentadoria e pensões representativos das classes trabalhadoras como bancários, industriários, comerciários e outros, o trabalhador passa a ter uma atenção mais ampla e concreta em termos de benefícios. Dê-se destaque a criação em 1949 do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – (SAMDU), que atuou junto à população nacional no atendimento de urgências e emergências, sendo mantido financeiramente por todos os institutos e caixas de aposentadoria e pensões.

Em 1954 são unidas as últimas caixas beneficentes com a denominação de Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos, transformada logo a seguir em instituto com a sigla IAPFESP. Isso possibilitou o surgimento em 1960 da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Essa lei deu amparo aos trabalhadores contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, excluindo, entretanto, os servidores públicos das três esferas governamentais, os militares, os trabalhadores rurais e os empregados domésticos. Determinava como fonte de financiamento a contribuição de 8% do salário por parte do segurado e de seu empregador. A união cobriria os gastos administrativos e atenderia às insuficiências de caixa que porventura existissem, assim como rendas eventuais e aplicações patrimoniais. Os benefícios a serem oferecidos constituíam-se de auxílio-

doença, aposentadoria, auxílio-natalidade, auxílio-reclusão e funeral, pecúlio aos dependentes, assistência médica, farmacêutica e habitacional (RIBEIRO, 1993).

Em 1963, o trabalhador rural é lembrado com a criação do Estatuto do Trabalhador Rural que criava o fundo de assistência e previdência do trabalhador rural. Esta legislação foi modificada posteriormente, limitando os benefícios à assistência médica e social. Assim, continuam desamparados os empregados domésticos, os desempregados e os trabalhadores do sistema informal. Os empregados públicos, quer civis ou militares, tinham os benefícios amparados pelos cofres públicos (RIBEIRO, 1993)

Em 1966, a idéia de unir as entidades de previdência social se concretizou sob a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social – (INPS). Em 1977, é criado no Ministério da Previdência Social a Secretaria de Integração Nacional da Previdência Social – (SINPAS) que passa a abrigar as seguintes autarquias: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social – (INPS) e o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – (INANPS)

A Constituição de 1988 afirma que saúde é direito de todos, mas só com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, é que de fato esse direito se materializa. O SUS assume a assistência médico-hospitalar e está vinculado ao Ministério da Saúde. Os demais benefícios, a partir de 1990, ficam a cargo do Instituto Nacional de Seguro Social – (INSS) ligado ao Ministério da Previdência Social, resultante da união do INPS e do IAPAS.

### **2.1.2 Sistema de Atendimento Médico-Hospitalar**

A demanda por saúde cresce ao longo do século 20 e o setor privado passa a ser mais solicitado pelo Estado, face à carência de hospitais públicos e aos altos custos deles. Torna mais viável e econômico manter convênios com a rede pública privada do que manter rede própria (CAMPOS, 1993). Motivado pela idéia de lucro e pelo

financiamento governamental, cresce a oferta de serviços hospitalares, produtos farmacêuticos, equipamentos e tecnologia. Surge a medicina de grupo que oferta planos de pré-pagamento. A saúde começa a se apresentar como um bem comerciável. "O Estado se configura mais como uma espécie de gerente dos interesses privados do que como produtor direto dos serviços de saúde" (SENNA, 2000).

Os sistemas anteriores se dedicaram a dupla tarefa de proporcionar assistência médica e aposentadoria e pensões. O SUS foi criado com o objetivo único de proporcionar o atendimento médico-hospitalar de uma maneira universal a toda comunidade. A Constituição de 1988 consolidou sua missão quando afirmou: "saúde é uma obrigação do Estado e um direito do cidadão, com acesso universal, gratuito e equânime" (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

As Santas Casas, que desenvolviam suas atividades com os recursos provenientes da misericórdia da sociedade, foram obrigadas a adaptarem-se às modificações do sistema de saúde. À medida que se ampliava o direito à saúde respaldado pelos cofres governamentais, a participação da comunidade, tanto com relação a doações como com relação à assistência aos atendidos, diminuía. A saúde paga exigia das entidades procedimentos segundo normas pactuadas, dentre as quais, acomodações diferenciadas e infra-estrutura especializada, seguindo normas técnicas constantemente atualizadas e sob a vigilância de órgãos governamentais e representativos de classes.

A remuneração dos serviços, as linhas de crédito abertas à construção ou reformas dos hospitais e a perspectiva de lucro no atendimento médico-hospitalar estimularam a criação de novos hospitais. Estes passaram a concorrer com as Santas Casas dentro de critérios gerenciais e comerciais conflitantes com o espírito de caridade reinante nestas instituições. O pagamento pelos serviços prestados trouxe a falsa idéia da não necessidade da participação da comunidade. Assim, as Santas Casas não abandonadas pela sociedade detentora do poder econômico e político

puderam crescer. Aquelas que, ao contrário, foram deixadas a sua própria sorte, estagnaram e até hoje espelham uma situação de instabilidade e, em alguns casos, inviabilidade financeira.

O SUS sempre apresentou instabilidades gerenciais e financeiras. Normas, tabelas de remuneração e regras definidas unilateralmente na cúpula governamental, bem como atrasos no pagamento dos hospitais, glosas de contas, cortes sob a alegação da não existência de numerários suficientes, influenciaram de uma maneira negativa a sobrevivência das Santas Casas. Para sobreviverem nessa situação de instabilidade financeira, as mesmas oferecem serviços à medicina privada e atendimento remunerado à classe privilegiada da população. O final das décadas de 70 e 80 foram traumáticos, mesmo sendo permitido pelo governo o oferecimento aos pacientes conveniados do SUS, melhores acomodações mediante pagamento complementar por parte do paciente, gerando mais receita às Santas Casas. Esse esquema que beneficiava o paciente com menor poder aquisitivo e o hospital, foi extinto pelo SUS sem justificativa operacional ou política. Seu retorno é solicitado por muitos técnicos como uma forma de amenizar as defasagens de custo na maioria das internações, dando a possibilidade de um melhor conforto àquele que dispõe de uma determinada condição financeira.

### 3 A REGIÃO DO ALTO VALE DO PARAÍBA

Historicamente, a região do Alto Vale do Paraíba, Figura 1, é conhecida por abrigar e tratar, inicialmente, leprosos que sobreviviam mendigando na estrada Rio de Janeiro – São Paulo. Mais tarde, pelas condições climáticas de algumas de suas cidades, passou a tratar de pacientes com agravos respiratórios e que necessitavam de tratamentos prolongados. Ocorriam também na região freqüentes surtos de varíola, tendo o mais violento acontecido em 1857, atingindo 300 pessoas (MOURA, 1976).



FIGURA 1 – Mapa do Estado de São Paulo/ Brasil

Em 1836, a situação da saúde era inóspita e o quadro estatístico da Província de São Paulo apontava a existência de um cirurgião aprovado em Guaratinguetá e dois em Taubaté. Havia, também, um boticário em Cunha e dois em Taubaté (FILHO, 1960).

As primeiras instituições de atendimento à saúde nesta região foram os lazaretos que tinham como objetivo principal atender aos leprosos. Estas entidades antecederam as Santas Casas na região e atendiam de fato a qualquer paciente portador de doença infecto-contagiosa. Elas foram o fator motivador para os primeiros movimentos coletivos, bem como conscientização da necessidade da participação da sociedade local na resolução de seus problemas relacionados à saúde.

A ausência do poder público no campo da assistência médico-hospitalar e a necessidade crescente de tratamento da saúde dos habitantes fizeram com que a iniciativa particular representada pelas autoridades judiciárias e pelos ricos fazendeiros deixassem de lado as dissensões políticas e, através de cotização, materializassem a idéia existente na região desde 1830 e edificassem Santas Casas (MOURA, 1976).

Embora seja o século XVIII o mais pródigo na implantação de Santas Casas no Brasil, a região do Alto Vale do Paraíba só se desenvolveu nesse campo no século XIX.

### 3.1 Situação Atual do Alto Vale do Paraíba

A região que abriga as Santas Casas estudadas, Alto Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, é formada por 27 municípios, conforme Figura 2, numa área territorial de 10.940 Km<sup>2</sup> e com uma população de 913.802 habitantes (DIR XXIV, 2000). Tem seus limites territoriais com os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e com outros municípios do Estado.



FIGURA 2 – Mapa da Região do Alto Vale do Paraíba

Funcionam na região do Alto Vale do Paraíba 18 hospitais gerais sendo 10 Santas Casas, 05 unidades mistas e um hospital-dia psiquiátrico. No ano de 2000 havia 2.355 leitos para internação geral e 120 leitos especializados, deste total 82.34% são oferecidos a pacientes do Sistema Único de Saúde. Nesse mesmo ano foram internados na região 40.892 pacientes SUS. Segundo a DIR XXIV (2000), mesmo com o oferecimento desse volume de leitos, a região ainda necessita de mais leitos cirúrgicos, psiquiátricos, obstétricos, bem como de UTI neonatal.

Com situação econômica variada, apenas seis municípios se encontram no sistema de gestão plena, que significa gestão da saúde pelo próprio município sob a coordenação do Estado. Os demais municípios estão sob o sistema de gestão plena de assistência básica, ou seja, gestão da saúde básica pelo próprio município (DIR XXIV, 2000).

Na região do Alto Vale do Paraíba, onde apenas seis municípios se encontram no sistema de gestão plena, o atendimento médico-hospitalar se dividiu, em função de suas características, em cinco sub-regiões<sup>1</sup>.

Cada uma das cinco sub-regiões recebe dos municípios que a compõem pacientes com necessidade de tratamento mais especializado. Quando da impossibilidade de atendimento em uma das sub-regiões por falta de condições

---

Existe a proposta da DIR XXIV em oficialmente dividir o Alto Vale do Paraíba em três microrregiões:

<sup>1</sup> Microrregião 1, Taubaté – composta pelos municípios de Taubaté, Tremembé, São Luiz do Paraitinga, São Bento do Sapucaí, Natividade da Serra, Redenção da Serra, Lagoinha, Santo Antônio do Pinhal, Pindamonhangaba e Campos do Jordão. Tem essa microrregião como proposta a indicação de três municípios como sede de módulo, Campos do Jordão, Pindamonhangaba e Taubaté e como município pólo, Taubaté;

Microrregião 2, Guaratinguetá – composta pelos municípios de Guaratinguetá, Roseira, Lorena, Aparecida, Cunha, Piquete, Canas e Potim. Tem essa microrregião como proposta a indicação de dois municípios como sede de módulo, Guaratinguetá e Lorena e como município pólo, Guaratinguetá;

Microrregião 3, Cruzeiro - composta pelos municípios de Cruzeiro, Arapeí, Lavrinhas, São José do Barreiro, Areias, Bananal, Queluz, Silveiras e Cachoeira Paulista. Tem essa microrregião como proposta a indicação de três municípios como sede de módulo, Bananal, Cruzeiro e Queluz e como município pólo, Cruzeiro (DIR XXIV, 2001b).

técnicas, o paciente é transferido para a sub-região que possua a infraestrutura necessária ao referido atendimento.

### 3.1.1 Sub-região Cruzeiro

Cruzeiro, com uma população de 73.492 habitantes distribuídos em uma área de 305 Km<sup>2</sup>, é referência na sub-região composta pelos municípios de Lavrinhas, Queluz, Silveiras, Areias, São José do Barreiro, Arapeí e Bananal – Figura 3. Essa sub-região tem uma população de 114.064 habitantes distribuídos em uma área de 2.786 Km<sup>2</sup>.



FIGURA 3 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Cruzeiro

O Quadro 1 mostra a população por município da sub-região Cruzeiro, a quantidade de hospitais com seus respectivos leitos, sendo que nesse contexto foi utilizado o critério da DIR XXIV definindo hospitais com leitos para observação, entendidos como aqueles destinados a pacientes sem diagnóstico definido, e hospitais com leitos para internação, entendidos como leitos para internação de pacientes com diagnóstico definitivo. Mostra ainda as unidades destinadas a atendimento de consultas e as de atendimento básico à saúde.

**QUADRO 1 – Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Cruzeiro, ano 2000**

	Arapeí	Areias	Bananal	Queluz	Lavrinhas	S.J. Barreiro	Silveiras	Cruzeiro	Total
Km2	153	307	619	249	167	571	415	305	2.786
População	2.618	3.600	9.713	9.112	6.008	4.143	5.378	73.492	114.064
Hospitais	-	-	01	-	-	01	01	01	04
Hospitais de Observação	-	01	-	01	-	-	-	-	02
Nº de Leitos	-	20	21	45	-	24	11	208	329
Unid. Ambulat.	02	02	05	05	05	04	-	40	63
Posto de Saúde	-	-	-	-	-	-	02	01	03
Centro de Saúde	02	-	03	01	05	01	-	23	35
Ambul. em Hospital	-	-	-	-	-	01	-	-	01
Posto Ass.Méd.	-	-	-	01	-	-	-	02	03
Internações	-	-	245	-	-	62	368	6.262	6.937

Fonte: IBGE, 2000, modificado segundo informações DIR XXIV

Os municípios da sub-região, contando ou não com unidades hospitalares, recorrem naturalmente nos casos de diagnósticos mais complicados ao município sede. Pelo quadro abaixo podemos ter uma visão desse fato que onera os custos do hospital referência além de diminuir a capacidade de atendimento aos seus munícipes

**QUADRO 2 - Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Cruzeiro – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
Arapeí	32	Lavrinhas	444
Areias	154	São José do Barreiro	158
Bananal	57	Silveiras	160
Queluz	544		

Fonte: DIR XXIV, 2000.

Não bastasse a invasão de pacientes dos municípios componentes da sub-região, conta-se ainda com a invasão de pacientes de outras sub-regiões, bem como de pacientes de outras partes do país, que, em função de acidentes ou de outras intercorrências necessitam de atendimento médico. Tal fato pode ser observado no quadro abaixo que mostra os quantitativos desse tipo de atendimento.

**QUADRO 3 - Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Cruzeiro – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
Cachoeira Paulista	128	Arujá	02
Piquete	104	Lagoinha	02
São Paulo	21	Ribeira	02
Cunha	19	Taubaté	02
Lorena	10	Fortaleza	02
Resende	09	Belo Horizonte	01
Passa Quatro	07	Caxambu	01
Rio de Janeiro	05	Canas	01
Itatiaia	04	Guaratinguetá	01
Itamonte	02	Pedreira	01
Itanhandu	02	Santo André	01
Barra Mansa	02	Santo Antônio do Pinhal	01
Aparecida	02		

Fonte: DIR XXIV, 2000.

### 3.1.2 Sub-região Lorena

Lorena, com uma população de 77.990 habitantes distribuídos em uma área de 416 Km<sup>2</sup>, é referência na sub-região composta pelos municípios de Cachoeira Paulista, Canas e Piquete – Figura 4. Essa sub-região possui uma população de 124.009 habitantes distribuídos em uma área de 931 Km<sup>2</sup>.



FIGURA 4 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Lorena

O Quadro 4 mostra a população por município da sub-região Lorena, a quantidade de hospitais com seus respectivos leitos, sendo que nesse contexto foi utilizado o critério da DIR XXIV definindo hospitais com leitos para observação, entendidos como aqueles destinados a pacientes sem diagnóstico definido, e hospitais com leitos para internação, entendidos como leitos para internação de pacientes com diagnóstico definitivo. Mostra ainda as unidades destinadas a atendimento de consultas e as de atendimento básico à saúde.

**QUADRO 4 – Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Lorena, ano 2000**

	Canas	Cachoeira	Piquete	Lorena	Total
Km2	51	288	176	416	931
População	3.614	27.205	15.200	77.990	124.009
Hospitais	-	01	01	02	04
Nº de Leitos	-	92	30	284	406
Unid. Ambulat.	02	12	08	24	41
Posto de Saúde	-	-	-	02	02
Centro de Saúde	02	11	01	18	32
Ambul. em Hospital	-	-	-	02	02
Posto Ass.Méd.	-	-	-	-	-
Internações	-	2.026	448	6.533	9.007

Fonte: IBGE, 2000.

Os municípios da sub-região, contando ou não com unidades hospitalares, recorrem naturalmente nos casos de diagnósticos mais complicados ao município sede. No quadro abaixo pode-se ter uma visão desse fato que onera os custos do hospital referência além de diminuir a capacidade de atendimento aos seus municípios

**QUADRO 5 - Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Lorena – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
Cachoeira Paulista	140	Piquete	394

Fonte: DIR XXIV, 2000.

Não bastasse a invasão de pacientes dos municípios componentes da sub-região, conta-se ainda com a invasão de pacientes de outras sub-regiões, bem como de pacientes de outras partes do país, que, em função de acidentes ou de outras

intercorrências necessitam de atendimento médico. Tal fato pode ser observado no quadro abaixo que mostra os quantitativos desse tipo de atendimento.

**QUADRO 6 - Invasão de Interações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Lorena – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
Guaratinguetá	36	Caçapava	03	Bauru	01
Pindamonhangaba	35	Lins	03	Bertioga	01
Cunha	33	Santa Bárbara d'Oeste	03	Caraguatatuba	01
Aparecida	19	São José dos Campos	02	Itapevi	01
Cruzeiro	16	Rio de Janeiro	02	Jacareí	01
Potim	15	Bananal	02	Lagoinha	01
Roseira	12	Lavrinhas	02	Lourdes	01
Delfim Moreira	11	São José do Barreiro	02	Marília	01
Campos do Jordão	11	São Bento do Sapucaí	02	Piracicaba	01
São Paulo	10	Juiz de Fora	01	Redenção da Serra	01
Areias	09	Muriae	01	Rio Claro	01
Taubaté	08	Varginha	01	Santo André	01
Silveiras	06	Cachoeira de Itapemiri	01	São Luis do Paraitinga	01
Queluz	05	Parati	01	São Roque	01
Curitiba	04	Araçatuba	01	Tremembé	01
Itajubá	03	Abadia dos Dourados	01	Laranjeiras do Sul	01

Fonte: DIR XXIV, 2000.

### 3.1.3 Sub-região Guaratinguetá

Guaratinguetá com 751 Km<sup>2</sup> e população de 104.219 habitantes é referência na sub-região composta pelos municípios de Roseira, Potim, Aparecida, Lagoinha e Cunha – Figura 5 - que, juntos, possuem uma área de 3.710 Km<sup>2</sup> e 189.352 habitantes.



FIGURA 5 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Guaratinguetá

O Quadro 7 mostra a população por município da sub-região de Guaratinguetá, a quantidade de hospitais com seus respectivos leitos. Mostra ainda as unidades destinadas a atendimento de consultas e as de atendimento básico à saúde.

**QUADRO 7 - Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Guaratinguetá, ano 2000**

	Aparecida	Cunha	Potim	Roseira	Guaratinguetá	Total
Km2	121	1.407	45	130	751	2.454
População	34.904	23.090	13.605	8.577	104.219	184.395
Hospitais	01	01	-	01	03	06
Nº de Leitos	132	27	-	15	421	595
Unid. Ambulat.	11	07	02	02	18	40
Posto de Saúde	-	-	-	-	-	-
Centro de Saúde	06	06	-	-	07	19
Ambul. em Hospital	-	-	-	-	-	-
Posto Ass.Méd.	02	-	-	-	01	03
Internações	4.648	1.775	-	324	11.283	18.030

Fonte: IBGE, 2000.

Os municípios da sub-região, contando ou não com unidades hospitalares, recorrem naturalmente nos casos de diagnósticos mais complicados ao município sede. No quadro abaixo pode-se ter uma visão desse fato que onera os custos do hospital referência além de diminuir a capacidade de atendimento aos seus municípes.

**QUADRO 8 - Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Guaratinguetá – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
Aparecida	261	Potim	136
Cunha	75	Roseira	19

Fonte: DIR XXIV, 2000.

Não bastasse a invasão de pacientes dos municípios componentes da sub-região, conta-se ainda com a invasão de pacientes de outras sub-regiões, bem como de pacientes de outras partes do país, que, em função de acidentes ou de outras intercorrências necessitam de atendimento médico. Tal fato pode ser observado no quadro abaixo que mostra os quantitativos desse tipo de atendimento.

**QUADRO 9 - Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Guaratinguetá – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
São Vicente	01	Guaicara	01	Osasco	02
Maceió	01	Guarei	02	Pindamonhangaba	19
Guaratinga	02	Guarulhos	01	Piquete	12
Tucano	02	Ibira	01	Cruzeiro	09
Baependi	01	Itapecerica da Serra	01	Santa Maria	01
Bom Jardim de Minas	01	Jacareí	02	Queluz	01
Conceição do Rio Verde	01	Lagoinha	09	Santos	01
Itamonte	01	Lavrinhas	01	São Bento do Sapucaí	03
Itanhandu	02	Lorena	91	São José do Barreiro	02
Itapeva	01	Mauá	01	São Paulo	11
Passa Quatro	01	Mogi-Guaçu	01	Silveiras	01
Várzea da Palma	01	Monte Mor	02	Sumaré	01
Cariacica	01	Cotia	01	Taubaté	13
Parati	09	Caraguatatuba	02	Vinhedo	01
Resende	04	Capão Bonito	01	Curitiba	01
Rio de Janeiro	04	Campos do Jordão	06	Ribeirão do Pinhal	01
Volta Redonda	01	Campo Limpo Paulista	01	Blumenau	01
Alvinlândia	03	Cachoeira Paulista	11	Bananal	03
Cuiabá	01	Caçapava	01		
Arapei	01	Barueri	02		

Fonte: DIR XXIV, 2000.

### 3.1.4 Sub-região Pindamonhangaba

Pindamonhangaba com 730 Km<sup>2</sup> e população de 126.026 habitantes é referência na sub-região composta pelos municípios de Campos do Jordão, São Bento do Sapucaí e Santo Antônio do Pinhal – Figura 6 - que possuem juntos 186.961 habitantes distribuídos em uma área de 1.284 Km<sup>2</sup>.



FIGURA 6 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Pindamonhangaba

O Quadro 10 mostra a população por município da sub-região de Pindamonhangaba, a quantidade de hospitais com seus respectivos leitos. Mostra ainda as unidades destinadas a atendimento de consultas e as de atendimento básico à saúde.

**QUADRO 10 - Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Pindamonhangaba, ano 2000**

	Campos	S.B.Sapucaí	S.A.Pinhal	Pindamonhangaba	Total
Km2	290	251	133	730	1.404
População	44.252	10.355	6.328	126.026	186.961
Hospitais	06	01	-	02	09
Nº de Leitos	812	60	-	297	1.169
Unid. Ambulat.	23	09	07	24	63
Posto de Saúde	01	05	04	01	11
Centro de Saúde	11	02	03	12	28
Ambul. em Hospital	-	-	-	-	-
Posto Ass.Méd.	02	-	-	01	03
Internações	9.573	2.276	-	8.377	20.226

Fonte: IBGE 2000.

Os municípios da sub-região, contando ou não com unidades hospitalares, recorrem naturalmente nos casos de diagnósticos mais complicados ao município sede. Pelo quadro abaixo pode-se ter uma visão desse fato que onera os custos do hospital referência além de diminuir a capacidade de atendimento aos seus municípios

**QUADRO 11 - Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Pindamonhangaba – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
Campos do Jordão	15	Santo Antonio do Pinhal	05

Fonte: DIR XXIV, 2000.

Não bastasse a invasão de pacientes dos municípios componentes da sub-região, conta-se ainda com a invasão de pacientes de outras sub-regiões, bem como de pacientes de outras partes do país, que, em função de acidentes ou de outras intercorrências necessitam de atendimento médico. Tal fato pode ser observado através do Quadro 12 que mostra os quantitativos desse tipo de atendimento.

**QUADRO 12 - Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Pindamonhangaba – 2000**

Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade	Cidade	Quantidade
Taubaté	165	Potim	03	Capivari	01
Tremembé	81	S. Bernardo do Campo	03	Sombrio	01
Roseira	23	Embu	02	Cunha	01
Lagoinha	17	Redenção da Serra	02	Guarulhos	01
Guaratinguetá	07	Sta Cruz do Rio Pardo	02	Ilhabela	01
S. José dos Campos	07	Petrópolis	02	Jacareí	01
São Paulo	07	Ipira	01	Natividade da Serra	01
Ubatuba	07	Senhor do Bonfim	01	Sta Fé do Sul	01
Aparecida	05	Baependi	01	Ponta Grossa	01
Lorena	05	Leopoldina	01	Indaial	01
S. Luis do Paraitinga	04	Virgínia	01	Sinop	01
Parati	03	Caçapava	01		

Fonte: DIR XXIV, 2000.

### 3.1.5 Sub-região Taubaté

Taubaté, com 244.165 habitantes distribuídos em uma área de 626 Km<sup>2</sup>, é referência na sub-região composta pelos municípios de Natividade da Serra, Redenção da Serra, São Luis do Paraitinga e Tremembé. Juntos possuem 300.416 habitantes distribuídos em 2.577 Km<sup>2</sup>.



FIGURA 7 – Alto Vale do Paraíba - Sub-região Taubaté

O Quadro 13 mostra a população por município da sub-região de Taubaté, a quantidade de hospitais com seus respectivos leitos. Mostra ainda as unidades destinadas a atendimento de consultas e as de atendimento básico à saúde.

**QUADRO 13 - Recursos da Área da Saúde e Dados Demográficos da Sub-região de Taubaté, ano 2000**

	Natividade da Serra	Redenção da Serra	São Luis do Paraitinga	Lagoinha	Tremembé	Taubaté	Total
Km2	833	309	617	256	192	626	2.833
População	6.952	4.047	10.424	4.957	34.823	244.165	305.368
Hospitais	-	-	01	-	01	02	04
Nº de Leitos	-	-	32	-	48	380	460
Unid. Ambulat.	03	02	05	03	11	55	69
Posto de Saúde	01	-	-	-	-	02	03
Centro de Saúde	-	-	03	03	03	32	41
Ambul. em Hospital	-	-	-	-	-	-	-
Posto Ass.Méd.	02	02	-	-	02	-	06
Internações	-	-	375	-	1.086	11.661	13.122

Fonte: IBGE, 2000.

Os municípios da sub-região, contando ou não com unidades hospitalares, recorrem naturalmente nos casos de diagnósticos mais complicados ao município sede. Pelo Quadro 14, pode-se ter uma visão desse fato que onera os custos dos hospitais referência, Hospital da Universidade de Taubaté e Hospital Santa Isabel de Clínicas (HOSIC), além de diminuir a capacidade de atendimento aos seus municípes.

**QUADRO 14 - Invasão de Internações de Municípios da Sub-região Taubaté – 2000**

Cidade	Hosp. Universitário	HOSIC
Natividade da Serra	136	27
Redenção da Serra	132	26
São Luis do Paraitinga	126	38
Lagoinha	84	17
Tremembé	482	179

Fonte: DIR XXIV, 2000.

Não bastasse a invasão de pacientes dos municípios componentes da sub-região, conta-se ainda com a invasão de pacientes de outras sub-regiões, bem como de pacientes de outras partes do país, que, em função de acidentes ou de outras intercorrências necessitam de atendimento médico. Tal fato pode ser observado no Quadro 15 que mostra os quantitativos desse tipo de atendimento.

### **3.1.6 Serviços de Referência do Alto Vale do Paraíba**

O Quadro 16 mostra os serviços de referência do Alto Vale do Paraíba cadastrados para atendimento a toda região. Alguns serviços, como a Unidade de Queimados da Santa Casa de Guaratinguetá e Leitos de Tuberculose em Campos do Jordão servem como referência para todo o Estado de São Paulo.

**QUADRO 15 - Invasão de Internações de Municípios não Pertencentes à Sub-região Taubaté – 2000**

Cidade	Hosp. Universitário	Hosic	Cidade	Hosp. Universitário	Hosic
Pindamonhangaba	376	251	Paraisópolis	09	
Ubatuba	92	89	Pirangucu	-	01
Campos do Jordão	105	78	Poços de Caldas	-	01
Cruzeiro	90	73	Niterói	-	01
Lorena	100	69	Areias	07	01
Caçapava	124	52	Cubatão	-	01
Guaratinguetá	73	40	Ilhabela	-	01
Artur Nogueira	-	39	Itatiba	-	01
São José dos Campos	108	30	Santa Isabel	01	01
Aparecida	27	23	Umuarama	-	01
Bananal	04	23	Porto Alegre	-	01
Cunha	33	21	Uchoa	26	-
Cachoeira Paulista	45	20	São Sebastião	10	-
Santo Antonio do Pinhal	41	20	Ferraz de Vasconcelos	05	
São Bento do Sapucaí	57	16	Monteiro Lobato	05	-
Caraguatatuba	22	13	São Lourenço	04	-
Piquete	14	13	Brasópolis	03	-
Potim	12	13	Mogi das Cruzes	03	-
São José do Barreiro	09	10	Conceição dos Ouros	02	-
Guará	-	09	Frei Inocência	02	-
Jacareí	44	09	Gonçaves	02	-
Queluz	12	09	Itanhandú	02	-
Roseira	30	09	Diadema	02	-
São Paulo	39	05	Igaratá	02	-
Passa Quatro	03	04	Santo André	02	-
Canas	06	04	Panambi	02	-
Lavrinhas	10	04	Leopoldina	01	-
Paraibuna	-	04	Colatina	01	-
Parati	04	03	Barra Mansa	01	-
São Sebastião	-	03	Rio de Janeiro	01	-
Silveiras	11	03	Atibaia	01	-
Arujá	05	02	Cabreuva	01	-
Guarulhos	-	02	Campinas	01	-
Ribeirão Preto	-	02	Itapeverica da Serra	01	-
São Bernardo do Campo	-	02	Limeira	01	-
Alagoas	-	01	Osasco	01	-
Belo Horizonte	-	01	Rio Claro	01	-
Cristina	-	01	São José do Rio Preto	01	-
Itajubá	01	01	Itaquiraí	01	-
Marmelópolis	-	01			

Fonte: DIR XXIV, 2000.

**QUADRO 16 – Serviços de Referência do Alto Vale do Paraíba, ano 2000**

	HOSIC	Hospital Universitário	Campos do Jordão	Hospital Frei Galvão	Santa Casa Guaratinguetá	Santa Casa Cruzeiro
Cirurgia Cardíaca	x	-	-	-	-	-
Hemodiálise	x	x	-	x	-	x
Hemodinâmica	x	-	-	-	-	-
Cardiologia	x	-	-	-	x	-
Oncologia	x	-	-	-	-	-
Cirurgia Vascular	x	-	-	x	x	-
Cintilografia	x	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	x	-	-	x	-	-
UTI adulto	x	x	-	x	x	-
UTI neonatal	-	x	-	x	-	-
UTI infantil	-	x	-	-	-	-
Tomografia	x	x	-	x	x	-
Densimetria	x	-	-	-	-	-
Maternid. De Risco	-	x	-	-	-	-
Maternidade	-	-	-	-	x	x
Hemonúcleo	-	x	-	-	-	-
Oncohematologia	-	x	-	-	-	-
SIPAC Ortopedia	-	x	-	-	-	-
Ortopedia	-	-	-	-	-	x
Neurologia	-	-	-	-	-	x
Litotripsia	-	-	-	x	-	-
Angiografia	-	-	-	x	-	-
Unid. Queimados	-	-	-	-	x	-
Unid. Psiquiatria	-	-	-	-	x	-
Tuberculose	-	-	x	-	-	-

Fonte: DIR XXIV, 2000.

A região do Alto Vale do Paraíba conta com importantes recursos médico-hospitalares, servindo como referência aos municípios próximos pertencentes aos Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro. Servem também aos municípios de outras regiões do Estado de São Paulo. Nessa região encontram-se as Santas Casas selecionadas para estudo e que são referência em cada sub-região.

#### **4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O Sistema Único de Saúde, consolidado através da Constituição de 1988, é resultante de um processo que se desenrola há várias décadas e é aperfeiçoado ainda hoje. Sua premissa marcante é que todo cidadão tem direito à saúde, com acesso universal, gratuito e equânime, sendo obrigação do Estado patrociná-la.

O sistema é conceituado como sendo o somatório de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas dos três níveis de governo, quer de administração direta, indireta e de fundações públicas. É permitida a participação da iniciativa privada, porém de maneira complementar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os objetivos e atribuições do SUS estão contidos no Capítulo I, Artigo 5º e 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, do qual podem ser destacadas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência terapêutica integral, vigilância nutricional e orientação alimentar, fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas de consumo humano, proteção do meio ambiente e formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunológicos e outros insumos de interesse para saúde.

O funcionamento do SUS tem sua ênfase voltada para o município e, embora de abrangência nacional, é constituído de subsistemas nos Estados (SUS Estadual) e nos municípios (SUS Municipal). O SUS Municipal tem suas ações desenvolvidas por unidades estatais dos três níveis governamentais ou por unidades privadas, com prioridade para as entidades filantrópicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O SUS adota um modelo descentralizado que tem como co-responsáveis os três níveis de governo que utilizam mecanismos previamente definidos para pactuações e negociações das políticas de saúde. Assim temos, no âmbito do Estado, as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) que são paritariamente constituídas por representações da

Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (CONSENS) ou órgão equivalente.

Os gestores do SUS são, respectivamente, no município, as Secretarias Municipais de Saúde, no Estado, as Secretarias Estaduais de Saúde e no âmbito federal, o Ministério da Saúde. Esses gestores atuam conjuntamente com os respectivos conselhos, que são órgãos colegiados e deliberativos com a representação de 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviços, quer públicos ou privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os gestores do SUS utilizam-se de diversos instrumentos de gestão em saúde que têm como objetivo garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema em todos os níveis de atuação. Os principais instrumentos são, respectivamente:

- Agendas de Saúde - resultantes de negociação e consenso entre órgãos gestores, conselhos de saúde e comissões intergestoras que estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde. Assim, de uma maneira clara, os objetivos e os indicadores da política de saúde para cada exercício e para cada esfera de governo ficam determinados;
- Planos de Saúde – contêm para um período de quatro anos as intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias e de metas. Devem constar ainda as prioridades contidas nas Agências de Saúde bem como a previsão dos mecanismos necessários à sua execução. Assim, incorpora-se ao processo nesse momento o Plano Plurianual (PPA) que define regionalmente objetivos e metas da administração pública referentes a despesas de capital e outras delas decorrentes, bem como às relativas aos programas de duração continuada. Incorpora-se também a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que estabelece as metas e prioridades da administração pública, incluindo despesas de capital para o exercício financeiro subsequente. A LDO é o instrumento de orientação para a Lei

Orçamentária Anual (LOA) que estima receitas e fixa despesas do governo, seus poderes, seus fundos, envolvendo todos os órgãos do governo e empresas nas quais tenha maioria de capital;

- Relatórios de Gestão – instrumento de acompanhamento, funciona como controle e prestação de contas, definindo os paralelos entre as metas, os resultados e a aplicação dos recursos. Estes relatórios funcionam de forma ascendente nas esferas governamentais, um para cada ano de vigência do plano de saúde, mostrando uma avaliação quanto ao obtido e o programado;
- Plano Diretor de Regionalização – instrumento voltado para as regiões de cada estado, é um planejamento integrado sob a coordenação da respectiva Secretaria Estadual de Saúde. Esse instrumento integra o Plano de Saúde Estadual e tem como escopo estabelecer a organização de forma regionalizada e hierarquizada quanto à assistência à saúde;
- Programação Pactuada Integrada – instrumento calcado no Plano Diretor de Regionalização, define as responsabilidades de cada gestor do sistema, estabelecendo os meios de acesso da população quanto à satisfação de suas necessidades na área da saúde no seu município ou em um município referência. O sistema envolve negociações entre gestores municipais mediadas pelo gestor estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

O financiamento da saúde é obrigação das três esferas governamentais, assim sendo através da Emenda Constitucional número 29 de 14/04/2000, ficou proposto para cada esfera:

- União:
  - No ano 2000 o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde, acrescidos de no mínimo 5%;

- De 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (inflação + variação real do PIB).
- Estados:
  - Até 2004 deverá ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde o mínimo de 12% da base de cálculo, composta da soma de suas receitas (ICMS, IPVA, Imposto de transmissão causa mortis e doação de bens e direitos, Imposto de Renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos por suas autarquias e fundações, Transferência do Fundo de Participação dos Estados, Transferência de 10% do IPI sobre exportações) com dedução das transferências entregues aos municípios.
- Municípios:
  - Até o ano 2004 deverá aplicar em ações e serviços públicos de saúde no mínimo 15% da soma das seguintes receitas: ISS, IPTU, Imposto de transmissão inter-vivos, Imposto de renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos inclusive por suas autarquias e fundações.

Para garantir o crescimento dos investimentos na área da saúde ficou ainda estipulado que a partir de 2001 deve-se manter a progressividade de pelo menos 1/5 da diferença por ano até a meta fixada para 2004. Para os estados e municípios cuja aplicação em saúde estiver abaixo de 7% deverá ser orçado para o ano 2001 pelo menos 8% para os estados e 8,6% para os municípios (ROMAIN, 2001b).

Sendo a proposta do SUS a descentralização de serviços, atribui-se aos municípios responsabilidades gerenciais, por serem estes os entes federais ideais para prestação e desenvolvimento de serviços e ações de saúde. Assim, os municípios passam por um processo de aperfeiçoamento e capacitação para que possam assumir a responsabilidade total da saúde em seu âmbito territorial.

Há dois níveis de habilitação dos municípios, cada um deles com graus de prerrogativas e responsabilidades. Estes são, respectivamente, a Gestão Plena de Atenção Básica, na qual o município assume responsabilidades e recebe recursos para o desenvolvimento e execução da atenção básica à saúde na sua base territorial, e a Gestão Plena do Sistema Municipal, na qual o município assume a responsabilidade pela totalidade dos serviços de saúde em sua base territorial, recebendo recursos para tal atividade.

A idéia central é que a gestão de todo sistema municipal de saúde seja a competência do setor público municipal, respeitadas as atribuições do Conselho Municipal de Saúde e de outras diferentes instâncias de poder.

É bom ressaltar que estes sistemas apresentam modalidades diferentes, sendo o procedimento natural que estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atendam usuários encaminhados por outros municípios. Dessa forma, toda a negociação envolvida é de competência dos gestores municipais, no caso os secretários municipais de saúde. O gestor municipal é responsável pelo controle, avaliação e auditoria dos prestadores de serviços de saúde de seu município, quer sejam públicos ou privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

#### **4.1 As Santas Casas como Entidades Integradas ao SUS**

O SUS se propõe a atender indistintamente toda população brasileira, seja qual for sua necessidade médico-hospitalar. Põe fim à dicotomia até então existente na qual competia à União preservar a saúde coletiva por meio de medidas destinadas à profilaxia de moléstias infecto-contagiosas e ao controle e erradicação de surtos endêmicos, inclusive no que se refere à assistência médico-hospitalar. Ao Estado, Municípios e Órgãos da Previdência competia a responsabilidade de preservar a saúde individual no domínio da medicina curativa e assistência médico-hospitalar para portadores de doenças não endêmicas.

O SUS busca ser descentralizado procurando colocar as decisões o mais perto possível pela execução da ação. Assim, as decisões devem ser municipais sobre ações e serviços que atendem à sua população. Tem como princípio ser racional, instalando serviços de acordo com a necessidade da população. Entre as características definidas para o sistema SUS, encontramos ainda os conceitos de que deve ser eficiente, eficaz, democrático e equânime, ou seja, busca resultados positivos com qualidade no atendimento de qualquer segmento da população respeitando as desigualdades. Em suma, o SUS é um sistema que integra as instituições dos três níveis de Governo e a instituições do setor privado, formando um todo.

Em todos os momentos da história do Brasil, a maior parte da assistência médico-hospitalar ficou sempre a cargo de hospitais da iniciativa privada e dos filantrópicos, principalmente as Santas Casas.

O surgimento do SUS ocasionou um distanciamento da comunidade que viabilizava o funcionamento das Santas Casas através da doação de recursos financeiros e materiais. Na luta pela sobrevivência, essas entidades tiveram que repensar sua filosofia, optando pelo atendimento a todos tipos de usuários, inclusive particulares, o que aparentemente não resolveu o problema de manutenção como empresa, tendo em vista o volume de pacientes não pagantes.

O surgimento do SUS acabou com a figura do indigente, passando as Santas Casas a receber pelo atendimento, porém com valores discutíveis em relação ao custo real.

As Santas Casas representam o ideal em termos de entidade prestadora de serviços de saúde, pois correspondem ao meio termo entre hospital privado, preocupado em gerar lucros e os hospitais públicos, onde via de regra, campeiam vícios e dificuldades. São ainda totalmente integradas à comunidade, e assim certamente continuarão a desempenhar seu papel de atender a parcela mais pobre da população.

Por sua finalidade, sua missão e seus objetivos, seu papel foi primordial no processo de consolidação do SUS. Representa a maioria de leitos em hospitais gerais sendo que, nos pequenos e médios municípios, quase sempre representa o único hospital a dar atendimento à população. Nos grandes municípios apresenta característica de hospital de referência com alta complexidade.

A relação Santa Casa versus SUS é o ponto de convergência deste trabalho que busca identificar a influência do SUS sobre as Santas Casas.

Segundo Senna (2000), a crise do SUS perdura desde sua implantação. O financiamento da saúde, que é problema mundial, é também o motivo mais visível em termos de Brasil, onde os recursos são insuficientes para possibilitar um investimento equilibrado em bens materiais e em pessoal destinados a prestar atendimento a pacientes SUS.

Ainda segundo Senna (2000), pode-se explicar a crise do SUS através de diversos óbices que influenciaram transformações estruturais na sociedade contemporânea, como transição geográfica com explosão de população; aumento do número de idosos; ampliação do número de doenças crônico-degenerativas com tratamento de longa duração; violência urbana e acidentes de trânsito.

Outro fato que explica a crise do SUS desde o início de sua implantação é a universalização do direito à saúde que incorporou ao sistema cerca de 60 milhões de brasileiros que não tinham até então direito à saúde (MENDES, 1999).

A situação das Santas Casas é um reflexo da crise do SUS. Senna (2000) afirma que atrasos, cortes e redução no quantitativo de pagamentos fizeram com que uma grande quantidade de hospitais se desligasse do sistema, o que não aconteceu com a maioria das Santas Casas que enfrentaram a dura realidade do momento e continuaram firmes no seu mister, mesmo com problema de caixa. Alves (1998) ao comentar sobre a situação de receita de hospitais filantrópicos, motivo de seu estudo,

mostra que a receita obtida com a operação dos serviços não era suficiente para cobrir as despesas das instituições.

O sistema público remunera os hospitais na área de internação através de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), pacotes de pagamento por grupos de procedimentos ou de área de internação em unidades especializadas (NICZ, 2001). Assim, o hospital recebe o pacote ou a diária independente do custo real ocorrido. Mesmo assim, Debiase (2001) afirma que a média de internações de pacientes SUS nas Santas Casas situam-se entre 60% a 70%, chegando algumas a 95%. Estes dados demonstram bem o respeito na manutenção da filosofia das Santas Casas.

Sendo o atendimento SUS superior a 68% nas Santas Casas estudadas, a integração Santa Casa x SUS é fator de suma importância no estudo de caso em questão.

## 5 A GESTÃO DAS SANTAS CASAS

O hospital é uma empresa prestadora de serviços e possui os problemas comuns a uma grande empresa hoteleira, acrescidos de sua função básica de proporcionar à comunidade assistência médica integral, necessária à restauração da saúde e da prevenção de doenças.

É uma empresa complexa e não simplesmente um local para diagnóstico e tratamento de doenças. É uma grande empresa dotada de estrutura física conveniente, equipamentos necessários e organização adequada à recepção e tratamento dos pacientes. A finalidade dessa empresa é devolvê-los à comunidade o mais rapidamente possível e em condições satisfatórias de saúde.

"Os hospitais tanto coletivamente, como cada um por si, podem convenientemente ser descritos como uma grande empresa. Seus ativos totais e despesas operacionais se contam em bilhões; e, em muitas comunidades elas são as maiores ou estão dentre as maiores instituições locais. Isto fica a uma grande distância da caracterização como albergue de indigentes de eras passadas" (BERMAN, 1979).

O hospital desenvolve uma atividade de multiplicação de capital, necessita e investe em tecnologias, é local de venda e consumo de serviços e mercadorias, tem custo elevado, e assim sendo requer lucratividade que possibilite a concretização de seus objetivos. Na medida em que o hospital se especializa e cria atividades de alta complexidade, seu contexto administrativo financeiro torna-se mais vulnerável necessitando de pessoal mais preparado. É uma empresa complexa que, pela finalidade de seus serviços, requer uma gama muito grande de atividades de apoio e a faz diferente das demais empresas (RIBEIRO, 1993).

Quase todo hospital afirma que sua missão é cuidar da saúde sendo que, na realidade, o hospital cuida da doença. É um processo no qual o objetivo é diagnosticar e tratar.

O hospital filantrópico é caracterizado como aquele que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios e setores de internação e cujos recursos financeiros revertem exclusivamente ao custeio de despesas de administração e manutenção (BORGES, 1994).

A palavra gerência nas Santas Casas deve ser vista como algo extremamente necessário. Gerência significa negócios e, sendo elas empresas que atuam orientadas por caridade, necessitam de um bom gerenciamento pois não têm lucro convencional e precisam se concentrar em sua missão (COSTA, 1992).

A definição de uma meta como ressalta Borges (2002) é algo a ser lembrado na gestão destas entidades, pois permite que todo o esforço de uma instituição se concentre na busca de uma conquista comum.

Pouca tecnologia gerencial foi desenvolvida especificamente para a empresa Santa Casa, que utiliza o que foi desenvolvido originalmente para as empresas comerciais e industriais. Pouca atenção é dada às peculiaridades e às necessidades específicas das instituições sem fins lucrativos: sua missão, totalmente distintas das demais; do que vêm a ser "resultados" no seu trabalho sem fins lucrativos; estratégias necessárias à comercialização dos seus serviços e obtenção do dinheiro necessário para a execução da sua tarefa (CHERUBIN, 1977).

Mesmo sem ter fins lucrativos, Costa (1992) nos diz que a entidade ou sociedade deve desenvolver seus projetos e cumprir suas finalidades de forma profissional evitando a busca de recursos de forma indiscriminada, para cobrir seus

prejuízos. O equilíbrio entre as despesas ordinárias e as contribuições deve ser obedecido. Para tanto os colaboradores deverão estar conscientes de seus deveres e direitos. No Brasil ainda existe pouca conscientização das necessidades e vantagens de se manter entidades sem finalidade de lucro, em busca de soluções para problemas complexos de uma comunidade.

Contrariando Drucker que afirma ser a finalidade da empresa criar consumidores, o hospital não cria, entretanto investe para se tornar apto ao atendimento dos clientes, como também na divulgação e convencimento de possíveis consumidores, quanto a sua capacidade de atendê-lo com rapidez e eficiência, devolvendo-o o mais rápido possível ao mercado de trabalho, totalmente curado (RIBEIRO, 1993).

Na metade do século XX, o hospital adquire a roupagem própria da instituição hospitalar contemporânea com a produção industrial de equipamentos e quimioterápicos. Passa a exigir um planejamento de investimentos, uma medição de custos e utiliza-se de tecnologias administrativas e empresariais que lhe proporcionem as condições de eficiência e resolutividade até então não necessárias (RIBEIRO, 1993).

Ribeiro (1993) afirma que os hospitais privados com ou sem finalidade lucrativa terminam por ser empresas que atuam num mercado imperfeito que, em decorrência de sua natureza social, abriga forte presença do Estado. A competitividade é escassa; os impostos sobre serviços são baixos; o controle externo inexistente. São modos deliberados de uma política de Estado para atrair investimentos privados, subsídios diretos ou indiretos, mas sua lucratividade é hoje incerta e os riscos econômico-financeiros são cada vez maiores. O que se vê é a subordinação do hospital, como empresa prestadora de serviços, a variáveis externas muito fortes, representadas principalmente pelo regime de tarifas públicas, pelos preços dos produtos industriais e médicos que comercializa, e que sobre os quais tem pouco poder de barganha em decorrência do processo de monopolização, e pela condição econômica e social da

maioria dos seus consumidores que limita o repasse dos custos. Esse nível de dependência é, em grande parte, responsável pela crise que atravessa a instituição hospitalar em todo o mundo. Mesmo quando sua finalidade não é lucrativa, o fato de dar curso à venda e consumo de produtos e destinar-se à recuperação da força de trabalho adoecida por determinantes sociais, coloca-o dentro da cadeia de reprodução do capital.

Define Ribeiro (1993) que, em termos de estrutura operacional, existe uma linha demarcatória entre os indivíduos que atuam diretamente com os enfermos e os demais que dão suporte ao que aqueles fazem. No primeiro grupo, os médicos, enfermeiros e o pessoal dos serviços de diagnóstico e terapias que, no seu conjunto, constituem dois terços do total de pessoal de um hospital. No segundo grupo, o pessoal administrativo e dos serviços de infra-estrutura, ou chamados de apoio. Estes não trabalham com ou sobre o doente, entretanto dão o suporte para o seu atendimento. Não existe, portanto, uma única categoria de trabalhadores hospitalares, mas diversas. O primeiro grupo é mais homogêneo, posto que seu objeto de trabalho é o doente ou a doença, é constituído por profissionais da saúde. O segundo grupo, constituído de múltiplas categorias e funções, atua em outros setores do hospital. Pode-se neste grupo organizar e materializar o trabalho, mensurando-o em termos de número de roupas lavadas, refeições feitas, material comprado e distribuído, entradas e saídas de caixa, pessoal admitido ou demitido, internações procedidas. Estes serviços vêm tendo os seus trabalhos tratados da mesma forma que ocorre com a produção industrial em termos de divisão, organização, automação e até terceirização, ou seja, as tecnologias administrativas conseguem significativa eficiência e economia. O primeiro grupo, face às constantes inovações, tem mudado substancialmente seus instrumentos de trabalho, necessitando de pessoal qualificado. Este trabalho especializado normalmente gera custos operacionais crescentes, sem, no entanto, necessariamente, acelerar a produção.

A empresa como modelo que busca a eficiência está presente em todos os hospitais, dos privados lucrativos, filantrópicos aos públicos. Na preocupação de se

tornarem eficientes e competitivos, despesas são cortadas, pessoal diminuído, novas técnicas organizacionais são usadas. Fica difícil determinar a trajetória de sua missão social.

O volume de ativos, passivos, custos, receitas e recursos humanos necessários para viabilizar a produção médica, torna os hospitais organizações que demandam técnicas organizacionais, para que se perpetuem, que ofereçam serviços médicos em nível de excelência e remunerem adequadamente os fatores de trabalho e capital. Destaque-se ainda que três funções administrativas ou sejam planejamento, organização e controle são indispensáveis e que somadas ao esforço do corpo social possibilitam que a administração atinja seus objetivos.

Otimizar recursos é ponto de destaque da administração hospitalar, que deve se guiar pelo planejamento fazendo um confronto constante dos resultados reais com o plano dos orçamentos. As variações detectadas devem ser avaliadas e suas causas identificadas e descontinuadas quando for o caso (MARTINS, 2000).

A administração das Santas Casas ainda é baseada em sua organização primitiva quando era dirigida por uma mesa composta de 13 membros, simbolizando Cristo e seus 12 apóstolos. Hoje ainda existe a figura da mesa, porém a quantidade de membros varia para cada instituição. A presidência dessa mesa é ocupada por um provedor que deve possuir projeção social como fator facilitador de seu trabalho de prover a instituição dos meios necessários ao cumprimento de seus objetivos. Estabelece junto com a mesa a política de funcionamento e de fiscalização da aplicação dos recursos da instituição (BORGES, 1994). Hoje encontramos a organização da mesa administrativa composta normalmente com os cargos de provedor, vice-provedor, 1º secretário, 2º secretário, 1º tesoureiro, 2º tesoureiro, 1º procurador e 2º procurador, além de órgãos deliberativos como conselho fiscal geral. O suporte executivo das Santas Casas é via de regra composto por um administrador, elemento que preferivelmente deve ter formação específica e que em alguns hospitais

é substituído por um superintendente, um diretor clínico, um diretor técnico, ambos com formação em medicina (SPIGOLON, 1991).

Na análise da administração das Santas Casas, encontramos em Borges (1994) a citação de que existem óbices administrativos que devem ser analisados sob pena de ocasionarem sérios problemas à instituição. Azevedo (1995) nos mostra alguns quando, analisando a gestão hospitalar pública no Rio de Janeiro, constata que essas instituições são historicamente ineficientes, ociosas e centralizadoras, o que pede, face ao desenvolvimento atual, descentralização administrativa e profissionalização, principalmente no tocante ao desenvolvimento gerencial, destacando-se a necessidade da definição de objetivos como forma de orientar a ação gerencial. Também as misericórdias, face as mudanças que qualquer empresa enfrenta, têm que se manter estruturalmente aberta, suportando a turbulência ambiental resultante da combinação de fatores sociais, políticos e de mudança de mercado (PEREIRA, 2000).

Afirma Pereira (2000) que as Santas Casas possuem culturas organizacionais e histórias próprias bem diferentes das instituições comerciais e industriais. As mudanças são influenciadas pela história, pelas atitudes, pelos relacionamentos de grupos, pela luta da mudança dentro da estrutura de poder e que novos conceitos da realidade e em novas questões que destaque atenção ocasionam as mudanças estratégicas. Entretanto parece que estes conceitos não atingiram a maioria das Santas Casas, pois, segundo Carvalho (1973), a administração dessas instituições nas pessoas do provedor ou mordomo são exercidas por pessoas sem conhecimento técnico de administração hospitalar e que não mantêm muito contato com elas. Isso não possibilita inovações na gestão, mesmo perante determinação do Estado de São Paulo que, desde 1954 em legislação, exige a presença do administrador hospitalar de nível universitário.

Mesmo aceitando a realidade anteriormente descrita, a gestão das Santas Casas não pode esquecer que o hospital Santa Casa é um sistema que, como mostra

Chinen (1987), tem como início a recepção do doente e como saída o doente tratado ou curado, após passar por fases de processamento que envolvem exames, diagnóstico e tratamento. A gestão não pode esquecer, sob esse ângulo, que o hospital Santa Casa, mesmo sendo filantrópico, não pode desprezar o aspecto econômico, pois tem necessidade de recursos que permitam a aquisição dos insumos necessários à concretização do processo do sistema hospitalar. A gestão é responsável ainda por colocar à disposição do seu público a assistência necessária e almejada, detectando anseios e necessidades dos elementos pertencentes ao sistema.

### **5.1 A Gestão Financeira das Santas Casas**

Hospitais são recursos necessários à comunidade e devem ser administrados para gerar os serviços que ela necessita, com o menor custo possível e nível de qualidade máximo, para que se perpetuem e remunerem adequadamente os fatores de capital e trabalho. Assim a experiência acumulada na área da gestão financeira deve ser aproveitada pelos hospitais, nas mesmas medidas que já o foram por outros segmentos da economia.

Mesmo sendo uma organização com características próprias e indispensável à vida de uma comunidade, precisa se situar nela, dentro dos mesmos princípios financeiros de qualquer empresa. A sobrevivência da organização e a remuneração dos fatores de produção através da utilização de técnicas específicas constituem a gestão financeira hospitalar. Toda atividade econômica tem como finalidade o lucro, o que importa é a última linha do balanço, ou seja, os resultados.

Uma vez que o lucro é definido pela equação receita menos despesa, quando são criadas empresas, a principal preocupação é a receita que pode ser aumentada através da expansão dos mercados ou encontrando o preço ideal para o produto ou serviço motivo da transação, portanto é necessário reduzir custos (JACOB, 1998).

Os custos hospitalares são instrumentos importantes na administração financeira das Santas Casas, devendo haver por parte da administração um controle eficaz. Os relatórios de controle de custo servem aos diversos níveis hierárquicos da empresa que os utiliza de acordo com seus propósitos. Custos hospitalares são um instrumento de trabalho fundamental para a otimização das operações financeiras do hospital, alertando a administração para quaisquer resultados que exijam correção. Os custos auxiliam na determinação do preço dos serviços, nas decisões de investimentos em imobilizado, na expansão de instalações hospitalares, na definição dos volumes de estoque de materiais, medicamentos, investimentos em tecnologia.

Os custos devem ser levantados e agrupados de maneira que possam ser comparados com as receitas provenientes dos serviços que os geram. Como devemos analisar os custos verificando sua variação no tempo, necessário se faz um real entendimento de seu conceito, bem como uma classificação objetiva e a definição de um sistema de apuração racional, visando possibilitar uma gestão financeira eficiente.

Custo hospitalar deve ser entendido como gastos relativos a materiais e serviços utilizados na produção médica do hospital, havendo a necessidade de informação adequada e detalhada para que possibilitem a formação de preços, custos para negociação, bem como para se determinar a existência de lucro ou prejuízo (MARTINS, 2000).

Dentro do contexto da gestão financeira de uma entidade é de extrema importância, não só o entendimento do contexto contábil, fonte de informações necessárias à visão da situação financeira da organização, como também o planejamento financeiro e que deve refletir as atividades hospitalares em relação a recebimentos e pagamentos.

Gitman (2001) considera as funções financeiras e contábeis como sendo virtualmente iguais. Embora exista íntima relação entre elas, a função contábil é vista como um insumo necessário à função financeira ou da administração financeira.

Contudo há duas diferenças básicas de perspectiva entre a Administração Financeira e a Contabilidade - uma se refere ao tratamento de fundos e a outra à tomada de decisão. Assim o executivo financeiro avalia as demonstrações contábeis, desenvolve dados adicionais e toma decisões com base em suas análises.

Buscamos através da análise das demonstrações financeiras a determinação de índices de modo a avaliar desempenho passado, presente e projetado para o futuro da instituição. A administração financeira é importante para o administrador hospitalar pois fornece os instrumentos necessários à verificação do funcionamento da empresa de forma a detectar distorções e implantar programas corretivos.

A determinação da maneira de utilizar os índices financeiros é importante. Assim, deve o administrador definir se é interessante a comparação dos índices financeiros de diferentes empresas no mesmo instante. Esta comparação pode ser feita também com os índices médios abordados, ou como pretendemos fazer, analisando o instrumento contábil com e sem expurgo. Uma segunda maneira de fazê-la é a análise temporal que envolve o desempenho da empresa ao longo do tempo. Uma comparação entre o desempenho passado da empresa e o atual permite determinar se a empresa está progredindo conforme o planejado.

Dois pontos são importantes para aqueles que pretendem gerenciar uma entidade sem fins lucrativos. O primeiro é a definição da entidade, seus estatutos, representatividade e finalidades. O segundo aspecto é o de que mesmo tendo a definição de sem fins lucrativos tenha necessariamente que sobreviver. Assim a projeção de custos da entidade e a sua receita é indispensável.

Previsões e mesmo o planejamento financeiro são extremamente difíceis de serem realizadas em qualquer instituição hospitalar pois receitas dependem do número de internações, sendo estas imprevisíveis. Convênios e planos de saúde e o próprio SUS efetuam glosas nas cobranças dos serviços prestados, atrasam rotineiramente pagamentos, quando não realizam cortes nas faturas sob a alegação

de que tetos financeiros foram superados. Os valores não pagos ficam na dependência da boa vontade da empresa devedora ou de cobranças judiciais que demandam tempo imprevisível. Outro fator que trás dificuldade para previsões e planejamento é o custo de internação que está diretamente vinculado à evolução da doença e à resposta biológica do paciente.

“A eficiência dos hospitais públicos e privados conveniados e contratados é prejudicada pela insuficiência orçamentária, pelo atraso na transferência de recursos” (ALVES, 1998).

Mesmo sendo majoritária a participação da rede privada na prestação de serviços hospitalares, as fontes de financiamento são eminentemente públicas. Os recursos na esfera federal são do SUS, tendo como referência principal a Autorização de Internação Hospitalar – AIH e da Informação Ambulatorial. Nas áreas estadual e municipal constituem-se de subvenções e auxílios. As fontes externas de financiamentos são inexistentes pela proibição da participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência a saúde, face ao artigo 199, parágrafo 3º da Constituição Federal de 1988 (ALVES, 1998).

Dentro dessa visão comprova-se a necessidade de uma administração financeira eficiente. Para balizar o processo de tomada de decisão, bem como a qualidade e continuidade das atividades. “A administração financeira tem como objetivo imediato prover e gerenciar os recursos financeiros necessários à consecução das atividades da organização” (COUTTOLENC, 1998). Assim a parte financeira é responsável pela administração do fluxo de dinheiro, de tal forma que a organização possa concretizar seus objetivos. O controle através de um monitoramento constante, acompanhado de avaliação financeira vai permitir que a direção possa antes de se manifestar, identificar problemas interferindo para que eles não tragam empecilho ao funcionamento normal da entidade (COUTTOLENC, 1998).

Para este estudo e para as Santas Casas, a administração financeira é instrumento importante, pois possibilita a avaliação dos reflexos do sistema SUS nas entidades filantrópicas. Permite também a definição de um sistema operacional para a entidade, bem como a influência do custo e da remuneração no atendimento à pacientes de instituições conveniadas e particulares. Entretanto é uma área com pouca ou nenhuma metodologia específica, o que dificulta o desempenho dos elementos da administração financeira hospitalar que, via de regra, se utiliza dos instrumentos financeiros comuns às empresas comerciais e industriais ou improvisam sistemáticas que permitem pelo menos uma visão geral da problemática. “Excetuadas publicações esparsas, praticamente nada existe de metodologia moderna de administração financeira hospitalar no Brasil” (CHINEN, 1987).

A afirmativa acima é confirmada onze anos depois quando Alves (1998) afirma que é escassa a metodologia bem como estudos que permitam medir os custos de saúde no Brasil e em outros países. Os dados encontrados referem-se a valores governamentais repassados para hospitais. Os custos mais detalhados são praticamente inexistentes, como os de exames, diagnósticos, procedimentos médicos e até internação. Assim o gerenciamento e o planejamento financeiro ficam também prejudicados, pois sem dados como identificar estratégias de controle ou mesmo redução de custos, ou ainda como alocar recursos de uma maneira eficiente?

Outro fator que dificulta a análise de dados é a falta de padronização de metodologia utilizadas pelas Santas Casas. Face à essa problemática, Alves (1998) utilizou em seu trabalho de doutoramento o critério sugerido pelo Banco Mundial, ou seja, estimativa de gasto médio através da divisão de despesas totais ou receitas totais pelo número de pacientes, internações e consultas médicas.

Ainda no tocante ao assunto, a abordagem financeira segundo Chinen (1987) fica basicamente restrita a indicadores financeiros e operacionais como a custos que

permitam uma determinada avaliação do desempenho das entidades, além de fornecer subsídios a identificação por parte da administração de problemas na sua área.

## **6 MATERIAL E MÉTODO**

### **6.1 Pesquisa**

Toda pesquisa é composta por um conjunto de processos interligados de forma não mecânica, através de modelos e esquemas não rígidos. Sua busca é a compreensão da realidade ou, para alguns, da verdade, que não é fixa e sim dinâmica (CAMPOS, 1991).

No presente trabalho adotou-se a pesquisa exploratória, definida como uma investigação em área de pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Este tipo de pesquisa não comporta hipóteses, apenas questionamentos e não tem a intenção de resolver imediatamente um problema, mas apenas defini-lo e caracterizá-lo (VERGARA, 2000).

Quanto ao delineamento, foi escolhido o estudo de caso, método que permite o entendimento da generalidade de um todo. É uma maneira de realizar uma pesquisa de um fenômeno atual, dentro do seu contexto de vida real no qual não estão claramente definidas as fronteiras entre o fenômeno e o contexto em situações em que diversas fontes de evidências são usadas (COMPOMAR, 1991). É uma análise intensiva de uma variedade de dados identificados e coletados em momentos diferentes da pesquisa e através de diferentes fontes de informação. Enfatiza-se no estudo de caso a descrição e o entendimento do relacionamento de fatores em cada situação (CAMPOMAR, 1991).

Foram estudadas Santas Casas do Alto Vale do Paraíba, buscando em cada caso identificar a estrutura organizacional, composição física, fluxo básico de atendimento, estrutura funcional, interações, diagnósticos das principais interações, receitas, despesas e o contexto contábil. O objetivo foi identificar através de suas realidades as informações que possibilitem o entendimento da situação atual, bem como fatores que as influenciam. A principal busca consiste em determinar dentre os fatores identificados, qual a participação do SUS no contexto econômico-financeiro e organizacional destas entidades.

Embora sendo esta modalidade de pesquisa essencialmente qualitativa, pode conter dados quantitativos para destacar aspectos da questão analisada, concluindo-se assim que o estudo de caso comporta processos e resultados (GODOY, 1995). Com o estudo de caso pode-se encontrar relações que não se encontraria em outras formas de pesquisa, sendo a mesma desenvolvida através de comparações com modelos ou teorias e mesmo outros casos, respondendo principalmente indagações do tipo “por quê?” e “como?” (CAMPOMAR, 1991).

O estudo envolveu quatro Santas Casas da região do Alto Vale do Paraíba. Santa Casa de Misericórdia de Cruzeiro, Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, Santa Casa de Misericórdia de Lorena e Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba. O estudo abrange a parte funcional e financeira de cada instituição e a comparação entre elas.

Foram utilizadas as estratégias de:

- Levantamento documental – através de documentos e registros procurou-se identificar a reconstituição histórica, bem como os processos de mudança na existência das Santas Casas, na assistência à saúde no Brasil e na região do Alto Vale do Paraíba;
- Contatos – Foram feitos contatos com dirigentes e funcionários dos diversos setores das entidades estudadas, questionando-os de forma não estruturada, permitindo a eles liberdade para livremente discorrer sobre cada questão colocada;
- Observação – Não seguiu um roteiro específico. Serviram como estratégia complementar na identificação e registro da realidade de cada Santa Casa.

## **6.2 Critério de Escolha**

Tendo em vista que o trabalho busca identificar a influência do SUS nas Santas Casas, definiu-se o critério de semelhança ou mesmo de igualdade estrutural e

situacional. Este critério possibilita uma comparação racional e a identificação de problemas e soluções ocorridos, bem como resultados obtidos nessas instituições.

Critérios:

- Serem entidades filantrópicas;
- Terem características iguais ou semelhantes em relação à estrutura física, número de leitos, volume de atendimentos;
- Atenderem pacientes particulares, convênios e SUS, sendo este último o de maior volume para todas as instituições;
- Apresentarem estrutura organizacional semelhante;
- Estarem localizados em municípios com gestão de sistema de saúde iguais;
- Serem referência para seu município e micro-região.

### **6.3 Coleta**

A coleta de dados foi iniciada com a busca de documentos que permitissem a definição da filosofia da filantropia e sua vinculação com a organização das Santas Casas. O passo seguinte da pesquisa bibliográfica referiu-se à criação e evolução de instituições e órgãos destinados a proteção e tratamento da saúde no Brasil, bem como a Política Nacional de Saúde. A providência seguinte foi direcionada à busca de dados sobre a saúde na região do Alto Vale do Paraíba, sendo o órgão principal nesta fase a Diretoria Regional de Saúde XXIV, na qual coletamos informações através de documentos, legislação e entrevistas. A seguir, direcionou-se a pesquisa para as sedes das Santas Casas selecionadas, efetuando-se o primeiro contato junto a seus administradores e, em algumas, a própria provedoria, quando foi feito uma exposição do trabalho e seus objetivos. A partir desse ponto, as coletas passaram a ser feitas através de documentos fornecidos pelas instituições, entrevistas com dirigentes e chefes de setores quando, de uma forma conjunta, eram realizadas observações visando a uma melhor definição da realidade de cada uma delas. Em alguns momentos foram necessários novos contatos

quando da procura de esclarecimentos sobre pontos em dúvida, complementações de informações e até mesmo discussão de pontos de vista. Os elementos mais procurados foram os administradores, os assistentes administrativos, os chefes do setor de contabilidade e os encarregados de faturamento. Os outros elementos da estrutura organizacional foram buscados a medida do necessário.

Os instrumentos coletados foram:

- DIR XXIV – relatórios de atividades, apostilas de cursos, prestações de contas, legislação, dados sobre produção das Santas Casas e dados sobre propostas de atividades na Região do Alto Vale do Paraíba;
- Internet – dados estatísticos e descritos regionais;
- Santas Casas – balanços patrimoniais, relatórios de atividade, informações sobre capacidade de internação, setores existentes, quadro de pessoal, receita e despesa, constituição legal, pontos de vista e conclusões sobre o passado, o presente e o futuro dessas instituições, envolvimento quanto à política de saúde municipal, estadual e federal, bem como os reflexos desse contexto sobre a instituição.

#### **6.4 Período**

Os dados contábeis envolveram o períodos de 1997, 1998, 1999 e 2000, face à necessidade do estabelecimento de comparações que permitam identificar a situação das entidades. Os demais dados são do ano de 2000.

#### **6.5 Organização de Dados**

Os dados foram organizados de forma a proporcionar uma visão informativa e comparativa do conteúdo. Foi adotada a seguinte seqüência:

- Estrutura Organizacional – composição da administração superior, administração intermediária e organização executante;

- Composição Física das Santas Casas – identificação dos setores comuns e não comuns a elas;
- Fluxo de Atendimento – identificação de procedência, local do primeiro atendimento no hospital;
- Pessoal – levantamento do quadro de pessoal com identificação das principais especialidades;
- Internações – quantitativo de internações, custos e receitas referentes a internações SUS e particulares, sendo que essas últimas englobam as internações de convênios;
- atendimentos – principais diagnósticos atendidos em cada Santa Casa;
- Despesas e Receitas – levantamento por órgão financiador;
- Comparações – de custo e receita com índices do setor;
- Dados Contábeis e Financeiros – balanço patrimonial e índices.

## **6.6 Análise**

Para a análise seguiu-se a organização de dados, agrupando-os em cinco aspectos:

- Os hospitais – Sua estrutura organizacional englobando os níveis de administração superior, intermediária e executante; sua composição física com a identificação de setores comuns aos hospitais estudados e não comuns, normalmente compostos por setores de alta complexidade; seu fluxo de atendimento por procedência; os quantitativos de internação por fonte pagadora;
- Relação pessoal/hospital – foi analisado quantitativamente com suas respectivas especialidades, quantidade de pessoal de enfermagem em relação a paciente, pessoal geral em relação a paciente, segundo padrão PROAHASA. Esses dados foram comparados com os indicadores PROAHASA (Revista de Administração em Saúde, 2001);

- Principais causas de internação – atendimentos ao SUS com os respectivos valores de remuneração comparados com o seu custo estimado. O cálculo do custo estimado foi determinado através da definição dos gastos de uma internação considerada normal em termos de dias e utilização de medicamentos, materiais e outros componentes pertinentes;
- Custos e receitas de serviços hospitalares – tendo em vista a maneira não especificada de contabilização, a forma de cálculo utilizada foi determinar as porcentagens dos custos totais de internação referentes a particulares e SUS. Dividindo-se os montantes encontrados pelas respectivas quantidades de internação, chega-se, então, ao valor unitário (ALVES, 1998). Quanto à receita, por ser devidamente contabilizada, chegou-se ao valor médio unitário pela divisão do monetário pelo quantitativo de internação;
- Os aspectos contábeis – os resultados dos balanços dos anos definidos permitem verificar a situação patrimonial dos hospitais. Os índices financeiros calculados indicam a evolução dos aspectos econômico-financeiros das entidades estudadas permitindo diagnosticar a situação atual e produzindo indicativos que possibilitem uma previsão de tendências futuras.

## **6.7 Denominação**

Os hospitais envolvidos no estudo de caso foram denominados respectivamente com as letras A, B, C e D como forma de manter o sigilo quanto às informações contábeis.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Face à diversidade de assuntos inerentes à atividade das entidades estudadas, este capítulo abordará os seguintes aspectos: estrutura organizacional, composição física dos hospitais, fluxo de atendimento, recursos humanos, leitos e internações, leitos e internações e seus custos, aspectos financeiros, processo inflacionário, demonstrativos contábeis e análise das discussões.

### **7.1 Estrutura Organizacional**

Definir a influência do SUS sobre um hospital filantrópico tipo Santa Casa tem como dificuldade a escassez de informações desta área. Embora seja grande a rede de hospitais filantrópicos, parece não haver preocupação no sentido de gerar informações que possibilitem uma melhor atuação da administração, reconhecendo-se as dificuldades deste tipo de empresa, tipicamente do terceiro setor e com atividades extremamente diversificadas, contando com poucas condições de investimento.

As Santas Casas estudadas na realização deste trabalho estão localizadas nos municípios de Cruzeiro, Guaratinguetá, Lorena e Pindamonhangaba, classificadas como hospitais gerais, particulares e filantrópicos. A direção desses hospitais no nível deliberativo recai na Mesa Diretiva que representa a irmandade donatária da entidade. Tem como representante maior o cargo de Provedor. Operacionalmente possui um Administrador contratado, nem sempre com formação específica, que tem por responsabilidade a gestão da entidade. No tocante a parte médica, existe a obrigatoriedade da existência do Diretor Clínico. O mesmo é eleito pelo Corpo Clínico da entidade e representa seus interesses. O Diretor Técnico, médico contratado, tem a função de atuar no contexto funcional e material da atividade médica. Subordinados ao Diretor Clínico, existem departamentos técnicos subdivididos por especialidade médica e

que no seu conjunto constituem o corpo clínico do hospital. Cada departamento é dirigido por uma chefia eleita dentre os membros que o compõem. Tem como responsabilidade a definição de normas de atuação clínica e o controle em termos de ética e comportamento profissional. Ressalte-se que os departamentos só podem ser constituídos com a existência de pelo menos três profissionais da especialidade. O administrador, o diretor clínico e o diretor técnico atuam em conjunto em determinadas áreas do hospital de maneiras diferentes, porém na busca de uma mesma meta, a cura do paciente internado.

Foram relatados pequenos conflitos organizacionais nessa área, resultantes de posicionamentos diferenciados dos cargos acima citados quanto à atuação da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar - CCIH - junto aos pacientes, quanto à discussão sobre padrões e técnicas de prescrição de antibióticos face à técnica individual de alguns profissionais e quanto à falta de colaboração e exigências acima das condições financeiras da entidade.

Organizacionalmente, não foram identificadas grandes diferenças nas Santas Casas estudadas. Essas instituições abrigam em sua estrutura basicamente os mesmos tipos de profissionais, organizados de maneiras semelhantes. As diferenças encontradas envolvem a existência de determinado setor ou profissional em um hospital e no outro não. Assim, encontramos a figura do diretor técnico em um hospital e no outro não, o nutricionista em um hospital e no outro sua substituição por profissional em economia doméstica, a existência de um setor estruturado de CCIH e em outro apenas um grupo de controle de infecção.

Esta observação é importante, pois os setores especializados têm, face às suas características funcionais, um custo operacional elevado que influi na situação econômico-financeira das instituições. Estes setores também são motivo de invasão de pacientes de outras cidades, sendo que o estado de saúde dos mesmos, pela

própria característica dos serviços procurados, indica gastos quase sempre não cobertos pelas tabelas impostas pelo SUS.

A parte de enfermagem do hospital é organizada em um setor dirigido obrigatoriamente por profissional de nível superior, abrange todos os componentes da classe, ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

O pessoal de apoio possui formação diversificada de acordo com a necessidade dos serviços. Assim temos psicólogos, assistentes sociais, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, bem como outros profissionais de formação técnica como manutenção e Rx. Estes profissionais estão organizados em órgãos específicos como o farmacêutico na farmácia, o nutricionista no serviço de nutrição e dietética e o técnicos de manutenção no setor de manutenção. O psicólogo, o assistente social, o fisioterapeuta e outros atuam nos diversos setores do hospital.

Foi relatada pelos administradores a necessidade de mais pessoal para um funcionamento eficiente das entidades, o que, entretanto, face às condições financeiras, não foi possível.

As grandes preocupações encontradas nas entidades estudadas referem-se à obtenção dos meios necessários ao cumprimento de suas obrigações financeiras, ao controle sobre o endividamento da instituição, ao oferecimento de novos serviços, à adequação às normas governamentais, aos custos operacionais e ao controle dos recursos humanos.

Para a obtenção dos meios necessários, além das receitas normalmente geradas pelos serviços hospitalares, recorre-se à comunidade local através de campanhas de captação de dinheiro e donativos. Recorre-se também às três esferas governamentais na busca de verbas para custeio das atividades dessas entidades ou para investimento na compra de equipamentos e reformas prediais. O controle do

endividamento da instituição é gerado pela necessidade de uma ficha limpa para obtenção de empréstimos rotineiros ou mesmo para obtenção de recursos financeiros governamentais. O oferecimento de novos serviços se faz, via de regra, para o cliente particular ou de convênio na busca de uma receita adicional, já que o SUS oferece diversas barreiras nesse campo, justificadas normalmente pela falta de teto financeiro ou relação número de serviço x população. Face à filosofia do Ministério da Saúde e mesmo do Estado que, ao invés de reajustar preços, prefere oferecer incentivos financeiros na forma de pagamento de porcentagens sobre a receita mensal para cada programa ou projeto instalado, as instituições hospitalares buscam sua adequação às normas governamentais no intuito de obter estes recursos, que se apresentam na forma de programas ou projetos, como Hospital Amigo da Criança, Integra SUS I e II, Urgência e Emergência e outros. O controle dos custos operacionais são vistos como uma forma de diminuir gastos e são normalmente estabelecidos por setores, o que dificultou ou praticamente impossibilitou a determinação do objetivo do trabalho em mostrar a influência do SUS sobre as Santas Casas. O controle sobre o quadro de pessoal deve-se ao controle de gastos, assim as entidades mantêm um quadro mínimo, o que representa uma faca de dois gumes pois tal procedimento obriga muitas vezes ao pagamento de horas extras, bem como deficiência no atendimento aos pacientes.

Desta forma, pode-se ver que o hospital, embora alguns autores assim o definam, não pode ser comparado a uma empresa de produção continuada, ele é um contexto diversificado de atividades dedicado ao atendimento de pacientes que necessitam de tratamento individualizado. Tal visão obriga uma discussão não só do aspecto financeiro do hospital Santa Casa, como também de outros aspectos que possibilitem definir as influências do SUS nesse tipo de entidade.

As Santas Casas tradicionalmente são hospitais filantrópicos e têm como característica os mesmos preceitos da antiguidade, quando qualquer hospital era sinalizado como “instituição filantrópica e agência de auxílio aos pobres e,

simultaneamente, caracterizado como de fundo religioso e espiritual.” (BORGES, 1994). Hoje o conceito de Santa Casa, quanto à parte de prestação de serviços médico-hospitalares, deve ser mais amplo mostrando que é uma entidade com as condições de pessoal, material e equipamentos para diagnóstico e tratamento, necessárias ao acolhimento do indivíduo carente de atendimento (CAMPOS, 1991). Com o surgimento dos institutos de pensão que se propunham a remunerar os procedimentos hospitalares e, mais tarde, quando o governo assumiu tais remunerações, viram-se as Santas Casas abandonadas pela comunidade que as sustentava. Passaram a receber pelos serviços que prestavam, quer de forma geral à comunidade carente, quer de forma especial aos filiados de institutos e particulares, ferindo assim um dos pilares de sua filosofia, a assistência gratuita aos enfermos.

Com a remuneração de seus serviços procurou-se um respaldo legal que permitisse às Santas Casas manter os benefícios gerados por sua atuação filantrópica. Buscou-se um instrumento que conciliasse esta nova situação, aceitando que a sobrevivência destas instituições poderia ser mantida pela remuneração dos serviços prestados e por doações sem a perda dos privilégios tributários já conseguidos. Essa sistemática entretanto não apresentava uma boa sustentação legal, assim, foi criada pelos órgãos competentes uma normatização que não acarretasse a perda da filantropia, permitindo a sobrevivência das Santas Casas e a manutenção da maior parceria do governo em termos de saúde. A concretização de tais anseios ocorreu através da resolução nº 32/99 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) que definiu as seguintes exigências para concessão ou renovação do certificado de filantropia: estar legalmente constituída e em funcionamento no país; possuir inscrição em um conselho de assistência social nos três níveis governamentais; possuir registro no CNAS; incluir em seus estatutos condições como aplicação de suas rendas na manutenção de seus objetivos; não distribuir resultados; não remunerar seus diretores; destinar seu patrimônio em caso de dissolução ou extinção ao CNAS ou entidade

pública. Desta forma, embora legalmente as Santas Casas ostentem o título de filantropia na área da saúde, o que de fato ocorre é a existência de entidades hospitalares que, por sua filosofia não visar ao lucro, concordam em atender pacientes oriundos do SUS, mediante pagamento na maioria dos casos de um valor fixo independente dos custos gerados, recebendo em contrapartida um tratamento tributário diferenciado. Uma nova definição foi então instituída no sentido de preservar essas instituições, quer em função do volume de trabalho produzido, quer pela sua atenção especial à população de menor poder aquisitivo. Assim, hospital filantrópico passou a ser visto como aquele que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, custeado integralmente ou parcialmente por doações, e que se proponha a prestar serviços gratuitamente (BORGES, 1994).

O nível superior de gestão das Santas Casas parece permanecer parado no tempo, pois de uma forma geral tem quase a mesma constituição de seus primórdios, mantendo-se o costume de constituir-se com pessoas não afinadas tecnicamente com os assuntos hospitalares, dedicando pouco tempo à convivência com ela.

“... lá encontramos o provedor ou o mordomo, em geral, sem conhecimento técnico de administração hospitalar” (CARVALHO, 1973).

“... tem pouca vivência da instituição porque nela não permanece mais que duas horas, em média por dia” (CARVALHO, 1973).

Entretanto algumas mudanças foram notadas, sendo uma delas a substituição das madres ou irmãs na função de administração geral nos hospitais pesquisados por administradores ou pessoas da área da saúde, trazendo um procedimento mais profissional às entidades.

Outra mudança é o paulatino afastamento da vinculação religiosa, antes tão marcante que praticamente identificava as Santas Casas como órgãos integrantes da igreja católica e merecedoras de sua assistência financeira.

A mesa diretiva é o órgão máximo na estrutura organizacional de uma Santa Casa, tendo no provedor seu elo de ligação com o contexto técnico operacional da instituição. Portanto, além de deter o controle e a movimentação financeira, atua através do provedor na implantação, fiscalização e controle dos objetivos fixados, das políticas de funcionamento determinadas, dos gastos e da gestão hospitalar.

Segundo Borges (1994), a administração das Santas Casas era no passado, face às poucas exigências administrativas e aos abundantes privilégios, algo fácil de executar. Tal situação permitia que os diversos setores das Santas Casas fossem conduzidos pelos membros da mesa diretiva, mesmo não possuindo formação adequada para tal mister (CHERUBIN, 1998). Necessitando modernamente de uma organização mais flexível, atuante e eficiente, o nível superior de gestão das Santas Casas passou a ser constituído da Assembléia Geral dos Irmãos, da Mesa Administrativa, de Conselhos Fiscal, Deliberativo e Geral e do Provedor (BORGES, 1994). Ainda segundo o mesmo autor, alguns estudiosos do assunto identificam a existência de óbices internos e externos que dificultam a implantação e o funcionamento deste esquema organizacional, dentre eles destaca-se o amadorismo, o egocentrismo, o paternalismo, o estatismo e o laicismo.

O nível intermediário da gestão das entidades estudadas é constituído de Administrador, Diretor Técnico e Diretor Clínico, permitindo as condições necessárias ao bom funcionamento dessas instituições. Entretanto, o direcionamento da atuação deles deve ser bem definido pois, por atuarem na maioria dos momentos em um mesmo campo, pode haver choques e conflitos. O paciente é internado e tratado em áreas que estão sob a responsabilidade dos setores de enfermagem e apoio, sendo esses vinculados hierarquicamente à administração. As condições técnicas de atuação desses mesmos setores são desenvolvidas e controladas pelo Diretor Técnico, que é sempre um profissional médico. O diagnóstico, a prescrição e o acompanhamento do paciente por médico especialista fazem parte do campo de atribuições do Diretor Clínico. Percebe-se através do exposto que as três áreas atuam concomitantemente no mesmo campo.

Os setores componentes do nível executante atuam dentro do seu contexto normal de atender e medicar pacientes; realizar exames; lavar a rouparia; produzir e fornecer alimentação; comprar, estocar e fornecer materiais e medicamentos; providenciar e executar a manutenção necessária; contratar e remunerar o RH; contabilizar os atos e fatos contábeis.

Nota-se que a composição e funcionamento dos níveis superior, intermediário e executante das Santas Casas estudadas é semelhante, não gerando maiores comentários, a não ser nas suas características internas como a necessidade do desenvolvimento de campanhas para controle do uso de oxigênio, economia de energia elétrica, controle de medicamentos nos setores de enfermagem, enfim, o desenvolvimento de sistemáticas internas que possibilitem o controle e a redução dos custos operacionais. Todo esforço neste campo é importante, pois apenas uma das Santas Casas estudadas não enfrenta problemas financeiros. Determinados setores podem contribuir para a redução de gastos, o setor de manutenção pode, mediante treinamento, fabricar, utilizando parte de materiais quebrados ou sobras de construção, utensílios necessários para o hospital, como por exemplo, suporte para soro, suporte para papel-toalha, escada para cama, grades para camas. Outro processo que pode ser utilizado é a venda de todo resíduo não contaminado, como por exemplo, caixas de papelão, jornais, revistas, restos de papéis para reciclagem, caixas de medicação, latas de refrigerante. Podem-se aproveitar também colchas e lençóis danificados para servirem como forro de cama de setores como maternidade e internação cirúrgica. A aceitação e desenvolvimento de sugestões dos funcionários é outra prática salutar, pois pode redundar em redução no custo operacional das entidades.

## **7.2 Composição Física dos Hospitais**

As condições físicas das Santas Casas estudadas quanto ao aspecto visual são boas, apenas destoando do conjunto a Santa Casa C. Este fato é citado dentro da

assertiva de que o aspecto físico influencia na escolha do hospital pelo cliente, sendo um dos itens do contexto hospitalar (VIEIRA et al, 1999)

As Santas Casas possuem em comum um conjunto de setores que tem sua capacidade definida pela necessidade de cada uma dessas instituições. Estes setores funcionam respeitando, sempre que possível, as normas técnicas em vigor, sendo que a Santa Casa C apresenta maiores necessidades neste processo, como por exemplo, não possui lavanderia com barreira, suas enfermarias estão em desacordo com as normas, pois cada uma delas acomoda mais leitos por m<sup>2</sup> que o permitido.

#### *Setores Existentes em todos os Hospitais Estudados*

- Setores Médicos: Centro cirúrgico, internação masculina, feminina e pediátrica, internação particular e de convênios, maternidade e berçário;
- Setores de Apoio: Lavanderia, limpeza, serviço de nutrição e dietética, raio-X, laboratório, agência transfusional, farmácia e almoxarifado;
- Setor de Serviços Complementares: Segurança, manutenção, telefonia, transporte e recepção;
- Setor Administrativo: Faturamento, serviço de prontuário do paciente, RH, contas a pagar e a receber, contabilidade, compras.

#### *Setores Especializados dos Hospitais Estudados*

Diversificados são os setores especializados em funcionamento no ano de 2000 nos hospitais estudados e que podem ser visualizados no próximo quadro. São setores que, devido a necessidade de equipamentos, medicação de preço elevado e pessoal especializado, tem um alto custo operacional o que pode influir na situação financeira da entidade. Algumas Santas Casas já possuem em fase de conclusão unidades de UTI adulto e pronto-socorro.

**QUADRO 17 – Setores Especializados - 2000**

	SANTA CASA A	SANTA CASA B	SANTA CASA C	SANTA CASA D
UTI – Adulto	-	X	X	-
UTI Neo-Natal	-	-	-	X
P.S. equipe multidisciplinar	-	X	-	-
P.S. com equipe simples	X	-	X	-
Unidade de Queimados	-	X	-	-
Unidade de Psiquiatria	-	X	-	-
Tomografia	-	X	-	X

Fonte: Santas Casas

A citação de P.S. com equipe multidisciplinar significa equipe com especialidades necessárias ao pronto atendimento geral em termos de urgência e emergência com profissional presente 24 horas e composta pelas seguintes especialidades: clínica geral, pediatria, obstetrícia, cirurgia, anestesiologia e ortopedia. P.S. com equipe simples significa apenas atendimento clínico emergencial por um ou dois médicos com especialidade em clínica geral. Outras especialidades necessárias, como neurologia, bucomaxilar, oftalmologia e vascular ficam de sobreaviso sendo acionados quando a necessidade exige.

A unidade de queimados é composta de primeiro atendimento, internação, centro cirúrgico, enfermaria e ambulatório. A unidade de psiquiatria é composta por setor médico, setor psicológico, setor de internação particular e SUS e lazer. Ambos os setores só existem na Santa Casa B, atendendo à região e quando necessário, ao estado. Foi relatado que a quantidade de leitos não tem sido suficiente para atender às solicitações de internação devido a essas unidades serem as únicas da região do Alto Vale do Paraíba. As unidades de queimados mais próximas se localizam respectivamente em São Paulo capital e Limeira.

As unidades de tomografia existentes nas Santas Casas B e D atendem a pacientes internos e externos ao hospital.

### 7.3 Fluxo de Atendimento

Nos hospitais estudados foram identificados três formas de encaminhamento de pacientes para o hospital, conforme Figura 8:

- Consultório
  - Paciente SUS;
  - Paciente Convênio;
  - Paciente Particular
  
- Pronto Atendimento (P.A.)
  - Paciente Convênio;
  - Paciente Particular.
  
- Pronto Socorro (P.S.)
  - Paciente SUS.

Na primeira forma o paciente paga pela consulta no consultório particular do médico e é encaminhado ao hospital através de guia de internação. É atendido em recepção específica para pacientes SUS ou particular, sendo encaminhado para internação no setor competente.

Na segunda forma o paciente paga pela consulta no P.A. do próprio hospital sendo internado no setor competente.

Na terceira forma o paciente é atendido sem cobrança no P.S., que normalmente é mantido em convênio com o município, e, posteriormente, internado em unidade de enfermaria.

O ponto inicial é sempre o profissional de medicina que encaminha o paciente para internação sob sua própria responsabilidade ou para tratamento por outro profissional ou equipe especializada e, em alguns casos, para ser submetido a exames que possibilitem um melhor diagnóstico de sua doença. Ao hospital cabe recepcionar, internar em unidade específica e efetuar o tratamento indicado.

## FLUXO DE ATENDIMENTO

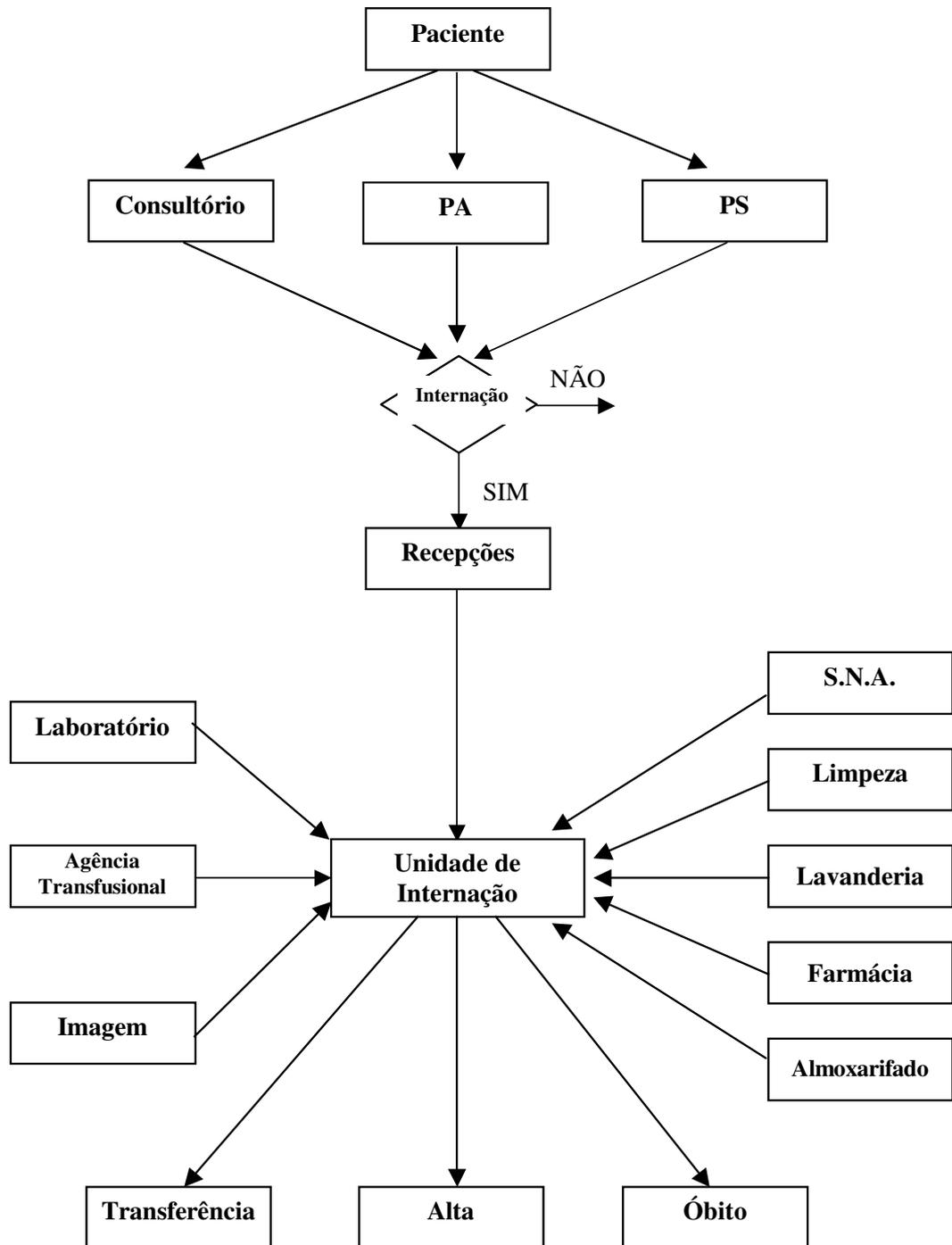


FIGURA 8 – Fluxo de Atendimento

Fonte: Elaborado pelo autor

O processo hospitalar é iniciado em sua recepção, através da qual é feito o encaminhamento do paciente ao setor de internação competente. É nesse setor que o paciente é obrigado a residir por tempo indeterminado, ficando 24 horas sob a responsabilidade da enfermagem e utilizando da participação de outros setores como lavanderia, limpeza, nutrição e dietética, Rx, laboratórios, tendo normalmente um único contato diário com o profissional médico que, como nos diz Vieira et al (1999), dura em média 15 minutos, salvo se houver necessidade de cirurgia ou outro ato especializado. Este paciente tem como procedência três origens sendo estas o consultório particular, o pronto atendimento hospitalar e o pronto socorro, que via de regra é municipal. Observou-se que as Santas Casas estudadas, mediante oferecimento de melhores instalações, permanência de acompanhante e oferecimento de pacotes para a internação (internação a preço fechado) procuram transformar as internações do SUS em particulares. Este procedimento possibilita uma remuneração ligeiramente superior ao do SUS, sendo o mais importante que este pagamento é à vista.

Baseado nesse processo é que Ribeiro (1993) diz que a empresa de serviços denominada hospital está subordinada a variáveis internas e externas muito fortes sendo que, sobre estes últimos, tem pouco ou nenhum poder de barganha. Esta dependência de certa forma explica em parte a crise pela qual passam as entidades hospitalares no Brasil e em todo mundo.

A semelhança entre os locais de internação é marcante, o que muitas vezes faz com que o paciente particular desista de sua acomodação específica alojando-se em unidades destinadas ao atendimento SUS.

Medicamentos e materiais hospitalares são fornecidos às unidades de internação mediante requisição, sendo que medicamentos controlados necessitam de uma requisição especial.

A rouparia é entregue à enfermagem responsável por cada setor de internação. A rouparia utilizada é recolhida por pessoal treinado e paramentado, em local apropriado denominado expurgo.

A alimentação é fornecida pelo Setor de Nutrição e Dietética de acordo com prescrição médica ou segundo cardápios devidamente balanceados. A alimentação normalmente é designada por alimento comum e dietas.

A limpeza e a lavanderia utilizam materiais com registro obrigatório no Ministério da Saúde. Seu pessoal é devidamente treinado face às características especiais do sistema.

Exames laboratoriais são realizados nos próprios hospitais e o fornecimento de sangue e plasma por agências transfusionais. Essas agências controlam a qualidade dos materiais que são retirados no Hemonúcleo Regional de Taubaté.

Os exames de Rx e ultra-sonografia são realizados nas próprias Santas Casas sendo que as B e D também realizam exames de tomografia.

Notaram-se alguns itens preocupantes em termos de custo nos órgãos analisados. Dentre eles a existência de estoques em algumas unidades de internação formados por medicação e material solicitado e não usado por motivos como mudança de medicação, mudança de tratamento, óbitos e outros. Esses materiais e medicamentos retidos nas unidades correspondem a capital parado, correndo, ainda, o risco de perder sua validade. Esse procedimento constitui-se em erro que refletirá no levantamento de custos quer por paciente, quer por unidade. Outro fato notado refere-se à limpeza, que tem seu custo rateado em termos gerais por metro quadrado. Nesse procedimento deve ser observada a realidade de algumas unidades como, por exemplo, o pronto-socorro, que tem suas dimensões limpas diversas vezes ao dia tendo, no entanto, o mesmo peso na computação de custos que outras unidades de mesma dimensão e que não necessitam dessa constância. Lâmpadas acesas em locais não necessários também foram notadas, indicando um grande desperdício, pois

certamente elas permaneceram acesas desde a noite anterior. Outro fato comentado pelas administrações refere-se ao esquecimento por parte da enfermagem em desligar o oxigênio ao término das nebulizações, gerando assim custos adicionais desnecessários. Também foi comentada a nefasta influência da rotação de leitos ou internações além do tempo necessário sobre o custo das internações. Isso prejudica o hospital e a população, que fica tolhida de leitos para seu atendimento.

A observação destes aspectos é importante quanto à definição da influência do SUS já que, como sabemos através dos quadros constantes do capítulo Resultado, o maior volume de atendimento destina-se a pacientes deste sistema e se não observados estes aspectos, há uma elevação do custo operacional.

#### **7.4 Recursos Humanos**

No contexto do presente estudo de caso é importante o levantamento e análise do RH das entidades estudadas não sobre o ângulo de sua funcionalidade, e sim como elemento componente de seu custo operacional. Assim, a discussão busca definir se o quadro de RH é elemento influenciador nos custos hospitalares e principalmente se pode ser meio para a redução do mesmo.

O montante de Recursos Humanos das entidades estudadas com destaque aos profissionais da saúde que atuam diuturnamente junto aos pacientes internados pode ser visualizado no Quadro 18. No item Total de Funcionários não constam os valores correspondentes ao corpo clínico em função destes não possuem vínculo empregatício. É um corpo médico credenciado e autorizado a atuar no hospital para onde traz seu paciente de consultório ou é chamado pelo hospital quando necessário.

Quanto ao pessoal de enfermagem pela sua própria peculiaridade foi estipulada a divisão em nível superior e técnico ressaltando que o nível técnico é composto por técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem com funções específicas determinadas pelo órgão de classe.

**QUADRO 18 – Recursos Humanos - 2000**

	Santa Casa A	Santa Casa B	Santa Casa C	Santa Casa D
Nº Enfermagem Nível Superior	03	08	07	11
Nº Enfermagem Nível Médio	135	152	146	110
Nº Médicos Contratados	14	11	16	04
Outros Funcionários	148	149	175	149
Total de Funcionários	300	320	344	274
Médicos do Corpo Clínico	80	130	74	82

Fonte: Santas Casas

O levantamento da quantidade de funcionários por leito mostrou não ser conclusivo, pois são diversas e diferentes a definição dessas quantidades para cada autor, por exemplo, Mezzomo (1998) afirma que o índice por leito para hospitais gerais deve ser de 1,3, enquanto o índice Proahsa indica para o Estado o índice de 4,0 funcionário por leito. No contexto geral das comparações, levou-se em consideração a posição das administrações das Santas Casas que afirmam necessitarem de mais pessoal para melhor suprir o funcionamento de seus hospitais. Assim, conduz-se à aceitação da não interferência do quadro de RH como elemento influenciador do aumento do custo operacional no contexto atual das entidades. Pode-se, entretanto, aceitar que a divisão interna do quadro de RH beneficie determinados setores em detrimento de outros, o que não iria influenciar o custo operacional, e sim a qualidade no atendimento de certos setores.

No tocante ao pessoal de enfermagem também não se chega a um denominador comum, sendo variadas as afirmações quanto aos índices de pessoal necessários ao bom atendimento nesta área. Assim, ainda dentro da afirmativa das administrações quanto à necessidade da contratação de mais pessoal, não identificaríamos neste item motivo para aumento do custo operacional. É bom observar que a quantidade de médicos constantes no corpo clínico de cada hospital não influencia o seu custo operacional, tendo em vista que os mesmos não são empregados da entidade. Seu maior ou menor número independe do hospital pois ao invés de recrutar, recebe solicitação de ingresso. Os

números de médicos do corpo clínico levantados em nosso estudo de caso não colocam em risco o atendimento dos pacientes atendidos.

### **7.5 Leitos e Internações**

As informações sobre os números de leitos e internações identificam a quantidade de leitos existentes, bem como a quantidade de internações de pacientes SUS e de pacientes particulares, englobando-se neste último as internações de convênios.

As Santas Casas estudadas embora informando uma quantidade definida de leitos, mantém o costume de, em alguns momentos e de acordo com a necessidade, acrescentar leitos para o atendimento de pacientes, mesmo correndo o risco de ter a conta referente a esses atendimentos glosada por exceder no mês o número de internações resultantes do número de leitos cadastrados junto ao SUS. Desta forma pode-se afirmar que de fato essas entidades têm uma quantidade de leitos flutuantes. As internações citadas no quadro abaixo foram divididas em SUS e particulares, sendo que este último item abrange também as internações de convênios. A percentagem definida nos possibilita identificar a concentração de internações.

Na análise das porcentagens referentes, Quadro 19, nas internações SUS e particulares nota-se um resultado destoante entre elas, o que pode ajudar no entendimento da situação de cada Santa Casa. Se fizermos uma comparação entre a situação contábil e as internações percebe-se uma correlação entre elas, como por exemplo, a Santa Casa A contabilmente apresenta-se em recuperação e dentre seus pares é a que atende a menor porcentagem de pacientes SUS. A Santa Casa B que contabilmente mostra uma queda em sua situação, atende a uma porcentagem SUS maior que a primeira. A Santa Casa C que contabilmente apresenta resultados preocupantes ou até mesmo pré-falimentares é a que atende a maior porcentagem SUS. A Santa Casa D que apresenta resultado contábil muito bom, atende a uma porcentagem SUS ligeiramente superior à Santa Casa A.

**QUADRO 19 - Leito/ Internação - 2000**

		Santa Casa A	Santa Casa B	Santa Casa C	Santa Casa D
Número de leitos		173	199	205	192
SUS	Internações	6.698	7.175	7.318	7.595
	Porcentagem	68,16%	74,18%	84,91%	73,86%
Particular	Internações	3.129	2.497	1.300	2.674
	Porcentagem	31,84%	25,82%	15,09%	26,04%

Fonte: Santas Casas

Foi relatado que a clientela de pacientes SUS não é mais composta somente por pacientes de baixa renda, sendo comum pessoas de classe média e até classe média-alta utilizarem o atendimento SUS. A explicação para tal fato reside nos preços de exames, medicamentos, atendimento hospitalar e de serviços do profissional médico. Foi relatado ainda que as Santas Casas solicitam dos familiares dos pacientes a doação dos medicamentos mais onerosos, como também doações financeiras. Esse procedimento não interfere na qualidade do tratamento, sendo assegurado a todos os meios necessários para sua cura, independente da doação.

Foram relatadas ainda, internações desnecessárias de pacientes que necessitavam apenas de exames e que teriam de aguardar caso buscassem o atendimento ambulatorial.

## 7.6 Principais Causas de Internação e Seus Custos

O quadros 20, 21, 22 e 23 e figuras 9, 10, 11, 12 mostram o conjunto das dez primeiras causas de internações nas entidades estudadas, identifica as quantidades, os valores pagos unitariamente relativos a uma quantidade de dias fixados pelo SUS para cada internação, e os pagos pelo volume atendido. Mostram ainda custos unitários definidos por diagnóstico, o valor total destes em relação ao volume de internações, indicando ainda quais geram um volume maior de recursos.

**QUADRO 20 - Dez Primeiras Causas de Internação - Santa Casa A - 2000**

Nº.	Diagnóstico	Qtd	Valor Sus	Total	Valor Padrão	Total
1	<i>Parto normal</i>	975	90,00	87.750,00	270,00	263.250,00
2	<i>Cesárea</i>	465	230,00	106.950,00	450,00	209.250,00
3	<i>Insuficiência Cardíaca</i>	306	377,29	115.450,74	580,00	177.480,00
4	<i>Diabetes Sacarino</i>	202	161,31	32.584,62	441,71	89.225,42
5	<i>Pneumonia não especificada</i>	188	95,30	17.916,40	560,00	105.280,00
6	<i>AVC agudo</i>	145	208,13	30.178,85	630,00	91.350,00
7	<i>Entero-Infecções (Pediatria)</i>	118	138,56	16.350,08	380,00	44.840,00
8	<i>Cirurgia Múltipla</i>	109	0	0	0	0
9	<i>Diagnóstico e/ou 1º atend.clinica .med.</i>	107	22,45	2.402,15	27,00	2.889,00
10	<i>Curetagem pós-aborto</i>	105	52,27	5.488,35	220,00	23.100,00
<b>TOTAL</b>				415.071,19		1.006.664,42

Fonte: Registros internos da entidade

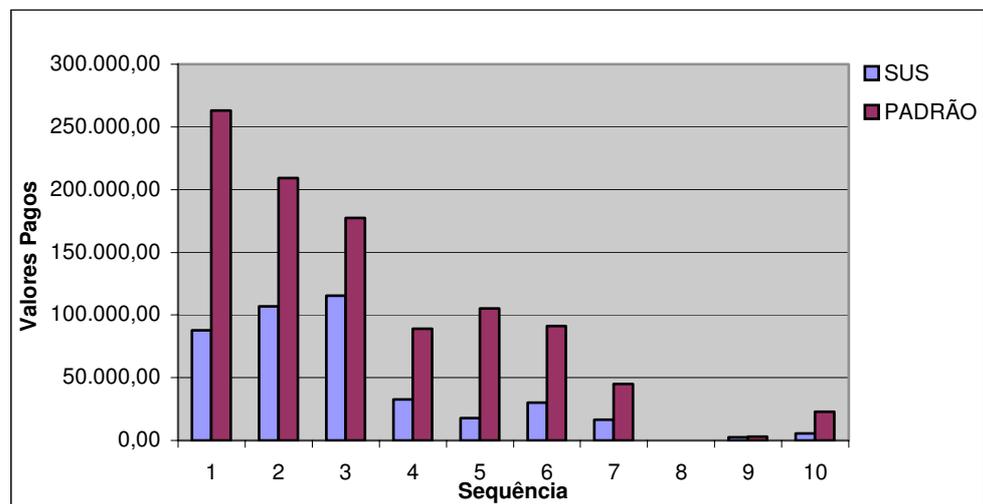


FIGURA 9 - Valor SUS x Valor Padrão – Santa Casa A - 2000

Fonte: Registros internos da entidade

Identifica-se no Quadro 20 que o número de cesáreas em relação ao número de partos normais está próximo de 50%, estando fora dos parâmetros governamentais que é de 35%. Nota-se ainda um grande número de entero-infecções na área de pediatria, o que identifica falta de cuidados ou falta de conhecimento por parte das mães das referidas crianças. No item cirurgia múltipla não se quantificaram os valores, tendo em vista a grande diversidade delas. Outro item que chama atenção é o da curetagem pós-aborto, que identifica a necessidade de cuidados nessa área.

**QUADRO 21 - Dez Primeiras Causas de Internação - Santa Casa B - 2000**

Nº.	Diagnóstico	Qtd	Valor Sus	Total	Valor Padrão	Total
1	Parto normal c/ atend. do RN na sala de parto	438	95,30	41.741,40	270,00	118.260,00
2	Tratamento em Psiquiatria em Hosp. Geral	397	135,22	53.682,34	640,00	254.080,00
3	Parto normal	372	90,00	33.480,00	270,00	100.440,00
4	Insuficiência Cardíaca	340	377,29	128.278,60	580,00	197.200,00
5	Crise Hipertensiva	283	78,95	22.342,85	240,00	67.920,00
6	Insuficiência Coronariana Aguda	267	92,44	24.681,48	356,00	95.052,00
7	AVC agudo	255	208,13	53.073,15	630,00	160.650,00
8	Diabetes Sacarino	233	161,31	37.585,23	441,71	102.918,43
9	Cesárea c/ atend. RN sala de parto	226	228,46	51.631,96	450,00	101.700,00
10	Pneumonia não especificada	197	95,30	18.774,10	560,00	110.320,00
<b>TOTAL</b>				<b>465.271,11</b>		<b>1.308.540,43</b>

Fonte: Registros internos da entidade

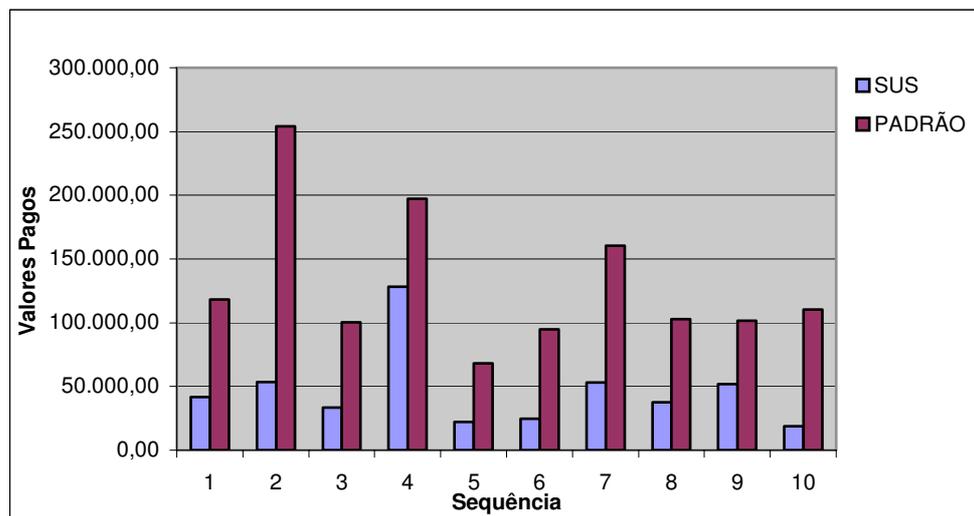


FIGURA 10 – Valor SUS x Valor Padrão – Santa Casa B - 2000

Fonte: Registros internos da entidade

Identifica-se através do Quadro 21 a necessidade de cuidados na área de pré-natal, tendo em vista a grande quantidade de atendimento do recém-nascido na sala de parto. Outro item a ser notado é o grande volume de atendimentos na área cardiovascular. Nota-se ainda um item não constante nas outras Santas Casas que é o tratamento em psiquiatria, que é justificado pela existência de unidade psiquiátrica nessa Santa Casa.

**QUADRO 22 - Dez Primeiras Causas de Internação - Santa Casa C - 2000**

Nº.	Diagnóstico	Qtd	Valor Sus	Total	Valor Padrão	Total
1	<i>Parto normal</i>	586	90,00	52.740,00	270,00	158.220,00
2	<i>LaringoTraqueobronquite</i>	446	89,61	39.966,06	200,00	89.200,00
3	<i>Cesárea</i>	318	230,00	73.140,00	450,00	143.100,00
4	<i>Broncopneumonia em Lactente</i>	247	345,95	85.449,65	480,00	118.560,00
5	<i>Broncopneumonia</i>	243	149,34	36.289,62	420,00	102.060,00
6	<i>Insuficiência Cardíaca</i>	201	377,29	75.835,29	580,00	116.580,00
7	<i>AVC agudo</i>	192	208,13	39.960,96	630,00	120.960,00
8	<i>Entero-Infecções (Pediatria)</i>	192	138,56	26.603,52	380,00	72.960,00
9	<i>Entero-Infecções (Lactente)</i>	180	138,56	24.940,80	370,00	66.600,00
10	<i>Pneumonia não especificada</i>	175	95,30	16.677,50	560,00	98.000,00
<b>TOTAL</b>				471.603,40		1.086.240,00

Fonte: Registros internos da entidade

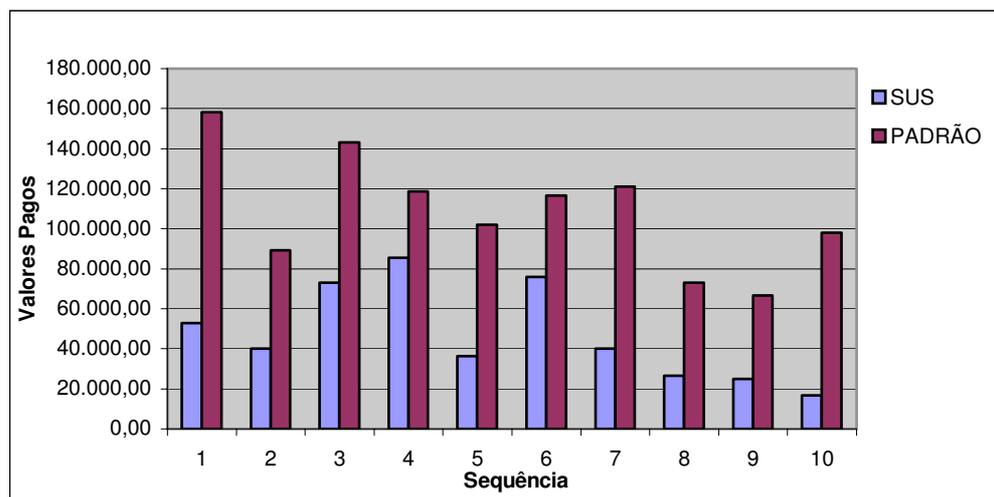


FIGURA 11 – Valor SUS X Valor Padrão Santa Casa C - 2000

Fonte: Registros internos da entidade

Identifica-se no Quadro 22 a incidência de atendimentos na área bronco-respiratória, o que requer uma análise mais detalhada por parte das autoridades de saúde da sub-região, pois esta incidência não é verificada nas demais sub-regiões. Observa-se ainda um número considerável de entero-infecções, tanto em lactantes como em crianças, o que leva também a uma necessidade de análise por parte das autoridades acima referidas quanto as suas causas.

**QUADRO 23 – Dez Primeiras Causas de Internação – Santa Casa D - 2000**

Nº.	Diagnóstico	Qtd	Valor Sus	Total	Valor Padrão	Total
1	Parto normal	701	90,00	63.090,00	270,00	189.270,00
2	Parto normal c/ atend. do RN sala parto	593	95,30	56.512,90	270,00	160.110,00
3	Outras afecções do ap. geniturinário	488	89,61	43.729,68	306,00	149.328,00
4	Cesárea	354	230,00	81.420,00	450,00	159.300,00
5	Cesárea c/ atend. RN sala de parto	353	228,46	80.646,38	450,00	158.850,00
6	Ameaça de aborto	326	45,22	14.741,72	240,00	78.240,00
7	Trabalho de parto prematuro	259	100,22	25.956,98	246,00	63.714,00
8	Insuficiência Cardíaca	181	377,29	68.289,49	580,00	104.980,00
9	Facetomia p/ implante de lente intraocular	170	228,19	38.792,30	300,00	51.000,00
10	Colicistite Aguda	167	104,25	17.409,75	293,00	48.931,00
<b>TOTAL</b>				490.589,20		1.163.723,00

Fonte: Registros internos da entidade

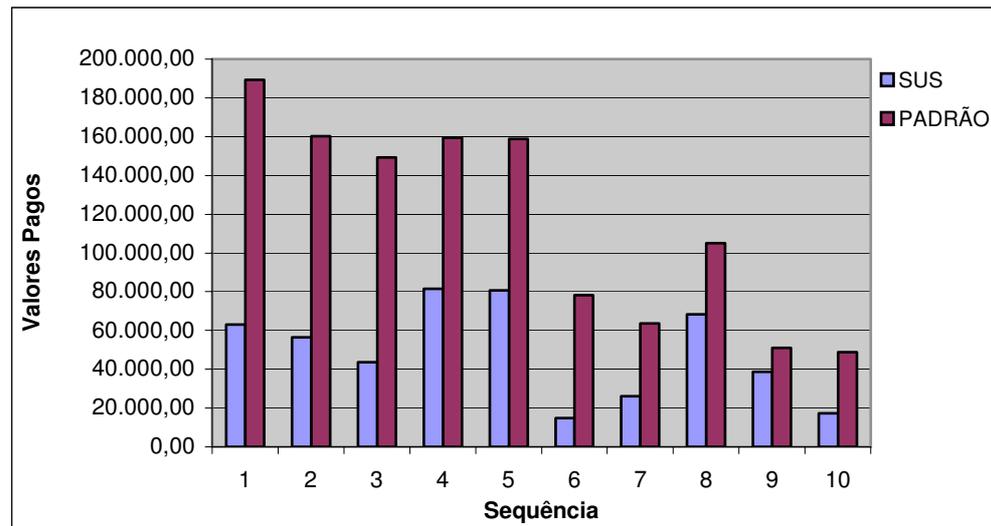


FIGURA 12 – Valor SUS x Valor Padrão – Santa Casa D - 2000

Fonte: Registros internos da entidade

Identifica-se no Quadro 23 a incidência de afecções do aparelho geniturinário, fato que não ocorre nas outras sub-regiões. Observa-se ainda a existência de grande número de ameaça de aborto e de partos prematuros, o que identifica a necessidade de um maior cuidado na área pré-natal.

Além do identificado nos últimos quatro quadros analisados, as dez primeiras causas de internação de cada Santa Casa possibilitam uma amostra entre os valores pagos pelo SUS por essas internações e seus custos padrão. Nota-se que é aceitação

geral das entidades estudadas que desses custos 30% correspondam a custo fixo e 70% a custo variável. O sistema SUS paga, na maioria das internações, pelo sistema de pacotes que correspondem a uma quantidade finita de dias, independente dos custos advindos dessa internação. Assim, para qualquer hospital é vantajoso que o paciente fique internado o menor número de dias e que não utilize medicamentos onerosos. Isso faz com que as entidades solicitem a ajuda de familiares para amenizar os custos de tratamento.

A unanimidade dos dirigentes contatados gostaria de não solicitar ajuda aos familiares por reconhecer que na maioria dos casos é um procedimento constrangedor. O ideal seria o pagamento de valores equânimes aos serviços prestados, possibilitando não só a cobertura dos custos de internação mas também o investimento em equipamentos, instalações, treinamento de pessoal, conforto, novos serviços. Como tal expectativa não se concretiza, os investimentos só são feitos mediante ajuda dos três níveis de governo, mediante a parceria com profissionais da área e algumas vezes com empresas.

Nos quadros referentes às dez causas de internação, alguns diagnósticos chamam a atenção como na Santa Casa A, na qual são encontradas 105 curetagens pós-parto para um número de partos semelhantes nas demais Santas Casas e que não apresentam esse diagnóstico entre os principais de suas entidades. Na Santa Casa C ocorre grande quantidade de diagnósticos envolvendo a parte respiratória, enquanto que seus pares na região não fazem referência a eles no seus respectivos quadros. A Santa Casa D tem elevado número de partos prematuros como também de colicistite aguda, o que não ocorre nas outras Santas Casas.

No conjunto das dez primeiras causas de internação das Santas Casas pode-se identificar que o maior volume de recursos pago pelo SUS é em função de internações que envolvem os diagnósticos de insuficiência cardíaca, cesárea e parto normal. Esses valores foram comparados com seus custos estimados, resultando

numa diferença de valores altamente prejudiciais às Santas Casas. Por essa razão foram mantidos no trabalho os quadros de internação por Santa Casa pois dados extremamente diferenciados de diagnóstico em cidades de uma mesma região podem identificar problemas de infra-estrutura, de saúde básica e até de faturamento por parte dos hospitais.

### 7.7 Aspectos Financeiros

Os dados financeiros identificam as despesas gerais de internação, a receita de internação SUS e particular, com suas respectivas porcentagens, como pode ser visto no Quadro 24.

**QUADRO 24 - Despesa e Receita de Internação - 2000**

		Santa Casa A	Santa Casa B	Santa Casa C	Santa Casa D
Receita	SUS	1.335.665,00	1.721.984,53	1.565.741,61	1.556.713,00
	%	46,32	50,51	42,65	41,57
	PART.	1.547.492,00	1.686.810,20	2.105.109,46	2.187.964,00
	%	53,68	49,49	57,45	58,43
Despesa		2.868.075,06	4.150.385,60	5.018.438,41	4.367.093,86
Custo Médio Internação		291,86	429,11	582,32	425,27
Receita Média Internação	SUS	199,41	239,99	213,95	206,28
	PART.	494,56	675,53	1.619,31	818,24

Fonte: Santas Casas

A contabilidade das Santas Casas estudadas especifica as receitas segundo sua procedência. Tem a receita SUS os valores correspondentes às internações de pacientes do sistema SUS. Na receita particular estão consignados os valores provenientes das internações de particulares e convênios. As demais receitas das entidades estudadas, como transferências governamentais, receita de ambulatório particular, receita de exames ambulatoriais particulares, mensalidade de escolas, venda e conservação de túmulo, não estão consignadas neste quadro por serem eventuais ou provenientes de atividades outras que embora compondo a contabilidade das irmandades não tem vinculação com o que se procura mostrar.

A contabilidade não especifica se as despesas de internação se referem a particular ou a SUS. Assim, impossibilita a determinação do custo real de internações SUS, particulares e convênios. Em função dessa deficiência contábil, foi possível calcular apenas o custo médio geral de internações. Este procedimento aparentemente distorcido quanto ao objetivo de se determinar a influência do SUS sobre as Santas Casas do Alto Vale do Paraíba traz nas entidades estudadas um fato amenizador, os custos de internação SUS, particular e convênio são extremamente semelhantes, como pode ser visto no Quadro 24, uma vez que utilizam os mesmos medicamentos, materiais e alimentação básica. O diferencial está no conforto da acomodação, na padronagem dos lençóis, na escolha do acompanhamento da alimentação básica e da possibilidade de manter um familiar em sua companhia.

Na busca de se determinar padrões que indicassem se as receitas e custos de internações se identificavam ou divergiam dos obtidos em outras regiões e mesmo no país, buscaram-se índices que possibilitassem uma comparação e identificação da situação da Região do Alto Vale do Paraíba. Os quadros 25 e 26 mostram a comparação entre a receita média de internação SUS e o custo médio de internação, com os respectivos índices da Região Sudeste e do Brasil.

**QUADRO 25 - Internações Sus: Comparação Custo - Receita Índices (Sudeste) – 2000**

	Santa Casa A	Santa Casa B	Santa Casa C	Santa Casa D
Receita Média SUS	199,41	239,99	213,95	206,28
Receita Média Sudeste	470,54	470,54	470,54	470,54
Resultado	(271,13)	(230,55)	(256,59)	(264,26)
Custo Médio de Internação	291,86	429,11	582,32	425,27
Custo Sudeste Internação	504,40	504,40	504,40	504,40
Resultado	(212,54)	(75,29)	77,92	(79,13)

Fonte: Pró-Saúde, disponível em: <http://www.prosaude.org.br>; Santas Casas.

**QUADRO 26 - Internação Sus: Comparação Custo - Receita - Índices (País) - 2000**

	Santa Casa A	Santa Casa B	Santa Casa C	Santa Casa D
Receita Média SUS	199,41	239,99	213,95	206,28
Receita Média Brasil	424,53	424,53	424,53	424,53
Resultado	(225,12)	(184,54)	(210,58)	(218,25)
Custo Médio de Internação	291,86	429,11	582,32	425,27
Custo Brasil Internação	406,97	406,97	406,97	406,97
Resultado	(115,11)	22,14	175,35	18,30

Fonte: Pró-Saúde, disponível em: <http://www.prosaude.org.br>; Santas Casas.

O custo de internação nos hospitais estudados, como já citado anteriormente, é semelhante para pacientes SUS, particular e convênio. Por esse fato e por não existir um sistema contábil mais detalhado, foi utilizado o mesmo custo médio de internação para SUS e particular nas comparações com os índices da região e do país. Algumas das entidades estudadas já possuem uma estimativa de custo por setor, sendo que a sistemática adotada ainda não garante a exatidão dos resultados. O objetivo desse esforço é a definição de resultados que permitam identificar setores lucrativos e não lucrativos. Devido a este fato, optou-se por trabalhar com o custo médio geral.

Na análise individual encontramos três Santas Casas que apresentam o custo médio de internação por valores abaixo da média da Região Sudeste, e uma acima desta, a Santa Casa C. Informações sobre esta última mostram uma situação contábil difícil; problemas nas instalações físicas; tem dificuldades em comprar, pois seu índice pagamento de duplicatas é muito elevado e a maioria de sua clientela é de pacientes SUS.

Das Santas Casas que apresentam custo médio de internação abaixo do encontrado na região, duas oferecem poucos serviços onerosos. Já a Santa Casa B oferece serviços onerosos como Unidade de Queimados, a qual recebe pacientes de todo o Estado de São Paulo. Abriga Pronto Socorro municipal com equipe multidisciplinar 24 horas de plantão que, por ser referência, recebe acidentados do município, dos municípios vizinhos e das rodovias que cortam a região, com destaque

para a Via Dutra, sendo porta de entrada para internações de alto custo. Tem ainda dentro do aparato oferecido, UTI - adulto com dez leitos.

No tocante a comparação com o custo médio de internação nacional, apenas a Santa Casa A tem o seu índice em situação inferior, mostrando ser a mais eficiente ou internar apenas pacientes com diagnósticos menos onerosos.

O item receita representa um componente de muita importância na vida das Santas Casas, que são obrigadas em sua maioria a perpetuar o sistema centenário de buscar na misericórdia da comunidade recursos necessários à complementação de sua receita. No âmbito governamental municipal, encontramos quase uma unanimidade quanto à pouca participação na manutenção dessas entidades. O Governo Estadual e o Federal fornecem os recursos para a construção ou reformas de acordo com seus interesses ou quando forças políticas atuam.

Como já foi falado é solicitada doação aos familiares dos pacientes SUS como forma de complementação de receita para a cobertura dos custos de internação. Entretanto, houve grande retração nas doações devido à sistemática do Ministério da Saúde no envio de correspondências aos pacientes curados afirmando ter pago pelos serviços hospitalares, embora sem destacar os custos gerados pelas internações.

Outro instrumento de receita que tem apresentado resultados positivos é a transformação de internações SUS em internações particulares na forma de pacotes, nos quais são oferecidas melhores condições de acomodação, acompanhamento familiar e maior liberdade de visita. Este procedimento possibilita às entidades o recebimento à vista dos valores correspondentes, assegurando uma pequena lucratividade. O único inconveniente refere-se ao pagamento dos serviços do profissional médico por parte do paciente. Este inconveniente é minimizado através do acordo entre a entidade hospitalar e o médico na utilização de uma tabela de serviços profissionais a preços reduzidos. Assim todos saem ganhando, o paciente por ter uma internação com mais conforto, a Santa Casa e o médico por receberem à vista um valor superior ao pago pelo SUS

As entidades que apresentam os mais altos valores positivos na comparação entre custo médio de internação e receita média de internações particulares interessantemente apresentam, uma, a Santa Casa C, os piores resultados na análise contábil e a outra, Santa Casa D, os melhores resultados. Um ponto importante a observar é que, se porventura utilizam a mesma estratégia de cobrar preços elevados na internação particular, estão obtendo resultados contábeis divergentes. A entidade que apresenta maior valor na comparação é a que tem menor número de internações particulares. Talvez fosse melhor ter uma lucratividade menor na unidade e ter um resultado maior na somatória. Nem sempre a cobrança de valor elevado representa a maior estratégia.

Os motivos de desequilíbrio ou difícil situação financeira são atribuídos por alguns à deficiência de um sistema de proporções gigantescas que foi iniciado em 1960 quando o Governo Federal fundiu os institutos de previdência. Outros atribuem ao aumento progressivo de pacientes SUS nos hospitais conveniados, forçando-os muitas vezes a um atendimento maior que sua capacidade e com o pagamento de valores constantes em tabelas bem inferiores aos custos reais (SENNÁ, 2000).

A comparação entre custo médio e receita média – Quadro 27 - provenientes de internações SUS e particulares possibilita traçar um perfil dos resultados médios dos hospitais estudados nos seus dois tipos de internação.

**QUADRO 27 - Comparação Custo - Receita Sus/Particular - 2000**

	<b>Santa Casa A</b>	<b>Santa Casa B</b>	<b>Santa Casa C</b>	<b>Santa Casa D</b>
Receita Média SUS	199,41	239,89	213,95	206,28
Custo Médio Internação	291,86	429,11	582,32	425,27
Resultado	(92,45)	(182,12)	(368,37)	(218,99)
Receita Média Particular	494,56	675,53	1.619,31	818,24
Custo Médio Internação	291,86	429,11	582,32	425,27
Resultado	202,70	246,42	1.036,99	392,97

Fonte: Santas Casas

A situação das Santas Casas estudadas pode ser colocada em três degraus distintos. No mais baixo está a Santa Casa C, que se apresenta em situação extremamente difícil, necessitando de socorro urgente sob pena de a médio prazo não ter condições para continuar suas atividades. No segundo degrau estão as Santas Casas A e B, com situações financeiras abaladas, sendo que a Santa Casa A já apresenta uma determinada recuperação. Estas precisam buscar soluções urgentes sob pena de começar a trilhar o caminho da Santa Casa C. No último degrau está a Santa Casa D, que apresenta boa situação financeira e que é a que tem junto a si a comunidade, principalmente a empresarial.

A definição dos valores médios de internação SUS e particulares, englobando-se neste último as internações de convênios, foi facilitada pela contabilização por fonte das receitas das entidades. Em todas as comparações, quer com índice nacional ou regional, as receitas se apresentaram menores e com valores extremamente diferenciados, o que pode significar que os hospitais participantes da formação desses índices apresentam atendimentos mais bem remunerados e assim não servem como comparativo para os índices encontrados nas Santas Casa estudadas.

### **7.8 Processo Inflacionário**

Há muitos anos o SUS não reajusta de uma forma integral sua tabela de preços. Bloqueia ou rejeita as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, por motivos muitas vezes sem importância. Se o volume monetário dos atendimentos é superior aos tetos estabelecidos, efetuam-se cortes, ou seja, o hospital gasta e só recebe quando o teto permite. Os valores pagos por alguns procedimentos são inconsistentes, como por exemplo o pagamento do valor de R\$ 90,00 por parto normal, incluindo, além dos serviços, medicamentos e materiais no parto, dois dias de internação com medicação e materiais, refeições, serviços de enfermagem, entre outros.

Em média uma diária de internação é de R\$ 8,70, o que contamina o sistema, pois motiva a perda de qualidade e dinamismo.

O sistema de baixa remuneração e interferência do SUS espelha, de certa forma, a experiência portuguesa quando, após um processo de abandono financeiro, foram as Santas Casas integradas à Rede Nacional Hospitalar pelo Decreto de Lei nº 704 de 7 de dezembro de 1974, sendo que, em 1992 o Estado reconhecendo sua incapacidade no setor apela através do Ministro da Saúde, Dr. Arlindo de Carvalho, para que as Misericórdias retomem os hospitais, o que até hoje poucas o fizeram (UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS, 2001).

O Quadro 28 nos mostra a evolução do processo inflacionário bem como os reajustes concedidos nos preços hospitalares

**QUADRO 28 – Índice de Inflação Geral e Hospitalar (%)**

Ano	Ahosp	IGP-DI (FGV)	INP IBGE	IPC-FIPE	Reajustes Concedidos
1994 (jul-dez)	11,00	38,32	19,81	44,63	-
1995	38,77	14,79	21,98	23,17	25%
1996	19,63	9,34	9,12	10,04	-
1997	6,70	7,48	4,34	4,83	-
1998	4,01	1,70	2,89	-1,79	-
1999	5,00	19,98	8,43	8,64	-
2000	6,06	10,00	5,27	4,38	-
2001	8,06	10,40	9,44	7,13	-
Acumulado	144,71	176,00	113,02	145,15	-

Fonte: Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo.

## 7.9 Demonstrativos Contábeis

Os demonstrativos contábeis correspondem aos balanços patrimoniais das entidades estudadas (anexos 1,3,5,7) demonstrações de resultados (anexos 2,4,6,8) e índices econômico-financeiros – quadros 29, 30, 31, 32, 33 e 34. Esses instrumentos visam à identificação da situação de cada uma das Santas Casas.

A análise dos Demonstrativos Contábeis das Santas Casas estudadas seguiu o critério de análise de situação desenvolvido no seguinte roteiro:

**Índice de Liquidez** – representa a capacidade de solvência de suas obrigações para com terceiro, Quadro 29.

- Capital Circulante Líquido – constitui-se em um número que, embora sendo útil para o controle interno, não tem grande importância na comparação do desempenho da empresa. Mostra a capacidade do ativo cobrir ou não o passivo da empresa.
  - Santa Casa A – apresenta evolução positiva, mostrando uma melhora a partir de 1998, alcançando número positivo em 2000;
  - Santa Casa B – apresenta uma performance negativa aumentando ano a ano a diferença menor do ativo em relação ao passivo;
  - Santa Casa C – embora tenha melhorado a diferença entre o ativo e o passivo, ainda apresentou em 2000 um valor negativo bastante significativo de – 834,424;
  - Santa Casa D – apresenta uma performance positiva em todos os anos analisados, demonstrando uma razão direta em relação à velocidade de sua circulação.
- Liquidez corrente – demonstra a capacidade da empresa em liquidar suas obrigações a curto prazo. É um índice que para cada setor empresarial tem uma aceitação diferente. Sendo os hospitais empresas de utilidade pública, o índice de 1,0 é plenamente aceitável.
  - Santa Casa A – apresentou uma boa recuperação no decorrer dos exercícios, chegando ao ano 2000 com 1,43 de liquidez corrente (1,43 para 1,00);
  - Santa Casa B – manteve-se em patamar inferior ao índice aceitável (0,81 para 1,00);

- Santa Casa C – embora apresentando evolução, manteve o índice abaixo do patamar aceitável, apresentando a pior performance das entidades estudadas;
- Santa Casa D – embora apresente uma queda em 2000 em relação à 1997 e 1998, seu índice de 8,17 demonstra uma excelente performance (8,17 para 1,00).

### QUADRO 29 – Análise de Liquidez

Santa Casa A					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Capital Circulante Líquido (x1000)	ativo circ. - passivo circ.	357,17	-480,70	-245,41	219,64
Liquidez corrente	ativo circ. / pas. circ.	1,58	0,58	0,76	1,43
Liquidez seca	disp.l.+contas a rec/pas. circ.	1,38	0,48	0,64	1,12
Liquidez Geral	ativo circ.+realiz.longo prazo	1,60	0,66	0,64	0,66
	pas. circ.+exigível longo prazo				
Santa Casa B					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Capital Circulante Líquido (x1000)	ativo circ. - passivo circ.	142,30	-192,77	-214,02	-218,56
Liquidez corrente	ativo circ. / pas. circ.	1,19	0,80	0,80	0,81
Liquidez seca	disp.l.+contas a rec/pas. circ.	1,03	0,65	0,65	0,66
Liquidez Geral	ativo circ.+realiz.longo prazo	0,62	0,44	0,72	0,72
	pas. circ.+exigível longo prazo				
Santa Casa C					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Capital Circulante Líquido (x1000)	ativo circ. - passivo circ.	-1.027,10	-1.562,33	-2.147,80	-834,42
Liquidez corrente	ativo circ. / pas. circ.	0,40	0,28	0,25	0,63
Liquidez seca	disp.l.+contas a rec/pas. circ.	0,34	0,24	0,21	0,33
Liquidez Geral	ativo circ.+realiz.longo prazo	0,40	0,28	0,25	0,44
	pas. circ.+exigível longo prazo				
Santa Casa D					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Capital Circulante Líquido (x1000)	ativo circ. - passivo circ.	2.744,67	3.424,36	3.259,43	3.587,06
Liquidez corrente	ativo circ. / pas. circ.	11,99	13,13	7,49	8,17
Liquidez seca	disp.l.+contas a rec/pas. circ.	11,26	12,39	7,01	7,75
Liquidez Geral	ativo circ.+realiz.longo prazo	11,99	16,42	10,77	11,68
	pas. circ.+exigível longo prazo				

Fonte: Demonstrativos contábeis das entidades

- Liquidez seca – índice similar ao corrente, porém sem contar com o item estoques. Apresenta uma condição de mais pronta liquidez, uma vez que os

estoques muitas vezes são difíceis de serem negociados com rapidez, principalmente à vista.

- Santa Casa A – apresenta uma boa recuperação, chegando em 2000 com índice de 1,12 (1,12 para 1,00);
  - Santa Casa B – manteve-se em patamar abaixo do aceitável (0,66 para 1,00);
  - Santa Casa C – embora melhorando no ano de 1999, apresentou índices não aceitáveis nos quatro anos analisados;
  - Santa Casa D – embora apresentando diminuição de seus índices, teve uma boa performance (7,75 para 1,00).
- Liquidez geral – apresenta a condição da empresa em liquidar suas obrigações a curto e longo prazo.
- Santa Casa A – apresenta diminuição de seus índices;
  - Santa Casa B – embora apresentando uma melhora na sua performance, ainda mantém seus índices abaixo do aceitável de 1,0;
  - Santa Casa C – apresenta a pior performance das Santas Casas estudadas, seu resultado é bem abaixo do aceitável;
  - Santa Casa D – apresenta uma boa performance.

Pode-se verificar que as Santas Casas B e C mantêm uma baixa capacidade de liquidez, sendo preocupante a situação da Santa Casa C. A Santa Casa A apresentou uma boa recuperação de suas contas. A Santa Casa D apresenta uma excelente condição de liquidez.

**Análise de atividade** – representa a velocidade com que elementos patrimoniais de relevo se renovam durante determinado período de tempo, Quadro 30.

**QUADRO 30 – Análise de Atividade**

Santa Casa A					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Giro de estoque	Custo dos prod.vendidos/Estoque	19,77	29,69	25,26	22,21
Período médio de cobrança(dias)	Dup.a Rec./média vendas p/dia	35,1	70,4	58,6	28,7
Período médio de pagto.(dias)	Dup.a pagar/média compras/dia	60,1	50,8	48,7	27,2
Giro do ativo total	Vendas / total de ativos	1,62	1,39	2,22	1,90
Santa Casa B					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Giro de estoque	Custo dos prod.vendidos/Estoque	29,17	26,72	21,75	22,60
Período médio de cobrança(dias)	Dup.a Rec./média vendas p/dia	69,4	31,8	38,3	42,4
Período médio de pagto.(dias)	Dup. a pagar/média compras/dia	96,9	123,1	91,8	100,7
Giro do ativo total	Vendas / total de ativos	1,27	1,52	1,93	1,88
Santa Casa C					
índice	fórmula	1997	1998	1999	2000
Giro de estoque	Custo dos prod.vendidos/Estoque	43,48	53,97	35,32	58,54
Período médio de cobrança(dias)	Dup.a Rec./média vendas p/dia	51,6	56,3	46,5	50,8
Período médio de pagto.(dias)	Dup. a pagar/média compras/dia	59,9	62,5	127,0	183,6
Giro do ativo total	Vendas / total de ativos	2,40	2,44	2,94	2,42
Santa Casa D					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Giro de estoque	Custo dos prod.vendidos/Estoque	15,53	15,33	14,41	16,67
Período médio de cobrança(dias)	Dup. a Rec./média vendas p/dia	54,9	44,0	45,0	46,9
Período médio de pagto.(dias)	Dup. a pagar/média compras/dia	18,9	15,5	20,9	17,9
Giro do ativo total	Vendas / total de ativos	1,15	0,98	0,76	0,71

Fonte: Demonstrativos contábeis das entidades

- Giro de estoque – mede a atividade ou liquidez do estoque, ou seja, o número de vezes que o estoque foi renovado em razão das vendas. Este giro deve ser comparado com índices de empresa do mesmo setor ou com índices de anos anteriores da própria empresa.
- Santa Casa A – apresentou queda de tempo no seu giro de estoque no ano de 2000 em relação a 1998 e 1999;
- Santa Casa B – apresentou uma diminuição de giro em relação a 1997 e 1998 com um pequeno aumento desse giro em relação a 1999;
- Santa Casa C – apresentou um aumento no tempo de giro de seu estoque em relação aos anos anteriores, talvez por causa de compras recentes;

- Santa Casa D – manteve os índices sem grandes alterações, demonstrando um equilíbrio administrativo na renovação de seu estoque.
- Período médio de cobrança – tempo médio de cobrança de duplicata a receber.
- Santa Casa A – apresentou uma sensível melhora quanto ao tempo de cobrança em relação aos anos anteriores, principalmente em relação a 1998;
- Santa Casa B – apresentou uma piora quanto ao tempo de cobrança;
- Santa Casa C – piorou sua performance, mantendo a média de 50 dias em relação aos anos anteriores;
- Santa Casa D – manteve os índices sem alterações marcantes, na casa dos 45 dias.
- Período médio de pagamento – tempo médio para saldar duplicatas a pagar.
- Santa Casa A – apresentou sensível melhora, saindo de 60,1 dias em 1997 para 27,2 dias em 2000;
- Santa Casa B – apresentou uma performance bastante ruim, chegando à casa média de 100 dias nos períodos estudados;
- Santa Casa C – apresentou uma péssima performance, caracterizando-se como a pior pagadora entre as Santas Casa estudadas, demonstrando um péssimo índice de liquidez;
- Santa Casa D – manteve seus índices sem alterações marcantes, melhorando no ano de 2000 em relação ao exercício de 1999.
- Giro do ativo total – mostra a eficiência da empresa na utilização de seus ativos na geração de vendas. Quanto maior o giro, mais eficiente foi a utilização do ativo.
- Com exceção da Santa Casa C, que teve sensível decréscimo no seu giro, as demais apresentaram bons resultados. Verifica-se que as Santas Casas B e C apresentam uma situação de risco quanto a crédito, face a demora em quitar suas dívidas, sendo que a situação da última é deveras

preocupante, tendo em vista que também apresenta dificuldade quanto ao tempo para cobrança de duplicata a receber.

**Análise de endividamento** – demonstra o montante de recursos de terceiros que é usado para gerar lucros. A maior preocupação são as dívidas em longo prazo em função dos juros a serem pagos, Quadro 3.

- Endividamento geral – mede a proporção dos ativos financiados pelos credores. Quanto maior o índice, maior a quantidade de capital usado pela empresa.
- Santa Casa A – apresentou melhora neste índice, embora ainda apresente-se em 2000 com um valor elevado;
- Santa Casa B – apresentou uma boa recuperação porém ainda apresenta índices elevados;
- Santa Casa C – apresenta uma péssima performance;
- Santa Casa D – apresenta uma excelente performance.

**QUADRO 31 – Análise de Endividamento**

Santa Casa A					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Endividamento Geral	pas.circ.+exíg.L. prazo/patrimônio liq.	0,56	1,44	5,23	1,39
Relação Cap. Terceiros/Pas. Total	pas.circ.+exíg.L. prazo/passivo total	0,34	0,59	0,84	0,58
Santa Casa B					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Endividamento Geral	pas.circ.+exíg.L. prazo/patrimônio liq.	1,74	2,30	1,12	1,00
Relação Cap. Terceiros/Pas. Total	pas.circ.+exíg.L. prazo/passivo total	0,64	0,70	0,53	0,50
Santa Casa C					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Endividamento Geral	pas.circ.+exíg.L. prazo/patrimônio liq.	-11,80	-3,23	-2,26	-2,26
Relação Cap. Terceiros/Pas. Total	pas.circ.+exíg.L. prazo/passivo total	1,09	1,45	1,79	1,79
Santa Casa D					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Endividamento Geral	pas.circ.+exíg.L. prazo/patrimônio liq.	0,07	0,06	0,10	0,09
Relação Cap. Terceiros/Pas. Total	pas.circ.+exíg.L. prazo/passivo total	0,07	0,06	0,09	0,09

Fonte: Demonstrativos contábeis das entidades

- Relação capital de terceiros/ passivo total – de modo semelhante ao endividamento geral, mede a composição do endividamento, destacando a proporção entre as obrigações a curto prazo e as obrigações totais
- Santa Casa A – apresentou uma boa recuperação;
- Santa Casa B – apresentou uma boa recuperação, alcançando um índice que indica um aumento de controle na capacidade de endividamento;
- Santa Casa C – apresenta uma péssima performance;
- Santa Casa D – apresenta uma boa performance.

Pode-se verificar neste item que a única Santa Casa que apresenta uma situação preocupante é a Santa Casa C, por apresentar um alto índice nos elementos de seu balanço.

**Análise da Rentabilidade** – relaciona os ativos às vendas e ao patrimônio líquido com o retorno sobre o investimento da empresa. O cálculo deste quociente pode ser efetuado sobre o ativo operacional ou pelo ativo total, Quadro 32.

**QUADRO 32 – Análise de Rentabilidade**

Santa Casa A					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Margem operacional(%)	Lucro líquido após IR/Vendas	39,8	-11,2	0,5	3,8
Tx de retorno s/ativo total(ROA)(%)	Lucro líquido após IR/total de ativos	64,7	-15,6	1,2	7,3
Tx retorno s/Patr. liq.(ROE)(%)	Lucro Líq após IR/Patrimônio Liq.	105,1	-38,0	7,6	17,5
Santa Casa B					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Margem operacional(%)	Lucro líquido após IR/Vendas	-0,6	-1,9	3,0	3,2
Tx de retorno s/ativo total(ROA)(%)	Lucro líquido após IR/total de ativos	-0,7	-2,9	5,8	6,0
Tx retorno s/Patr. liq.(ROE)(%)	Lucro Líq após IR/Patrimônio Liq.	-2,0	-9,7	12,4	11,9
Santa Casa C					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Margem operacional(%)	Lucro líquido após IR/Vendas	-16,5	-14,4	-12,0	-9,5
Tx de retorno s/ativo total(ROA)(%)	Lucro líquido após IR/total de ativos	-39,5	-35,1	-35,4	-23,0
Tx retorno s/Patr. liq.(ROE)(%)	Lucro Líq após IR/Patrimônio Liq.	426,7	78,4	44,7	29,0
Santa Casa D					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Margem operacional(%)	Lucro líquido após IR/Vendas	24,6	22,4	13,7	10,4
Tx de retorno s/ativo total(ROA)(%)	Lucro líquido após IR/total de ativos	28,2	21,9	10,5	7,4
Tx retorno s/Patr. liq.(ROE)(%)	Lucro Líq após IR/Patrimônio Liq.	26,3	20,6	11,5	8,1

Fonte: Demonstrativos contábeis das entidades

- Margem líquida – mede a porcentagem de cada unidade monetária proveniente de vendas, após a dedução de todas as despesas, incluindo IR. Quanto maior o índice, melhor para a empresa.
  - Santa Casa A – apresentou crescimento de seus índices;
  - Santa Casa B – apresentou crescimento de seus índices;
  - Santa Casa C – apresentou uma péssima performance;
  - Santa Casa D – apresentou uma boa performance.
- Retorno sobre investimento – mede a eficiência da empresa em gerar lucros com os ativos disponíveis
  - Santa Casa A – apresentou boa recuperação nos dois últimos exercícios;
  - Santa Casa B – apresentou boa recuperação, elevando a eficiência nos últimos exercícios;
  - Santa Casa C – apresentou péssima performance, mantendo índices negativos, apesar da queda ocorrida no último exercício;
  - Santa Casa D – apresentou perda de capacidade de retorno sobre investimento em relação aos anos anteriores.
- Retorno sobre patrimônio líquido – mede o retorno do investimento dos proprietários. Quanto maior o índice, melhor o retorno.
  - Santa Casa A – apresentou uma boa recuperação em relação aos anos de 1998 e 1999;
  - Santa Casa B – apresentou recuperação em referência aos anos de 1997 e 1998, porém com decréscimo em relação ao ano de 1999;
  - Santa Casa C – apresentou péssima performance com acentuada diminuição dos índices ano a ano;
  - Santa Casa D – apresentou decréscimo, sendo que o ano de 2000 foi o de pior resultado, pelo fato da lucratividade líquida haver reduzido.

Pode-se verificar que mais uma vez coloca-se em preocupante situação a Santa Casa C que apresentou performance negativa em todos os índices de rentabilidade. As demais Santas Casas se mantiveram em patamares aceitáveis.

**Análise operacional** – mensura a solidez da organização mostrando ao credor a segurança quanto ao retorno de seu capital, Quadro 33.

### QUADRO 33 – Análise Operacional

Santa Casa A					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Ponto de equilíbrio (R\$)	Custofixo/1-(custo var./receita vendas)	577.509	806.458	565.823	756.470
Dependência Financeira	Exigível total/Ativo total	0,38	0,59	0,84	0,58
Grau alavancagem financ.	(Lucro antes IR/Patrimônio Líquido) (Lucro antes IR+Desp.Financ./At. total)	1,58	5,78	0,90	2,23
Santa Casa B					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Ponto de equilíbrio (R\$)	Custofixo/1-(custo var./receita vendas)	750.121	880.587	801.957	833.046
Dependência Financeira	Exigível total/Ativo total	0,64	0,70	0,53	0,50
Grau alavancagem financ.	(Lucro antes IR/Patrimônio Líquido) (Lucro antes IR+Desp.Financ./At. total)	3,84	3,38	2,08	1,83
Santa Casa C					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Ponto de equilíbrio (R\$)	Custofixo/1-(custo var./receita vendas)	963.541	900.330	956.021	977.907
Dependência Financeira	Exigível total/Ativo total	1,09	1,45	1,79	2,04
Grau alavancagem financ.	(Lucro antes IR/Patrimônio Líquido) (Lucro antes IR+Desp.Financ./At. total)	-10,98	-2,68	-1,73	-1,44
Santa Casa D					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Ponto de equilíbrio (R\$)	Custofixo/1-(custo var./receita vendas)	650.194	760.436	752.645	770.250
Dependência Financeira	Exigível total/Ativo total	0,08	0,07	0,09	0,09
Grau alavancagem financ.	(Lucro antes IR/Patrimônio Líquido) (Lucro antes IR+Desp.Financ./At. total)	0,93	0,94	0,56	0,54

Fonte: Demonstrativos contábeis das entidades

- Dependência financeira – destaca os recursos de terceiros constantes no montante investido pela entidade no seu ativo. A maior garantia é expressa pelo menor coeficiente.

- Santa Casa A – apresentou grande variação de seus índices no decorrer dos quatro anos analisados tendo, entretanto, melhorado seu índice no ano de 2000;
  - Santa Casa B – apresentou como a Santa Casa A variação de seus índices, fechando o ano de 2000 com uma melhora na sua situação;
  - Santa Casa C – apresentou uma péssima performance nos anos analisados;
  - Santa Casa D – apresentou uma boa performance nos anos analisados.
- Grau de alavancagem financeira – demonstra o retorno sobre o patrimônio líquido obtido com a combinação de recursos próprios e de terceiro. Se o grau de alavancagem for maior que 1, existe alavancagem financeira.
- Santa Casa A – apresentou alavancagem em três dos quatro anos analisados, tendo no ano de 2000 resultado positivo;
  - Santa Casa B – apresentou alavancagem em todos os anos analisados;
  - Santa Casa C – não apresentou alavancagem em nenhum dos anos analisados;
  - Santa Casa D – não apresentou alavancagem em nenhum dos anos analisados.

Pode-se verificar que a Santa Casa C apresentou alavancagem negativa. A Santa Casa D não apresentou alavancagem e as demais apresentaram alavancagem nos anos analisados.

**Quociente de imobilização** – demonstra os volumes investidos em ativo permanente, Quadro 34.

**QUADRO 34 – Quociente de Imobilização**

Santa Casa A					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Imob. do Patr. Líquido	at. permanente/patr. Líquido	0,68	1,47	2,90	1,48
Imob. do Pas. não circ.	at. permanente/pas.LP+Patr. Líquido	0,68	1,47	1,20	0,80
Santa Casa B					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Imob. do Patr. Líquido	at. permanente/patr. Líquido	1,66	2,29	1,32	1,28
Imob. do Pas. não circ.	at. permanente/pas.LP+Patr. Líquido	0,91	1,13	1,17	1,15
Santa Casa C					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Imob. do Patr. Líquido	at. permanente/patr. Líquido	-6,05	-1,32	-0,69	-0,48
Imob. do Pas. não circ.	at. permanente/pas.LP+Patr. Líquido	-6,05	-1,32	-0,69	36,98
Santa Casa D					
Índice	Fórmula	1997	1998	1999	2000
Imob. do Patr. Líquido	at. permanente/patr. Líquido	0,21	0,21	0,34	0,33
Imob. do Pas. não circ.	at. permanente/pas.LP+Patr. Líquido	0,21	0,21	0,34	0,33

Fonte: Demonstrativos contábeis das entidades

- Imobilização do patrimônio líquido – mostra o volume do patrimônio líquido utilizado na compra de bens permanentes. Quanto menor for o índice, melhor é para a empresa.
- Santa Casa A – apresenta diminuição dos índices em relação a 1997, melhorando no ano de 2000;
- Santa Casa B – apresentou uma boa performance nos anos analisados;
- Santa Casa C – apresentou uma performance ruim em todos os anos analisados;
- Santa Casa D – apresentou uma performance sofrível, melhorando no ano 2000.
- Imobilização do passivo não circulante – demonstra o percentual de recursos não correntes que a empresa aplicou no ativo permanente. Quanto menor o índice, melhor para a empresa.
- Santa Casa A – apresentou diminuição de seus índices;
- Santa Casa B – manteve pouca variação nos seus índices, com piora em relação a 1997;

- Santa Casa C - apresentou uma performance ruim em todos os anos analisados;
- Santa Casa D – apresentou uma piora de seus índices no ano de 2000 em relação aos anos de 1997 e 1998.

Verifica-se que com os resultados apresentados, podemos identificar que a Santa Casa C apresenta-se em pior situação, devendo urgentemente adotar medidas saneadoras que possibilitem a recuperação econômico-financeira da instituição.

A Santa Casa B apresenta uma situação em declínio, devendo também adotar medidas saneadoras que possibilitem a sua recuperação.

A Santa Casa A embora não apresente uma boa situação, demonstra que se encontra em recuperação, devendo manter e aprimorar as medidas já adotadas.

A Santa Casa D apresenta uma boa situação devendo, entretanto, manter-se atenta no sentido de melhorar os índices que não se apresentaram de acordo com o desejável.

Em uma análise geral, podemos dizer que a Santa Casa C encontra-se em uma situação de regime pré-falimentar, correndo o risco de não ter condições para funcionamento dentro de um período relativamente curto.

As Santas Casas A e B ainda não apresentam índices preocupantes, entretanto necessitam de medidas gerenciais que permitam o seu reequilíbrio. Caso contrário correm o risco de caminhar para a mesma situação da Santa Casa C.

A Santa Casa D apresenta uma situação favorável, no entanto deve também procurar medidas gerenciais que permitam a recuperação de índices que apresentaram desequilíbrio.

### 7.10 Análise da Discussão

As Santas Casas estudadas apresentam estrutura organizacional e funcional muito semelhantes, composta de mesa diretiva, conselhos, provedoria, administrador, diretoria clínica e demais setores operacionais. O sistema interno de comunicação das entidades é falho, sendo que seus setores não são totalmente informatizados e ligados em rede. Na maioria das Santas Casas estudadas nota-se um determinado distanciamento ideológico-administrativo entre provedoria e administração, provocado pelas características dos seus regimentos internos. O sistema de contabilidade adotado por essas instituições registram as receitas indicando cada uma de suas fontes, entretanto não procedem da mesma forma quanto ao registro dos gastos, fato que dificulta a comparação dessas informações.

Historicamente as Santas Casas desempenharam um importante papel tanto em solo português como brasileiro. Sua missão inicial ligada à religião católica foi bem ampla e hoje embora reduzida e se desligando do contexto religioso, ainda é muito importante, mesmo não mais cuidando dos presos condenados, das donzelas sem dote, do enterro do abandonado, ainda cuida da grande parte dos doentes de nosso país, ainda oferece a instrução, ainda oferece o enxoval ao recém-nascido sem condições e ainda desenvolve outras atividades caritativas.

O aparecimento da saúde paga por institutos e posteriormente pelo SUS trouxe profundas mudanças no seu funcionamento, pois a afastou da comunidade que fornecia os meios para sua sobrevivência e fez com que a direção superior delas perdesse seu status, fazendo com que uma grande maioria de irmandades mantenedoras destas entidades fossem reduzidas a uma “dúzia de pessoas”. Afetou também o recebimento de legados o que empobreceu essas entidades, impossibilitando que em momentos de dificuldades pudesse dispor de imóveis recebidos. O sistema inicialmente magnânimo na remuneração dos serviços

estabeleceu uma dependência do SUS por parte das Santas Casas, assim muitas delas deixaram de investir nos setores particulares e basicamente criaram serviços para o SUS. Este quadro foi mudando com o tempo e o sistema passou a exigir mais das entidades prestadoras de serviços hospitalares e a pagar menos pelos serviços prestados. As entidades que dispunham de recursos romperam parcialmente ou totalmente com o SUS, cresceram e se estabilizaram. As que não dispunham desses recursos ou que estavam instaladas em municípios com pouco poder aquisitivo, “casaram com o SUS e passaram a viver como esposa de marido pobre”, não pode ter o que necessita e só pode ter quando alguém doa. As exceções ficaram por conta de instituições localizadas em grandes centros e que através da diversificação de serviços ou oferecimento de serviços de alta complexidade puderam manter e até ganhar mantendo a parceria com o SUS.

O gerenciamento das Santas Casas estudadas deixa a desejar pois as mesas diretivas têm quase sempre uma visão distorcida quanto ao que seja gerenciamento hospitalar, embora compostas por pessoas dedicadas e trabalhadoras. Assim o conceito de hospital empresa é marginalizado. O atrito político com os governos municipais é notado em sua unanimidade, gerando problemas que se refletem na sua funcionalidade. A falta de colaboração na integração de forças na área da saúde na região é uma realidade. Os recursos das Santas Casas são reduzidos. As internações particulares, fonte de alta remuneração, têm se tornando cada vez mais raras. Com exceção das internações particulares, as tabelas hospitalares praticamente são inegociáveis, uma vez que os convênios e o SUS já possuem suas próprias tabelas. Este cenário que embora pareça aterrorizante não se constitui em obstáculo intransponível. Todas as Santas Casas estão buscando desenvolver novos serviços que possibilitem aumento de receita, principalmente provenientes de atendimentos particulares e convênios, no sentido de melhor poder financiar os serviços de atendimento SUS, mesmo enfrentando neste item a falta de recursos para

investimento e uma legislação rigorosa. Elas envolvem: Recursos Humanos (RH), instalações, procedimentos e serviços e sofrem constantes modificações, levando a triste conclusão que as exigências seguem padrões de primeiro mundo e a remuneração pelos serviços de mantém em nível de terceiro mundo. Enfrentam também neste caso falta de teto financeiro, tanto do município como da região para custear novos serviços.

Assim ficam as Santas Casas prensadas entre dois problemas, precisam gerar novos serviços para poder sobreviver, entretanto, quando conseguem, ficam na dependência de tetos financeiros, aguardando muitas vezes um longo tempo para que possam receber credenciamento e então receber do SUS pelos serviços prestados.

O quadro de RH segundo as administrações constitui-se no mínimo necessário e o ideal seria um volume maior, principalmente na área de enfermagem. Este quadro reduzido em determinadas épocas gera um aumento no pagamento de horas extras face à necessidade de cobrir faltas principalmente por motivo de doenças.

Os níveis de remuneração do RH são semelhantes no fundo do Alto Vale do Paraíba, passando a ter diferença para maior a partir de Pindamonhangaba ganhando uma proporção mais privilegiada à medida que se aproxima da capital, o que reduz a oferta de mão-de-obra na região estudada.

O treinamento dentro de períodos estabelecidos é utilizado principalmente na Santa Casa B que tem o hábito já utilizado em grandes empresas, de realizar o dia de integração entre todas as chefias, independente de sua posição hierárquica.

Em termos de equipamentos as Santas Casas constantes deste trabalho se apresentam em boas condições em termos numéricos, porém deficientes em modernidade, tendo em vista a sangria de recursos provocada pelos déficits. Apresentam uma manutenção corretiva quando o ideal seria a preventiva o que não ocorre por falta de condições financeiras.

A iniciativa na fabricação de medicamentos já é utilizada em uma das Santas Casas, na parte de cápsulas, com resultado excelente, estando na busca de recursos para adaptar este setor à legislação atual que trouxe uma série de exigências a serem cumpridas.

Pode-se, portanto, afirmar que embora haja um grande esforço por parte das entidades estudadas para se manterem, a perversidade do SUS é patente. Ao invés de proporcionar uma remuneração condizente com os serviços prestados, assumindo assim sua obrigação, o SUS força os hospitais a utilizarem os valores advindos de internações particulares e de convênios para a cobertura dos prejuízos gerados pela internação de pacientes SUS.

## 8 CONCLUSÃO

Para que as organizações possam atingir seus objetivos, se faz necessário contar com o meio econômico, financeiro e com uma estrutura organizacional e funcional adequada a essa finalidade. Nas Santas Casas estudadas essas estruturas necessitam de rápida modernização, tendo em vista que o sistema interno de comunicação é falho e a forma de gerenciamento marginaliza o conceito de hospital-empresa. O sistema adotado dificulta ainda a interação com os diversos níveis governamentais e, por conseqüência, um melhor apoio financeiro. O quadro de RH das entidades estudadas deve ser melhorado e a política salarial repensada, tendo em vista a constante rotatividade de pessoal em busca de melhor nível de remuneração.

As Santas Casas, através dos tempos, modificaram profundamente o seu papel junto à comunidade. Atuam hoje como hospital filantrópico, onde o atendimento ao filiado do SUS representa o maior volume de internações. Essa situação, aliada aos baixos valores recebidos pelos serviços prestados, torna inviável o funcionamento desses hospitais que, não mais contando com a ajuda maciça da população, são obrigados a buscar outras fontes de recursos para cobrir os déficits gerados por tais atendimentos. A dependência de tetos financeiros para a criação de novos serviços, a redução do número de internações particulares, a impossibilidade de negociar valores com o SUS, a dificuldade de obter maior remuneração por parte de convênios, o constante reajuste dos preços dos serviços públicos, insumos hospitalares, salários, etc..., definem bem o contexto da dificuldade no financiamento das atividades de um hospital filantrópico.

Assim, fica definido que nenhum hospital dedicado exclusivamente ao atendimento do paciente SUS, teria condições de se manter em funcionamento, salvo se direcionasse suas atividades para serviços de alta complexidade, que proporcionam uma remuneração compensadora. Tal procedimento, entretanto, requer altos investimentos e

riscos elevados, o que representa um sério obstáculo para os gerenciadores destas entidades.

As Santas Casas apresentam problemas gerenciais que aliados à crescente defasagem dos valores pagos pelo SUS dificultam a sobrevivência das mesmas. A colaboração negativa da remuneração SUS, que contribui diretamente para o desequilíbrio financeiro, é fator preponderante para a atual situação destas entidades. Como prova desta realidade detectou-se uma redução de 15,3% de leitos oferecidos ao SUS, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica e Administrativa – IPEA, entre os anos de 1990 a 1999 na região Sudeste, repetindo-se o mesmo fato nas regiões Nordeste, Sul e Centro-oeste.

A identificação de variação a menor dos valores pagos pelo SUS, em relação aos custos de internação, mostrou que o problema não está só na região do Alto Vale do Paraíba, e sim em toda região sudeste do país. Nas Santas Casas estudadas mesmo utilizando um custo médio geral de internações (SUS, particulares e convênios), os valores médios pagos pelo SUS são, em média, 47,25% inferiores ao custo médio de internação.

Buscou-se uma outra comparação que pudesse confirmar a situação detectada. Procedeu-se a busca das dez principais internações de cada Santa Casa, ou seja os dez diagnósticos motivo de internações, identificando-se os valores pagos pelo SUS e na ausência de índices referentes a custo por procedimento, definindo-se custos para estas internações. Ficou mais uma vez demonstrado que o custo de internação é superior aos valores pagos pelo SUS.

O reflexo desta situação pode ser visto na análise dos índices econômico-financeiros e na conclusão da análise dos balanços. Três Santas Casas com situação econômico-financeira abalada, sendo que a que mais atende SUS, apresenta uma situação “pré-falimentar”. Apenas uma das quatro apresenta uma situação saudável

exatamente aquela que se encontra em um município industrializado e que sempre contou com o amparo dessas empresas.

Outro fator da negatividade da influência do SUS nas Santas Casas estudadas envolve a relação entre as porcentagens de internação e sua correspondência com a receita gerada. Em média, estas entidades precisaram de 75,27% de suas internações, o que corresponde ao total de internações SUS, para gerar 45,26% de suas receitas. Isso demonstra a inviabilidade da remuneração do SUS, visto que menos de 25% das internações particulares, apresentando estas basicamente o mesmo custo das internações SUS, geraram quase 55% das receitas totais de internação das instituições. Se as remunerações fossem compensatórias, tal situação certamente não ocorreria e as Santas Casas que se mantêm no sistema em função de sua cultura organizacional de filantropia poderiam apresentar maior quantidade de serviços, bem como melhor qualidade, o que viria ao encontro dos anseios do sistema e do usuário.

Algumas sugestões podem ser feitas no sentido de amenizar ou resolver os problemas dessas entidades.

- O desligamento do SUS poderia ser uma medida financeiramente benéfica para as Santas Casas, desde que a sociedade voltasse a, com suas doações, cobrir os gastos com o atendimento do desvalido;
- Outra medida seria transformar as Santas Casas em hospitais comerciais, cobrando do paciente desvalido apenas o custo de sua internação e respectivos gastos;
- Retornar a forma mista de pagamento de internações usada na década de 1970, em que o Governo garante um montante de pagamento por uma internação em local definido, abrindo a possibilidade ao paciente conveniado de complementar este pagamento, no caso se desejar melhores instalações para sua internação;

- Desenvolvimento da sistemática de internação na qual medicamentos e materiais sejam pagos, além de um valor referente aos pacotes de internação SUS;
- Identificação de todas as necessidades médico-hospitalares de cada região do Estado, capacitando e mantendo um ou dois hospitais destas regiões para esse atendimento. Isto reduziria a dificuldade por vagas para exames e tratamentos em grandes centros; acabaria com o volume de negativas normalmente encontradas quando da necessidade de transferência de pacientes de alto custo de internação; traria mais comodidade ao paciente e à família, bem como economia quanto a combustível, manutenção, depreciação, pessoal, tempo, isto sem falar em risco com as constantes viagens para a realização de exames, cirurgias e tratamento especializado;
- Modernização das estruturas organizacionais e funcionais possibilitando otimização dos recursos disponíveis;
- Modernização dos instrumentos legais dessas entidades proporcionando um melhor funcionamento das irmandades mantenedoras e suas respectivas mesas diretivas

Assim, pode-se afirmar que a influência negativa do SUS sobre a gestão das Santas Casas estudadas, e que apresentam pouco ou nenhum serviço de alta complexidade, é visível. Tal situação exige das entidades a criação de providências quanto à geração de outras receitas, à criação de instrumentos de acompanhamento e ao controle econômico-financeiro e de meios para otimizar financeiramente o atendimento ao paciente SUS.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. *Fontes de Financiamento e Eficiência em Dois Hospitais Filantrópicos Paulistas: um Estudo de Caso*. 1998. 108 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo.

AZEVEDO, C. S. Gestão Hospitalar: A Visão dos Diretores de Hospitais Públicos do Município do Rio de Janeiro. *Em Pauta: Revista de Administração Pública*, p.33-58, jul/set, 1995.

BERMAN, H. J.; WEEKS, L. E. *Administração Financeira de Hospitais*, São Paulo: Pioneira, 1979. 417 p.

BORGES, D. O. Papel das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos na Saúde do Brasil. *Em Pauta: Informativo Hospitalar Brasileiro*, São Paulo, p. 07-10, out. 1994.

BORGES, G. S. Planejamento Estratégico: Meta e Metas. *Em Pauta: Notícias Hospitalares*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 30, 2002.

BRASIL, *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA*. 23 ed. São Paulo: Atlas, 1987. 143 p.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas*. Brasília, 2000. 44 p.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS); Instrumentos de Gestão em Saúde*. Brasília, 2001. 44 p.

CAMPOMAR, M. C. Do Uso de [Estudo de Caso] em Pesquisa para Dissertações e Teses em Administração. *Em pauta: Revista de Administração*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 96, jul./set.1991.

CAMPOS, J. Q. et al. *Fundamentos da Saúde Pública e Administração*. São Paulo: DAG, 1991, 160 p.

CAMPOS, J. Q. *Política e Sistemas de Saúde*. São Paulo: Jotacê, 1993, 159 p.

CARVALHO, L. F. *Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital*. São Paulo: Editora USP, 1973, 257 p.

CHERUBIN, N. A. *Administração Hospitalar, um Compromisso com a Ciência e a Arte*. São Paulo: Loyola, 1998, 175 p.

CHERUBIN, N. A. *Fundamentos da Administração Hospitalar*. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1977, 332 p.

CHINEN, C. A. K. *Contribuição à Gestão Financeira Hospitalar no Brasil*. 1987. 168 f. Tese (Doutorado em Contabilidade) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, 1987.

CIVITA, V. *Medicina e Saúde: História da Medicina*. v. 1. São Paulo: Abril Cultural, 1969. 319 p.

COSTA, A. T. *Administração de Entidades Sem Fins Lucrativos*. São Paulo: Livraria Nobel, 1992. 125 p.

COUTTOLENC, B. F. *Gestão de Recursos Financeiros*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, 124 p.

DEBIASE, R. As Santas Casas de Misericórdia: Histórico, Evolução, Perspectivas e Desafios. *Em Pauta: Administrador Hospitalar*, São Paulo, out./nov., v. 52, n. 5, p. 3, 2001.

DRUKER, P. F. *Administração de Organizações Sem Fins Lucrativos*. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1999, 166 p.

FILHO, L. C. S. *Médicos de Guaratinguetá no Século XIX*. Lisboa: Imprensa Médica, 1960. 121 p.

GITMAN, L. J. *Princípios de Administração Financeira*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 610 p.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Em Pauta: Revista de Administração de Empresa*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOVERNO DO ESTADO, Direção Regional de Saúde - DIR XXIV. *Projeto Verão*. Taubaté, 2000.

GOVERNO DO ESTADO, Direção Regional de Saúde - DIR XXIV. *Plano Diretor de Regionalização*. Taubaté, 2001.

INDICADORES PROAHASA. *Em Pauta: Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, abr./jun., v. 3, n. 11, p.3, 2001.

JACOB, P. M. J. *Redução de Custos: A Alternativa para o Lucro*. São Paulo: Editora STS, 1998, 98 p.

MARCONI, M. A.; LAKATUS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1982. 205 p.

MARTINS, D. *Gestão Financeira de Hospitais*. São Paulo: Atlas, 1999. 108 p.

MARTINS, D. *Custos e Orçamentos Hospitalares*. São Paulo: Atlas, 2000. 165 p.

MELLO, C. G. *O Sistema de Saúde em Crise*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1981. (Coleção Saúde e Debate).

MENDES, E. V. *Uma Agenda para Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p. (Coleção Saúde e Debate).

MEZZOMO, A. *Serviço do Prontuário do Paciente*. 4. ed. São Paulo: CEDAS, 1998.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento*, São Paulo: Hucitec, 1992. 109 p. (*Pesquisa Qualitativa da Saúde*).

MINSK, P. O Papel das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos na Saúde do Brasil no Passado e Atualmente. *Em Pauta: Informativo Hospitalar Brasileiro*, São Paulo, jan., p. 7-10, 1995. 138 p.

MOURA, C. E. M. *O Visconde de Guaratinguetá*, São Paulo: Secretaria da Cultura, Ciência e Tecnologia, 1976. 130 p.

NICZ, L.F. Médicos & Hospitais x Gerenciamento da Assistência à Saúde. *Em pauta: Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 4, n. 13, p. 17-21, 2001.

PEREIRA, M. F. Mudanças Estratégicas em Organizações Hospitalares: uma abordagem contextual e processual. *Em Pauta: Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 83-96, 2000.

PONTE, J. L. 500 Anos de Brasil e Misericórdias. *Em Pauta: Santa Saúde*, DF, jun./jul., ano 1, n.1, p. 6-8, 2000.

RIBEIRO, H. P. *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

ROMAIN, J. M. B. NOAS – SUS. In: *Reunião de Secretários de Saúde da Região da Região do Alto Vale do Paraíba*, 2001, Campos do Jordão (SP): Secretaria Municipal de Saúde, p. 16-19, 2001.

ROMAIN, J. M. B. Curso de Atualização e Capacitação em Gestão Municipal na Área de Saúde. In: *Reunião de Secretários de Saúde da Região da Região do Alto Vale do Paraíba*, 2001, 69-71 p. Campos do Jordão, 2001.

SANTA CASA DE JAÚ. Breve História da Medicina. *Em Pauta: Nosso Jornal*, Jaú, outubro, p. 10, 1994.

SENNA, P. G. M. *O Setor Filantrópico no Sistema Único de Saúde: um estudo da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*. 2000. 119f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Departamento de Sociologia da FFLCH, Universidade de São Paulo, 2000.

SILVA, F. A. R. *Saúde e Previdência Social: uma análise econômica*, Rio de Janeiro: Ipea, 1974. 163 p. (Coleção de Relatórios de Pesquisa).

SPIGOLON, J. L. Estrutura Administrativa de um Hospital. *Em Pauta: Novo Rumo*, São Paulo, ano 4, n. 39, p. 3, 1991.

VERGARA, S. C. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000. 92 p.

VIEIRA, M. F. V. et al. *Administração Contemporânea*. São Paulo: Atlas, 1999. 303 p.