Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

O PAPEL DA SANTA CASA DE SANTOS NO ATENDIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA ALTA E BAIXA COMPLEXIDADE

JOÃO ALFREDO CARVALHO RODRIGUES GONÇALVES

Santos
2011

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

O PAPEL DA SANTA CASA DE SANTOS NO ATENDIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA ALTA E BAIXA COMPLEXIDADE

JOÃO ALFREDO CARVALHO RODRIGUES GONÇALVES

Dissertação apresentada no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Amélia Cohn

Santos
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
SibiU

G635p Gonçalves, João Alfredo Carvalho Rodrigues

O papel da Santa Casa de Santos no atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) na alta e baixa complexidade / João Alfredo Carvalho Rodrigues Gonçalves; Amélia Cohn - Santos: [s.n.], 2011.

109 f. ; 30 cm. (Dissertação de Mestrado - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva)

1. Santa Casa de Santos. 2. Sistema Público de Saúde. 3. Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise). 4. Consulta de Clínica Médica. 5. Pediatria. 6. Entidade Filantrópicas e SUS. I. Amélia Cohn. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 614(043.3)

DEDICATÓRIA

À **minha** "***Mãe Dida***", avó materna e também responsável pela minha criação e formação como "Homem", a qual passou longos e ávidos anos de sua vida laborando como enfermeira na Santa Casa de Santos.

Aos **meus pais: Carmen Dolores e José Maria**, responsáveis pela minha formação pessoal, profissional, professores, tanto de formação como educadores da vida, além de amigos inseparáveis.

À **Santa Casa de Santos**, empresa na qual atuo desde os 17 anos e responsável pela cura e felicidade de inúmeras pessoas.

PÁGINA DE AGRADECIMENTOS

Inicialmente a **DEUS**, que permite continuarmos em nossas batalhas diárias e nos concede SAÚDE, para que tenhamos força para sobreviver.

Aos **meus amados pais: Carmen Dolores e José Maria**, que sem mensuração de esforços, contribuem e sempre contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

À **minha amada esposa Graziele**, pelo companheirismo e apoio em todas as atividades às quais me dedico.

Aos **professores, funcionários e colaboradores** do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, pela habitual presteza concedida.

À **minha querida orientadora Profa. Dra. Amélia Cohn**, que embora tenha sido submetida às fortes emoções de minhas entregas e colocações tardias, conduziu com excelência a elaboração deste trabalho.

RESUMO

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, popularmente conhecida como “Santa Casa de Santos”, é considerada como “*Primeiro Hospital do Brasil*”, com fundação em 1.543. Desde então mantém a filantropia como principio de atuação, preservando a missão de seu fundador: “*Casa de Deus para os Homens, porta aberta ao Mar*...” *(Braz Cubas).* No entanto, na qualidade de entidade prestadora de assistência à saúde, através do atendimento multiprofissional e com foco em diversas especialidades médicas, desde 1988 vem se articulando com o SUS nessa tarefa.

O objetivo da dissertação é levantar subsídios para apontar a posição estratégica crescente que este hospital vem assumindo no município e na Baixada Santista para atender a demanda da região por atendimento à saúde e assistência médica, bem como no interior do sistema de saúde público brasileiro, o SUS. Para tanto recorreu-se a pesquisa bibliográfica, com o intuito de demonstrar a reconstrução histórica da Santa Casa de Santos e a implantação do Sistema Único de Saúde na Baixada Santista. Quanto aos dados da produção de serviços médicos de Alta (Terapia Renal Substitutiva) e Baixa (Consulta Médica de Emergência na Clínica Pediátrica) complexidade produzidos pela instituição entre 2000 e 2010, aqui utilizados como traçadores na análise, eles foram retirados do DATASUS/MS, através do programa de tabulação de dados TABWIN.

Os dados e a análise realizada corroboram a hipótese que orienta a investigação: a Santa Casa de Santos vem crescentemente assumindo papel

central na disponibilidade de oferta de serviços assistenciais pelo SUS, na qualidade de seu parceiro privilegiado segundo a Constituição de 1988. Essa parceria com entidades filantrópicas de saúde, ocorre na ausência de disponibilidade de infraestrutura do SUS. Concomitantemente, para manter o equilíbrio orçamentário, elas são obrigadas a cada vez mais orientarem-se pela racionalidade do mercado, inovando na dimensão de oferta de novos serviços que as tornem menos dependentes dos valores de ressarcimento por procedimentos médicos do SUS como fonte de receita.

Palavras-chave: Santa Casa de Santos; sistema público de saúde; terapia renal substitutiva (hemodiálise); consulta de clínica médica; pediatria; entidades filantrópicas e SUS.

ABSTRACT

Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, commonly known as Santa Casa de Santos, is entitled as the First Hospital of Brazil and its foundation dates from 1.543. Since then, it has the philanthropy as the main principle of its activities, perpetuating the mission of its founder: `The Temple of God for the mankind, open to the sea´ (Braz Cubas). Nonetheless, in the role of an institution of health assistance, taken for granted its multi-professional services and focus on several of medical specialties, it has articulated with SUS since 1988.

The goal of this dissertation is to raise reasons to point out the strategic and growing position of the hospital in Santos city and its surrounding region in order to assist the demand of its community for health and medical assistance as well as to meet the prerogatives of Brazilian Health System – SUS. Thus, a bibliographic research was made aiming to make up the rich history of Santa Casa de Santos and the implementation of the Brazilian Health System in Santos region. Additionally, as far as the data of high complexity medical services (Substitutive Renal Therapy) and low complexity medical services (Medical Attendance at Pediatric Emergency Clinic), performed between the years of 2000 and 2010, namely as ´analysis tracers´, are concerned, they were extracted from DATASUS/MS and using the software TABWIN.

Then, the data and analysis made reinforce the hypothesis which guides this study: Santa Casa de Santos has consistently assumed the key role for the availability of offer for the health assisting services by SUS, working as its real

partner in accordance with Brazilian Legislation from 1988. The partnership with health philanthropic entities happens by the lack of SUS infra-structure availability. Concomitantly, to meet the budget balance, these entities are supposed to drive their planning and actions according to the market forces, by innovating to offer new services in order to make them less dependent of SUS reimbursement for the medical procedures accomplished, as its main income source.

Key-words: Santa Casa de Santos. Public Health System; Substitutive Renal Therapy (hemodialysis); Medical Clinic Attendance; Pediatrics philanthropic entities and SUS.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1. População por municípios na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS)..... 27
Tabela 2 Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia na Baixada Santista 2005 a 2007 77
Tabela 3. Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia na Baixada Santista 2008 a 2010 77
Tabela 4. Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia no município de Santos 2005 a 2007 78
Tabela 5. Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia no município de Santos 2008 a 2010 78
Tabela 6. Procedimentos de hemodiálise realizados na Santa Casa de Santos de 2000 a 2010 80
Tabela 7. Procedimentos de hemodiálise realizados na Santa Casa por origem de município..... 81
Tabela 8. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica na Baixada Santista 2005 a 2007 83
Tabela 9. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica na Baixada Santista 2008 a 2010 83
Tabela 10. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica no município de Santos 2005 a 2007 84
Tabela 11. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica no município de Santos 2008 a 2010 85
Tabela 12. Procedimentos de consulta médica em pediatria realizadas na Santa Casa de Santos de 2000 a 2010..... 86

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
BS	Baixada Santista
CADOP	Sistema de Cadastro de Operadoras
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CMB	Confederação das Misericórdias do Brasil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OSCIP	Organização de Sociedade Civil de Interesse Público

OSS	Organização Social de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RAIS	Relação Anual de Informações
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatísticas
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSAM	Sistema Suplementar de Assistência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador de Dados dos Atendimentos SUS para Internet
TABWIN	Tabulador de Dados dos Atendimentos SUS
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

ORGANIZAÇÃO DO CORPO DA DISSERTAÇÃO

PÁGINA DE APRESENTAÇÃO OU CAPA

FICHA CATALOGRÁFICA

PÁGINA DE DEDICATÓRIA

PÁGINA DE AGRADECIMENTOS

RESUMO

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1 – JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO TEMA **16**

2 - OBJETIVO: geral e específicos & HIPÓTESE **23**

3 - METODOLOGIA **24**

I – CAPÍTULO 1: HISTÓRIA DO SUS EM SANTOS E NA BAIXADA SANTISTA **25**

1.1 Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) - descrição 25

1.2 História da Filantropia e das Santas Casas 31

1.2.1 Origem das Santas Casas e a Santa Casa de Santos 37

1.3 Lógica da oferta filantrópica como componente do SUS 39

1.4 Antecedentes históricos do federalismo no Brasil e a questão da descentralização 49

II - Capítulo 2: EVOLUÇÃO DO SERVIÇO DA SANTA CASA DE SANTOS **53**

2.1 Papel de peso da Santa Casa no SUS 53

2.2 Evolução do serviço da Santa Casa com o aumento da demanda e a diminuição da oferta, perante o financiamento deficitário do SUS 56

2.3 SUS e a participação na gestão da Santa Casa 67

III – Capítulo 3: Procedimentos de Alta e Baixa Complexidade realizados na Santa Casa de Santos **73**

3.1 A Santa Casa de Santos 73

3.2 O Atendimento em Alta Complexidade 76

3.2.1 O atendimento em Nefrologia na Santa Casa de Santos 78

3.3 O Atendimento em Baixa Complexidade 82

CONSIDERAÇÕES FINAIS **89**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **93**

INTRODUÇÃO

JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO TEMA

OBJETIVO & HIPÓTESE

METODOLOGIA

1 – JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO TEMA

A origem da fundação das Santas Casas de Misericórdia foi motivada pela assistência aos enjeitados e marginalizados, como os doentes mentais e demais pessoas excluídas do convívio social, em 1498 na cidade de Lisboa, Portugal. Em seguida, logo após a descoberta do Brasil, aproximadamente em 1.540, surgiram as misericórdias brasileiras, seguidoras dos estatutos das instituições portuguesas congêneres. Importante destacar que na maioria dos países em que eram fundadas, as misericórdias se anteciparam às atividades estatais de assistência social e de saúde.

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, com fundação em 1.543, é a "*Primeira Santa Casa do Brasil*", também considerado o "*Primeiro Hospital do Brasil*", sendo uma instituição filantrópica, com 467 anos de história. Atualmente, é classificada como "Hospital de Ensino", pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e certificada com o "Selo Ouro" pelo CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Tem como missão atual: "Prestar assistência à saúde, como centro especializado de referência e promover o ensino e a pesquisa", porém, sem jamais esquecer a missão de seu fundador: "Casa de Deus para os Homens, porta aberta ao Mar..." *(Braz Cubas).*

Além de ser instituição filantrópica de reconhecida excelência e hospital de referência da Baixada Santista, quer seja para o Sistema Único de Saúde (SUS) ou para o sistema suplementar (SSAM), possui aproximadamente 700 (setecentos) leitos espalhados em uma área construída de aproximadamente 44.000 m^2. Também vem sendo responsável pelo atendimento

multiprofissional, com foco em diversas especialidades, quer seja em caráter de emergência e/ou urgência, ambulatorial ou internações.

No ano de 2.010, para o Sistema Único de Saúde, a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos contribuiu para sua região realizando: 12.314 Internações (16,1% da região); proporcionando: 82.133 diárias (19,2%) e 10.473 diárias de UTI (30,4%). Na esfera ambulatorial, também para o SUS, foi responsável por 591.702 atendimentos, sendo classificada em 1º lugar de sua região em quantidade de atendimentos. Dentre estes atendimentos, destacamos: 33.200 atendimentos em Oncologia (40,4% da região) - quanto a procedimentos realizados, ocupa a 1ª posição de sua região e a 30ª posição de seu estado (entre 67 estabelecimentos), sendo: 20.956 atendimentos em Radioterapia (38%) - *ÚNICO NA REGIÃO* nesta especialidade; 12.203 atendimentos em Quimioterapia (45,3% da região). Para a especialidade de Nefrologia, foi responsável por 26.826 atendimentos (38,5% da região), ocupando a 1ª posição de sua região e a 31ª posição de seu estado (entre 135 estabelecimentos).

A Região Metropolitana da Baixada Santista é formada pelos municípios: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Peruíbe, Praia Grande, Mongaguá, Santos e São Vicente, abrangendo uma área de 2.373 km^2, com 1.663.082 habitantes, configurando no 14º lugar nacional e o 3º em seu estado em termos populacionais.

Quanto à assistência à saúde, dentro de nosso ordenamento jurídico, a Constituição Federal de 1988, no Título VII – DA ORDEM SOCIAL, Capítulo II, Seção II – Da Saúde, define no artigo 196 que: "*A saúde é direito de todos e*

dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O Sistema Único de Saúde – SUS, está definido no artigo 198, do seguinte modo: "*As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts.

157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de

combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício”.

Também em nossa Carta Magna, especificamente no artigo 199, é concedido o direito de preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos como forma complementar do Sistema Único de Saúde, conforme demonstrado: “*A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.*

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante,

pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”.

Na área da Saúde, a Reforma do Estado no Brasil teve seu fundamento no Fundo Municipal de Saúde, o qual possui a atribuição de estabelecer as prioridades e usar os recursos de forma independente, ou seja, não está regido por acordos políticos, que habitualmente pontuam as ações dos Poderes Executivo e Legislativo, em todos os níveis de governo. O conceito de descentralização está fundado na autonomia concedida ao Fundo Municipal de Saúde, permitindo ações estratégicas ao gestor municipal.

Embora o SUS esteja definido em nossa Carta Maior, seu regulamento ocorreu através da Lei 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990. Esta lei define o seu modelo operacional, normatizando a sua forma de organização e de funcionamento. Além disso, contribuiu integralmente, com a obrigação dos municípios em assumir o compromisso da saúde, atividades de vigilância e controle de doenças.

No Brasil, existem aproximadamente 2.100 Santas Casas e Hospitais sem fins lucrativos. Estes hospitais juntos apresentam: 175.000 leitos hospitalares; 6.950.000 internações hospitalares realizadas em 2008, sendo 4.900.000 pelo SUS; em torno de 41% das internações do Sistema Único de Saúde são realizadas nestes hospitais; 480.000 empregos diretos e 140.000 médicos autônomos. Além disso, 56% destas instituições são os únicos hospitais no município onde se localizam (Fonte: CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas).

Nesta dissertação, apresentaremos a participação de uma instituição filantrópica, a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, no atendimento a pacientes da Região Metropolitana da Baixada Santista, para procedimentos de alta e baixa complexidade, especificamente aqueles relacionados à terapia renal substitutiva (hemodiálise) na alta complexidade e à clínica pediátrica (consultas médicas) no âmbito da baixa complexidade, ambos financiados pelo Sistema Único de Saúde. Além de buscar o peso e a magnitude dessa participação da entidade filantrópica junto ao SUS, objetivamos desvendar sua participação no atendimento complementar ao Sistema Único de Saúde, verificando até que ponto ela mantém algum tipo de articulação com a assistência básica à saúde.

2 - OBJETIVO: geral e específicos & HIPÓTESE

OBJETIVO GERAL

Averiguar o papel da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, popularmente conhecida como "*Santa Casa de Santos*", no atendimento ao Sistema Único de Saúde na Baixada Santista, na Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise) e no atendimento da Clínica Pediátrica (Consulta Médica de Emergência). A partir desta análise, mensurar a contribuição da Instituição, quer seja em procedimentos de Alta ou Baixa complexidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- apresentar o histórico de implantação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana da Baixada Santista;
- ilustrar a evolução histórica da Santa Casa de Santos;
- demonstrar o aumento da demanda e a contribuição do serviço da Santa Casa de Santos junto ao SUS, em Alta e Baixa Complexidade.

HIPÓTESE

Os hospitais públicos não possuem capacidade plena para atendimento aos pacientes do sistema público de saúde, sendo a parceria com os hospitais filantrópicos uma alternativa complementar (e com peso crescente) ao atendimento desta demanda, a fim de garantir o acesso à saúde, previsto na legislação brasileira.

3 - METODOLOGIA

Parte-se de pesquisa bibliográfica, com o intuito de demonstrar o histórico de implantação do SUS na Baixada Santista e reconstrução histórica da Santa Casa de Santos. Ela é complementada com a análise dos dados da produção desta instituição para os procedimentos médicos de Alta e Baixa complexidade, sendo respectivamente analisados: Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise) e Consulta Médica de Emergência na Clínica Pediátrica, no período de 2000 a 2010, através do programa de tabulação de dados TABWIN, desenvolvido pelo DATASUS (Departamento de Informação e Informática do SUS), órgão este pertencente ao Ministério da Saúde.

A Santa Casa de Santos é o primeiro hospital do Brasil, sendo atualmente referência de atendimento à saúde para os nove municípios que compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista.

Neste estudo, será demonstrada a contribuição de um hospital filantrópico como alternativa complementar ao atendimento da demanda do subsistema de saúde público. Pretende-se contribuir, com ele, para a demonstração de que a potencialidade destas instituições, que infelizmente em grande parte dos atendimentos sequer recebem a contraprestação financeira adequada aos gastos com o atendimento prestado, torna-se cada vez mais pressionada pela demanda, devendo estas buscar alternativas paliativas para a manutenção de suas atividades.

I – CAPÍTULO 1: HISTÓRIA DO SUS EM SANTOS E NA BAIXADA SANTISTA

1.1 Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) - descrição

Figura 1. Divisão Político-Administrativa da Região Metropolitana da Baixada Santista

Fonte: AGEM (2011)

A Baixada Santista está historicamente ligada ao início da colonização brasileira. Fundado em 1532, por Martim Afonso de Sousa, São Vicente é o município mais antigo do Brasil, sendo que Santos já era seu porto por volta da metade do século XVI. Até o século XIX, a região teve crescimento reduzido, mas o fortalecimento da cultura cafeeira levou a uma expansão intensa, devido ao aumento das atividades portuárias (RMBS, 2010).

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), criada em 1996, é formada pelos municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Peruíbe, Praia Grande, Mongaguá, Santos e São Vicente e abrange uma área de 2.373 km^2, o que representa 1% do território paulista, e é formada de população predominantemente urbana. Sua formação se deu a partir do município de Santos, cuja ocupação está associada originalmente ao porto, que desempenhou um papel fundamental no contexto do complexo cafeeiro, a partir do final do século XIX. (RMBS, 2010).

Na década de 1940, a construção da Rodovia Anchieta trouxe uma nova visão espacial e urbana à Baixada Santista, pois a região tornou-se a mais importante para o turismo e o lazer no estado, fomentando com isso o setor terciário.

Na década de 1950, houve a inauguração da Refinaria Presidente Bernardes, da Petrobrás, em Cubatão, simultaneamente à de outras empresas da indústria petroquímica, seguidas pelas de fertilizantes e químicas, dando importante início à economia regional, que passa então a se destacar como uma das cadeias produtivas de grande importância no país.

Em 1963, entra em funcionamento a Companhia Siderúrgica Paulista (COSIPA), consolidando Cubatão como o grande pólo petroquímico da região, que fornece matéria-prima à expansão do parque industrial do planalto paulista.

Foi o crescimento urbano e econômico de Santos, Cubatão e Guarujá que auxiliou o desenvolvimento de outros municípios como São Vicente, Praia Grande e o distrito de Vicente de Carvalho, no Guarujá, que eram então conhecidos como cidades dormitórios.

Além disso, é a terceira maior região do Estado de São Paulo, em termos populacionais, com mais de um milhão e seiscentos mil habitantes. (IBGE, 2011). Nos períodos de férias, acolhe igual número de pessoas, que se instalam na quase totalidade em seus municípios. A tabela abaixo mostra a divisão populacional por municípios da RMBS.

Tabela 1. População por municípios na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS)

Município	**População**	
Bertioga	47.572	8ª
Cubatão	118.797	5ª
Guarujá	290.607	3ª
Itanhaém	87.053	6ª
Mongaguá	46.310	9ª
Peruíbe	57.686	7ª
Praia Grande	260.769	4ª
Santos	419.757	1ª
São Vicente	332.424	2ª
Total	**1.660.975**	

Fonte: RMBS (2010)

De acordo com a Secretaria de Emprego e Relações do Trabalho, a região possui uma estrutura industrial dinâmica que, em conjunto com o Porto de Santos,

> [...] propiciou o desenvolvimento de um setor de serviços diversificado e forte. Os segmentos industriais mais expressivos são o refino de petróleo e a metalurgia básica, além do ramo químico. A importância desses setores é complementada por inúmeras indústrias de bens intermediários. As indústrias de alimentos e bebidas também são atividades importantes na região. Embora também seja apontado como um dos problemas para o meio ambiente e a infra-estrutura locais, o turismo de veraneio tem sido um dos

> principais fatores de crescimento urbano da RMBS, impulsionando novos empreendimentos imobiliários em quase todas as cidades da região, sobretudo em Bertioga, Praia Grande, Itanhaém e Peruíbe. Em Santos e Guarujá, além de um comércio diversificado e *shopping centers*, surgiram também atividades voltadas ao turismo de negócios. A região dispõe de vários hospitais públicos e privados, destacando-se a **Santa Casa da Misericórdia de Santos** e o Hospital Estadual Guilherme Álvaro. Entre as várias universidades particulares e públicas, encontram-se, em Santos, o campus litoral da Unifesp e, em São Vicente, o campus da Unesp. (RMBS, 2010, p. 4).

De 1991 a 2004, a população na faixa de 25 a 59 anos evoluiu de 43,2% para 47,0% e, a de idosos, de 8,9% para 10,5%. Segundo o perfil regional do Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatísticas (SEADE) de abril de 2009, a taxa de crescimento anual da população, no período de 2000 – 2008, foi de 1,53% ao ano, superior à média estadual de 1,34%. A população a partir de 65 anos aumentou de 4,6% para 7,8%. A RMBS atrai expressiva população flutuante, que veraneia nas suas praias, sobrecarregando as cidades e afetando a qualidade de vida da população. (RMBS, 2010).

É possível observarmos a prática de atividade física na orla da praia ou em academias, onde a população se exercita com frequência. Devido sua proximidade com o mar e com o comércio pesqueiro, deduz-se que haja um alto consumo de frutos do mar.

O Produto Interno Bruto, em 2006, indicou que a região contribuiu com trinta bilhões de reais, ou 3,8% de participação no PIB do estado. Os 27 mil estabelecimentos comerciais e de serviços, segundo o inquérito administrativo da Relação Anual de Informações (RAIS), empregam quase 196 mil pessoas, três quartos dos 266 mil postos de trabalho ocupados.

O Porto de Santos é marco na constituição histórica da Baixada Santista e no desenvolvimento econômico do Estado de São Paulo, sendo a principal porta de entrada e saída de produtos do país; movimentou em seus 13 quilômetros de cais 81 milhões de toneladas de cargas em 2008.

A frota metropolitana de veículos soma mais de 450 mil unidades. De cada dez veículos cadastrados na região, seis são automóveis. Diariamente, 13 mil pessoas movimentam-se entre Santos, Guarujá e Bertioga, através de barcos e balsas, as quais transportam ainda, por dia, cerca de 16 mil automóveis e 15 mil bicicletas.

A Baixada Santista possui uma estrutura industrial significativa principalmente no refino do petróleo, na metalúrgica básica e nas indústrias químicas. Fora estes, indústrias de bens intermediários se instalaram ao redor. A partir de 2007, com a descoberta de petróleo em Santos e Guarujá, certamente mudanças econômicas e sociais ocorrerão nesta região. Embora, ainda não estudados, poderão ser melhor avaliados nos próximos cinco anos.

O espaço urbano mais densamente ocupado da Região Metropolitana da Baixada Santista é compreendido pelos municípios de Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Praia Grande.

Situada em área de preservação ambiental, cerca de 70% de todo o território, devido à costa da Mata Atlântica com grandes porções de manguezais, vegetação abundante com várias espécies da nossa fauna e flora, o crescimento dos municípios altera as características naturais da região provocando mudanças no seu ecossistema e, em casos como São Vicente,

exercendo um impacto negativo no equilíbrio ambiental natural como: influência das marés, a permeabilidade do solo e a pouca profundidade do lençol freático.

O saneamento básico transforma-se em grave questão da saúde pública da região, devido ao lançamento do esgoto sanitário e industrial sem normas, desde o início da constituição da região, que foi acelerada e que crescia sem regulação ambiental, o que constitui um sério problema de contaminação para os cursos d'água de toda esta região, acrescidos pela baixa profundidade e a alta permeabilidade do solo. A deposição de resíduos tóxicos industriais é extremamente prejudicial à saúde (BRAGA, A.L.F.; Estudo epidemiológico na população residente na Baixada Santista - Estuário de Santos: Avaliação de indicadores de efeito e de exposição a contaminantes ambientais, 2005).

Esse problema das políticas públicas de saúde certamente contribui para a proliferação de doenças na Região Metropolitana da Baixada Santista, intensificando a complexidade da questão da atenção à saúde, tanto no que diz respeito à atenção básica como à da média e alta complexidade. Esta complexidade, para ser enfrentada, conta com um sistema de saúde na RMBS composto por uma rede de 2.066 leitos nos hospitais credenciados pelo SUS, 259 unidades de saúde e 13.308 profissionais de saúde (CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – cnes.datasus.gov.br, acesso em janeiro/2011).

Nesta região, existe um conjunto expressivo de farmácias particulares bem como de um número expressivo de serviços médicos e de laboratórios privados, compondo o subsistema de saúde suplementar e/ou privado. De acordo com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e do Sistema de

Cadastro de Operadoras (CADOP), ambos geridos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em junho de 2010, foram relatados que 58.407 habitantes da RMBS se beneficiavam da Autogestão, 183.211 de Cooperativa Médica, 126.728 de Filantropia, 228.652 de Medicina de Grupo e 47.175 de Seguradora Especializada em Saúde. No total, 644.173 habitantes da RMBS possuem plano de saúde suplementar, o que corresponde a 39% da população total da região.

1.2 História da Filantropia e das Santas Casas

Com base nas informações e estudos disponíveis, averigua-se que até o presente momento não é possível determinar um período exato do surgimento da filantropia. O que se pode afirmar é que, desde o início de muitas civilizações, esse modelo de solidariedade social se faz presente, como característica fundadora deste termo que analisaremos em seguida.

A evolução da sociedade trouxe consigo alterações no modo de ajudar o próximo, ou seja, inicialmente a ajuda aos mais necessitados se dava de forma natural, desprovida de princípios ou interesses ideológicos. Em um segundo momento nasce, no século XVIII, a solidariedade sob fins religiosos, segundo os quais a Igreja Católica recebia doações referentes a indulgências de seus pecadores, ou dízimos, com o objetivo de serem usados para sanar as necessidades daqueles que estariam na miséria. Em um terceiro momento, na primeira metade do séc. XX, em uma sociedade global pós-guerra, registra-se o aparecimento das primeiras ações filantrópicas de cunho privado. (LESSA e ROSSETTI, 2006).

A palavra "filantropia", que vem do grego (filós+ântropos), significa "amigo do ser humano". Como já mencionado, nenhuma fonte consultada indica a história da filantropia, então não se pode saber exatamente como ela surgiu. Sobre o que é filantropia, afirma o dicionário Aurélio: FILANTROPIA sf. 1. Amor à humanidade. 2. Caridade. (FERREIRA, 1986).

No entanto, filantropia e caridade são distintos, conforme se depreende do texto que segue.

> O "fazer o bem", o socorro aos necessitados, deixa de ser uma virtude cristã para tornar-se uma virtude social; e a generosidade é entendida pelos filósofos como a virtude do homem bem-nascido, que tem uma tendência para doar, doar largamente, daí a forte presença das grandes fortunas entre os principais filantropos, contudo, tanto a caridade quanto a filantropia destinam suas obras aos necessitados. (DUPRAT, 1993, p. 54).

Talvez a maior diferença entre ambos os conceitos resida não na ação propriamente dita, mas nos meios de realizá-la, pois a caridade, por tratar-se de uma obra piedosa, pressupõe a renúncia de quem irá realizá-la, pressupõe o anonimato como valor máximo; já a filantropia, tendo um gesto de utilidade, tem na publicidade sua arma, mesmo porque a publicidade provoca uma maior visibilidade da obra aumentando assim a rivalidade entre aqueles que a realizam.

O resultado tanto da filantropia quanto da caridade foi o mesmo, mesmo porque, ambas apresentam um elo comum - o “fazer o bem”; e a partir de ambas é que foram criados hospitais, asilos, entre outros. A filantropia se faz muito presente nas ações de muitos hospitais que tiveram sua origem através do trabalho de senhoras da sociedade, ou seja, mediante a união dessas

senhoras da alta sociedade (LESSA e ROSSETTI, 2006), como por exemplo, a Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Nota-se hoje uma nova roupagem para essas ações, ou melhor, uma nova nomenclatura do que seria a filantropia ou a caridade, mas ambas organizadas através do chamado “voluntariado”.

A filantropia, a caridade ou o voluntariado são vistos por muitos como maneiras de amenizar o enorme leque de necessidades sociais, expressão da insuficiência de ação junto aos necessitados. São ações encaradas por seus praticantes como uma forma de ajudar e contribuir com o desenvolvimento e a mudança social, sem recorrer à intervenção estatal, muitas vezes contribuindo por essa via para contrariar ou corrigir as “más” políticas públicas em matéria social, cultural ou de desenvolvimento científico. Sabemos que grande parte desse modo de pensar está relacionado à religião, ou mais especificamente ao cristianismo. (LESSA e ROSSETTI, 2006).

As formas de ajuda mútua ainda continuam vivas entre a população. Elas não dispensam a ajuda de curandeiros ou conselheiros espirituais. Muitos, independentemente de sua condição social, buscam a cura através da espiritualidade.

Quando se fala de saúde, fala-se de elementos como ambiente de trabalho, relações familiares, dificuldades financeiras e amorosas. As pessoas, independente do local que pratiquem suas religiões, ali se socializam, trocam experiências e de alguma forma são correspondidas. São nestes lugares que se busca a proteção ou até mesmo exemplos a serem seguidos. E se esse tipo de procura dá certo é porque algum tipo de resultado ela apresenta. Pode-se

citar o exemplo da Igreja Católica, que sob a intenção explícita de querer ajudar os mais pobres, na realidade exerce um controle eficaz da população.

Esse tipo de ações acaba por agir como fonte de sustentação e socialização entre os que as utilizam. Segundo o autor Marcel Mauss (1924/2002), um antropólogo francês, em seu livro *Essai sur le don*, diz: “Dar, receber e retribuir é uma forma simples de comunicação que sublinha as relações constitutivas da vida pessoal. É diferente da troca anônima do mercado, que é feita através deste instrumento abstrato e genérico que é o dinheiro”.

Essa afirmação pode ser associada ao espírito solidário que as pessoas têm em ajudar o próximo. Já o trabalho voluntário constitui uma forma diferente de se alcançar esse objetivo. Segundo Mauss (2002), a caridade é um termo utilizado pela burguesia, criticada por limitar-se a cuidar dos efeitos perversos causados pelo próprio sistema, ou seja, a reprodução das causas geradoras da pobreza. Séculos mais tarde, e a miséria crescente, continua percebendo-se um interesse por aqueles que se ocupam dos mais pobres.

As obras de caridade são de inspiração medieval; no entanto, desempenharam uma função de destaque no século XX. Após a crise sofrida com as guerras de independência, a Igreja Católica se recuperou através do reforço de novas congregações missionárias e através da união com Roma, investiu em obras sociais.

No entanto, o desenvolvimento do capitalismo, sobretudo a partir do século XX, traz consigo um processo de laicização da participação da sociedade na assistência às necessidades sociais.

Atualmente a sociedade é divida em três setores: o primeiro setor é o Estado, que é responsável pelas questões sociais; o segundo setor é o Mercado, responsável pelas questões individuais. Com a dita falência do Estado, o setor privado (mercado) começa a participar das ações sociais por meio de inúmeras instituições que passam a compor o chamado "Terceiro Setor".

Nem todos concordam com a filantropia, dizendo ser esta uma solução paliativa conivente com a incompetência atribuída à própria natureza do Estado. As ONGs, um outro fator resultante da filantropia, caridade e do voluntariado, que vem crescendo, principalmente no Brasil, estariam realizando o papel que cabe ao Estado. O filósofo Nietzsche também rejeitava tais ações por se tratar de valores cristãos. Chegou a afirmar, em seu livro *O Anticristo*, que “a piedade opõe-se completamente à lei da evolução, lei da seleção natural”.

O que se vê hoje são instituições utilizando-se do selo de filantropia como um certo *marketing*, pensando em seu próprio “bem estar” traduzido sob a forma, por exemplo, da isenção de impostos. No entanto, o que aparece para a sociedade e/ou usuário dos serviços prestados por tais instituições, são imagens de benemerência ou ações de caridade.

Assim, a história da filantropia no Brasil está inteiramente ligada à Igreja Católica. Essa relação iniciou-se no período colonial, quando sociedades católicas laicas, as confrarias, deram inicio e/ou criaram organizações voluntárias, como hospitais, orfanatos e asilos, patrocinados por fundos patrimoniais e doações. Por volta da época da Independência do Brasil de

Portugal, no final do século XIX, apareceram novos tipos de organizações voluntárias, de prestação de serviços e de ajuda recíproca, algumas delas associações profissionais, científicas, além de organizações e redes trabalhistas.

Dada a sua natureza política e frente ao poder cada vez maior dessas organizações, o Estado é progressivamente levado a exercer maior controle sobre elas. A partir de 1930, o controle e a participação do Estado nas atividades sem fins lucrativos apresentaram um acentuado aumento através de mecanismos de regulação social, como as leis do trabalho, as regulamentações desse tipo de ação, e a criação de subsídios. Por sua vez, nos anos 60 e 70, a autonomia dessas organizações foi ainda mais prejudicada pelo regime da ditadura militar, instalado no Brasil em 1964. Diante do abuso de poder do Estado e da violação dos direitos humanos pelos militares, a Igreja Católica passa a intervir, por meio de suas organizações, para fazer frente às tensões daquela conjuntura política.

No entanto, a partir da reconstrução da ordem democrática no país, a filantropia apresenta um grande avanço/crescimento, promovendo assim o surgimento de novos agentes sociais. Tanto a CNBB (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil) quanto os teólogos da libertação, mais radicais, criaram uma rede de apoio aos cidadãos e incentivaram as associações civis. Foi através desse processo que se criou um dos principais suportes tanto para a construção de uma ordem democrática no país, quanto para o desenvolvimento da filantropia e do chamado terceiro setor.

Foi apenas por volta de 1990 que novas organizações sociais, culturais e ambientais investidoras começaram a surgir, e um grupo de cerca de vinte pessoas envolvidas nessa área começou a se reunir regularmente para trocar informações e experiências, inicialmente com o apoio da Fundação W. K. Kellogg e, posteriormente, da Câmara de Comércio Americana. (LESSA e ROSETTI, 2006).

Uma das características essenciais do setor filantrópico atual do Brasil, e uma das barreiras ao seu desenvolvimento, é a grande influência das organizações originárias do setor empresarial, a maioria delas fundada depois de 1990. Daí a utilização da expressão “filantropia empresarial”.

1.2.1 Origem das Santas Casas e a Santa Casa de Santos

As Santas Casas da Misericórdia tiveram origem portuguesa em 1498, com o apoio da rainha Leonor de Lancastre, sendo a Santa Casa de Lisboa – Portugal, a primeira Santa Casa fundada no mundo, em 15 de agosto de 1498.

Inicialmente, possuíam a principal finalidade de atendimento aos excluídos do convívio social e marginalizados, dentre estes: crianças, velhos, criminosos e doentes mentais. Ou seja, apresentavam maior enfoque assistencial do que terapêutico.

No Brasil, tiveram início aproximadamente quarenta anos após o seu descobrimento. Em 1542, o então líder do povoado do porto de São Vicente, Braz Cubas, que também era neto do fundador e mantenedor da Santa Casa

do Porto – Portugal, com apoio dos moradores locais, iniciou a construção da Santa Casa da Misericórdia de Santos, inaugurando-a em novembro de 1543.

O primeiro prédio estava localizado no sopé do outeiro de Santa Catarina, atualmente a Rua Visconde do Rio Branco, em frente ao atual prédio da Alfândega, no centro de Santos.

Com a proliferação de algumas doenças e os ataques holandeses às colônias portuguesas, os moradores migraram para o planalto, gerando empobrecimento da comunidade local e por consequência, da Santa Casa de Santos, que deixou de possuir edifício próprio e paralisou suas atividades em 1654. Porém, neste mesmo ano, através de provisão governamental de recursos financeiros aos Irmãos da Misericórdia de Santos, foi possível concluir, em 1665, a construção do segundo prédio da Santa Casa e da sua igreja, local conhecido como Campo da Misericórdia, posteriormente denominado Largo da Misericórdia e, por último, Praça Visconde de Mauá, junto ao atual prédio da prefeitura.

Em 1760, uma nova igreja foi construída pela Irmandade, localizada junto ao Morro de São Jerônimo, atualmente chamado de Monte Serrat, a qual recebeu a nome de Igreja de São Francisco de Paula.

No período de 1804 a 1830, a Irmandade utilizou o Hospital Militar no edifício do antigo Colégio dos Jesuítas, onde hoje se situa a Alfândega.

Em 1835, o provedor Capitão Antonio Martins dos Santos iniciou a construção do terceiro prédio próprio da Santa Casa da Misericórdia de Santos, junto à igreja de São Francisco de Paula, sendo inaugurada em 4 de setembro

de 1836, pelo médico e provedor Claudio Luiz da Costa. Porém um grande deslizamento de terra, ocorrido em 10 de março de 1928, soterrou a parte do hospital e algumas edificações próximas.

Diante da destruição de seu terceiro prédio, a Mesa Administrativa da Irmandade iniciou a construção de seu quarto e atual prédio, no bairro do Jabaquara e distante dos morros para evitar novo soterramento.

Em 2 de julho de 1945, o novo prédio foi inaugurado pelo presidente Getúlio Dornelles Vargas. Com capacidade para 1400 leitos, o hospital era um dos maiores e mais bem equipados da época.

Nestes quase quinhentos anos de assistência à saúde, a Santa Casa da Misericórdia de Santos participou de todos os ciclos da história brasileira, cuidando dos fundadores desta Nação, tratando igualmente nobres e vassalos, além de servir aos heróis da Independência e da Abolição da Escravatura.

> A cidade era constantemente sitiada, "agitadores estrangeiros" eram presos, comícios e passeatas eram dissolvidos com extrema violência pela polícia. A partir da década de 20, o PCB (Partido Comunista Brasileiro) substituiu os anarquistas na liderança do movimento trabalhador portuário. Posteriormente, o PTB (Partido Trabalhista Brasileiro) paulista disputou essa liderança e acabou firmando-se como força política importante no meio sindical de então. E, com o golpe militar de 1964, aconteceu a intervenção nos sindicatos portuários, seguida da cassação ou prisão de seus líderes.
> Essa história de lutas dos trabalhadores, que explica o mito do Porto Vermelho de Santos, tem seu contraponto no lado mais conservador da cidade, expresso nas muitas lojas maçônicas, nas entidades filantrópicas, nas associações de pequenos e médios comerciantes e em outros grupos. Esse setor tem seu peso específico no jogo de forças políticas que se desenrola no município e cumpre um papel que não pode ser minimizado. (SOUZA, 2009, p. 13).

1.3 Lógica da oferta filantrópica como componente do SUS

Os antecedentes históricos que fazem ligação da filantropia com a criação/implantação do SUS após 1988 por meio da Constituição Federal, o que veremos mais adiante, se deu pelo 'Controle Social'. O termo "Controle Social" é de uso recente e controverso, podendo ser descrito como o controle sobre a sociedade, atribuído ao Estado ou regime político-econômico, como descreve Mészáros (1993) em "A Necessidade do Controle Social". Para este autor, as características do capitalismo propiciaram inicialmente o que se chama de necessidade de "manter a nação como refém". No entanto, para o mesmo autor, neste século emergiu uma contradição, com a perda de controle por parte do capital e o surgimento da ideia de controle dos trabalhadores.

Na Sociologia, como explica Carvalho (1995), o termo tem sido utilizado para definir a influência do coletivo sobre o indivíduo, aí agregando-se costumes e normas, além de uma definição subjetiva, de origem Freudiana como esclarece este autor, na qual o "superego" agiria como controlador interno.

No entanto, aquele primeiro tipo de controle social não será objeto deste estudo. Definimos, para fins deste estudo, Controle Social como o mecanismo pelo qual a sociedade supostamente controla o Estado, através de fóruns de participação e gestão colegiada, que se apresentam enquanto práticas contra-hegemônicas.

As intervenções nas áreas sociais são historicamente promovidas em um movimento do Estado para controlar a sociedade; até mesmo as práticas de saúde pública assim o são quando pretendem controlar doenças. Para o mesmo autor já citado, por exemplo, "essa modalidade de relação Estado-

sociedade em saúde é informada por um marco político e técnico onde não há sujeitos senão entre os executores da ação sanitária [...]." (CARVALHO, 1995 , p.12).

Na prática, tomando-se o termo propriamente dito, não existiria este controle da sociedade sobre o Estado, e sim um processo de participação social junto ao poder público, isto se dando ainda de maneira inicial a partir da retomada do regime democrático e estando em processo de construção. Aqui utilizaremos os termos "mecanismos de controle social e participação popular".

E a participação popular? Este é o marco inicial da redefinição da relação entre Estado e Sociedade que, para Carvalho (1995), se deu em um potencial crescente, partindo da "Participação comunitária: completando o Estado", para a "Participação popular: combatendo o Estado" e, por último, para a "Participação social: controlando o Estado".

Os movimentos sociais, assim como a sociedade brasileira, evoluíram e se transformaram durante as décadas de 70, 80 e 90.

A participação comunitária na área de saúde, de ideologia americana, dá origem à Medicina Comunitária, que resultou em movimentos ocorridos no país na década de 70, onde a ideia de participação se vincula a uma mudança no enfoque da saúde e da doença. Assumindo uma concepção mais ampla do processo saúde-doença, esta prática atribui ainda grande importância ao comprometimento da comunidade com as ações de saúde desenvolvidas.

Já a participação popular surge com o aprofundamento da visão crítica em relação às políticas públicas, em um momento em que era proibido

participar, devido à vigência do regime autoritário no país, constituindo os movimentos populares das décadas de 70 e início dos anos 80. (CARVALHO, 1995).

Para Gohn, em estudo sobre os Movimentos Sociais na década de 90:

> A construção de uma nova concepção de sociedade civil é resultado das lutas sociais empreendidas por movimentos e organizações sociais nas décadas anteriores, que reivindicaram direitos e espaços de participação social. Essa nova concepção construiu uma visão ampliada da relação Estado-sociedade, que reconhece como legítima a existência de um espaço ocupado por uma série de instituições situadas entre o mercado e o Estado, exercendo o papel de mediação entre coletivos de indivíduos organizados e as instituições do sistema governamental. (GOHN, 1997, p. 301)

- **Participação Popular:** Neste estudo, são considerados "mecanismos de participação popular" todas as formas de participação autônoma da sociedade civil junto ao Estado, ou seja, as entidades do movimento social ou movimento popular, além das entidades pertencentes ao chamado "Terceiro Setor". (FERNANDES, 1994).

Como mecanismos de participação popular temos, portanto, entidades de bairro, Filantropias, ONGs e os Conselhos Populares, por exemplo.

- **Conselhos de Saúde:** Os primeiros Conselhos Populares de Saúde dos quais se tem notícia, originaram-se do Movimento de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo, na década de 70.

Os Conselhos Populares de Saúde, assim considerados pelo próprio Movimento Popular, "são braços do movimento popular dentro da administração para defender os interesses e organizar a população usuária" (MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE, 1989, p.18).

Sua composição deve refletir a representação popular, sendo eleitos diretamente pela população local. São colegiados autônomos ao Sistema de Saúde e se reúnem em um fórum maior chamado Plenária de Saúde.

Ainda fazendo parte de um processo evolutivo, mas não substitutivo, a institucionalização da participação social surge como consequência direta das lutas dos movimentos populares, mas também como uma reação do Estado ao seu próprio desgaste junto à sociedade:

> Nos anos 80 a temática da participação social era um ponto de pauta das elites políticas, denotando dois fenômenos: de um lado a crise de governabilidade das estruturas de poder do Estado, desgastadas e deslegitimadas pelo autoritarismo; de outro, a legitimidade das demandas expressas pelos movimentos sociais - novos ou velhos - e a conquista de espaços institucionais como interlocutores válidos. Nos anos 90 a agenda política das elites dirigentes se modifica em função de problemas internos e das alterações que a globalização e as novas políticas sociais internacionais passam a impor ao mundo capitalista. Nesta nova agenda só há lugar para a participação e para os processos de descentralização construídos no interior da sociedade política, pois as formas de participação direta foram se institucionalizando. (GOHN, 1997, p. 310)

A tradução para a área da saúde é a institucionalização dos Conselhos Populares das décadas de 70 e início de 80, para os Conselhos Gestores, partes integrantes da estrutura estatal.

- **Os Conselhos Gestores junto ao SUS** - Os Conselhos de Saúde, por sua vez - Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Regionais e Distritais e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde - por serem parte institucional do Sistema Único de Saúde, são considerados "mecanismos de controle social" ou de participação social. (PMSP-SMS, 1992).

A regulamentação da participação popular junto ao Sistema Único de Saúde se deu através da Lei 8.142 de dezembro de 1990, onde:

> Art. 1º - "O Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei n 8.080 de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas":
> - a Conferência de Saúde, e
> - o Conselho de Saúde,

E na mesma lei:

> Parágrafo Segundo - "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão composto por representantes do Governo prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo".
> [...]
> Parágrafo Quarto - "A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos" (Lei 8.142, 1990)

A organização dos Conselhos se dá, pois, a partir do Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

No início dos anos 90, de acordo com a descentralização das estruturas administrativas do SUS, através das regionais, foram criados os Conselhos Regionais de Saúde, englobando regiões distintas em um mesmo Estado da Federação.

Com a proposta de municipalização da saúde e a ênfase dada ao poder local no início da década de 90, foi estimulada em alguns municípios, sendo o pioneiro mais uma vez o município de São Paulo, a criação de Conselhos Gestores em Distritos de Saúde de um mesmo município e nas próprias

Unidades de Saúde do Sistema, praticando o princípio da descentralização em todos os níveis de atenção. (PMSP-SMS ,1992).

Em Santos, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem as seguintes atribuições:

-estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar a Política Municipal de Saúde;

-desenvolver propostas e ações dentro do quadro de diretrizes básicas e prioritárias previstas nesta lei, que venham em auxílio de complementação e consolidação do Sistema Municipal de Saúde;

-garantir a participação popular através da sociedade civil organizada nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde;

-deliberar, analisar, fiscalizar e apreciar, a nível municipal, o funcionamento e a qualidade do Sistema de Saúde;

-possibilitar o amplo conhecimento do Sistema Municipal de Saúde à população e as instituições públicas e entidades privadas;

-estabelecer instruções e diretrizes gerais para a formação das Comissões de nível local, municipal e regional;

-definir, controlar e avaliar o Plano Diretor de Saúde do Município;

-apreciar e deliberar, trimestralmente, acerca da prestação de contas a nível municipal, encaminhada pela Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde;

-fiscalizar a alocação dos recursos econômicos financeiros, operacionais e de recursos humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), para que possam os mesmos, conforme prioridades orçamentárias, melhor exercitar suas atividades e atender eficientemente às necessidades populares na área de saúde;

-solicitar, dentre outras, todas as informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional, recursos-humanos, convênios, contratos e termos aditivos que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema de Saúde;

-exercer ampla fiscalização nos órgãos prestadores de serviços na área de saúde, afim de que suas proporcionem desempenho efetivo e com alto grau de resolutividade ao Sistema Único de Saúde;

-estabelecer critérios gerais de controle e avaliação do Sistema Único de Saúde, com base em parâmetros de cobertura, cumprimento das estabelecidas e produtividade, recomendando mecanismos claramente definidos para correção das distorções, com vista ao atendimento pleno das necessidades populacionais;

-solicitar aos órgãos públicos integrantes do Sistema Único de Saúde, através de sua Secretaria Executiva, a colaboração de servidores de qualquer graduação funcional, a fim de participarem da elaboração de estudos, no esclarecimento de dúvidas, proferirem palestras técnicas ou, ainda prestam esclarecimentos acerca das atividades desenvolvidas pelo órgão ao qual pertencem;

-normalizar as ações de saúde implementadas com base nas deliberações da Conferência Municipal de Saúde para que o funcionamento do Sistema Único de Saúde seja ordenado e seqüencial;

-apreciar quaisquer outros assuntos atinentes à área de Saúde que lhe forem submetidos. (CMS, 2011).

Com esta estrutura gerencial descentralizada e participativa, inaugura-se o período da gestão TRIPARTITE, com a participação do Governo, dos trabalhadores da saúde (funcionários dos serviços) e dos usuários.

Todos estes instrumentos de gestão devem dispor de Regimento Interno de funcionamento, fazendo parte da estrutura do SUS em todos os níveis.

As Conferências de Saúde, por sua vez, configuram-se como as instâncias máximas de decisão das políticas de saúde, porém com sua característica de periodicidade e resoluções pautadas em diretrizes.

No organograma gerencial dos municípios, a partir de então, deveria constar a figura do Conselho Municipal de Saúde como o órgão de decisão diretamente subordinado ao Executivo local, a ele estando subordinado o representante da pasta da saúde no município.

Assim, pode-se afirmar: "A descentralização da gestão de programas sociais, como é o caso do SUS na experiência brasileira, é conceituada e formulada em estreita associação com um Estado federal". (BRASIL, 2006, p. 24).

Desta feita, relata Souza (2009, p. 18) que a Constituição de 1988, ao determinar as características do sistema de saúde a ser implementado no país, estabeleceu sua descentralização baseada no município e no controle social dos serviços através do SUS - Sistema Único de Saúde. O objetivo da administração santista, desde o seu início, foi o de implantar o SUS na cidade. Isto supunha a montagem de uma rede básica de serviços, composta de unidades de saúde distribuídas por bairros, capazes de atender às demandas em termos preventivos, de diagnóstico e de tratamento.

A intenção de fazer cumprir a determinação constitucional encontrou uma série de obstáculos pela frente. Santos sofria uma carência na oferta de leitos públicos. Não havia leitos hospitalares em números absolutos - o que faltava eram leitos para quem não podia pagar por eles, e para os previdenciários. Quando a administração municipal de Telma de Souza tomou posse em 1989, apenas três hospitais estavam conveniados à rede do INAMPS: Santa Casa de Misericórdia (em crise), Hospital Estadual Guilherme Álvaro e Hospital dos Estivadores (operando com apenas um terço de sua capacidade, que era de 100 leitos). A rede municipal possuía apenas um hospital, no então distrito de Bertioga, que atendia apenas à população local. (SOUZA, 2009).

Os hospitais filantrópicos, não muito diferente da atualidade, estavam em crise, principalmente motivados pelas dificuldades financeiras, uma vez que os recursos pagos pelos serviços prestados não eram suficientes para a manutenção dessas instituições.

Diante desse quadro, os hospitais filantrópicos se viram obrigados a inovar sua forma de gestão, principalmente encontrando outras formas de arrecadação financeira, a fim de continuarem com a missão que lhes era própria.

Por atuarem na assistência à saúde, as alternativas encontradas foram a expansão de atendimentos ao subsistema de saúde suplementar e a criação de operadoras de plano de saúde, geridas por instituições filantrópicas, sendo este oferecido a valores acessíveis à população e demonstrando o investimento do resultado obtido nas ações destinadas à filantropia.

1.4 Antecedentes históricos do federalismo no Brasil e a questão da descentralização

Os princípios do SUS podem ser classificados em duas categorias, sendo a primeira denominada de diretrizes (universalidade, integralidade e equidades) e a segunda organizacional (descentralização, regionalização e da hierarquização)

O controle social também conta com a participação dos usuários na gestão do SUS, através de duas ações: as Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos abarcando todos os níveis de governo, e os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados presentes em todos os níveis governamentais. Desta forma, o SUS foi concebido para ser administrado em três esferas: nacional, estadual e municipal, seguindo a tendência do sistema federalista.

Segundo Souza (2001, p. 8), o federalismo é algo recente na história do Estado Moderno e que, durante seus quase três séculos de existência, passou a ser adotado em diversos países, com realidades sociais, políticas e econômicas diferenciadas, o que acabou tornando cada experiência federativa rica em especificidades próprias. Tal prática caracteriza uma peculiaridade da Federação Brasileira, responsável pela solidificação de uma série de características perniciosas ao modelo de Federação construído no Brasil.

A questão federativa destacou-se ao término do período do governo militar, através de transição política e de busca pela retomada da democracia em nosso país. Destacam-se três fatos que marcaram as possibilidades de reconstrução do federalismo brasileiro: as eleições (nacionais, estaduais e municipais), a promulgação da Constituição Federal de 1988, e os debates políticos acerca da descentralização do poder político e administrativo.

Segundo Abrucio (1999, p. 19),

> A redemocratização resultou num fortalecimento dos Estados na Federação brasileira, em termos políticos e financeiros. No aspecto político, os governadores tornaram-se os principais interlocutores do Presidente da República, exatamente porque o Governo Federal se enfraquecia e os líderes partidários não tinham a mesma influência sobre as bancadas parlamentares, fragmentadas regionalmente e dependentes dos recursos estatais para avançar na carreira política.

Neste ponto, o foco principal eram as questões relativas à repartição constitucional de competências, matéria de extrema importância para a federação, definindo o grau de descentralização, de direitos e de deveres de cada esfera da federação, sendo, desta forma, a espinha dorsal do sistema federalista.

No que tange à descentralização, Costa (2000. p. 40.) afirma:

> Parece claro que a necessidade do federalismo no Brasil decorre da imperativa idéia de descentralização democrática das ações do Estado. Contudo, enquanto isso não vier afastado da prática consolidada de enfatizar as questões regionais e locais isoladamente, em detrimento de uma óptica nacional, como se fossem estanques, a federação brasileira será meramente formal, sendo a tendência centralizada de Portugal uma realidade, constituindo o "Estado unitário tripartido.

Em relação à Constituição Federal de 1988, Horta (1999, p. 15), afirma que

> [...] como nova tendência do federalismo, a repartição de competências, que representa o centro de gravidade do poder federal, adota técnica que assinala, no tempo, a separação entre a repartição clássica e repartição contemporânea de competências.

Esta divisão de competências demonstra a fragilidade da Federação Brasileira, já que não consegue superar a tradição de concentrar as competências na esfera da União. Isto fica claro principalmente nas competências de ordem legislativa, uma vez que tanto o artigo 22 quanto o artigo 24 da Constituição Federal de 1988, colocam a União como esfera principal na realização das competências constitucionais.

De acordo com Magalhães (1999), o texto constitucional coloca como absolutamente excepcional o que deveria ser regra, pois as competências da União devem ser aquelas que se impõem pela sua natureza, uma vez que a regra é a descentralização, restando para a União aquelas matérias que, pela sua natureza, necessitem a coordenação de ente federado maior.

Enfim, a concepção de federação pressupõe repartição de competências, legislativa e material, autonomia política organizacional e financeira, onde competência, segundo Reis (2000, p. 42-43) “é a medida da capacidade de ação política ou administrativa, legitimamente conferida a um órgão, agente ou poder, nos termos juridicamente definidos”.

II - Capítulo 2: EVOLUÇÃO DO SERVIÇO DA SANTA CASA DE SANTOS

2.1 Papel de peso da Santa Casa no SUS

A relação entre as Santas Casas e o Sistema Único de Saúde é de importância estratégica para as políticas públicas de saúde. Atualmente o setor representa mais de dois terços dos leitos oferecidos ao SUS e, muitas vezes, representa o único hospital existente em diversos municípios do país.

Em novembro de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) desnudou as consequências de uma realidade enfrentada há anos pelas Santas Casas e Hospitais Beneficentes. Segundo o levantamento, o país havia perdido 11.214 leitos para internação entre 2005 e 2009. Além disso, a oferta de leitos privados conveniados com o SUS teve redução de 12% no mesmo período. A situação, em números, apresentada para a região Sudeste do Brasil pode ser vista na tabela 14 do IBGE (2010), como segue:

Figura 2. Leitos para internação disponíveis ao SUS no Brasil

Leitos para internação, disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e os municípios das capitais - 2009

Grandes Regiões, Unidades da Federação e municípios das capitais	Leitos para internação, disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde						
	Total	Esfera administrativa					
		Pública				Privada	
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
Sudeste	**125 289**	**49 404**	**5 337**	**22 137**	**21 930**	**15 883**	**60 002**
Minas Gerais	32 490	10 140	1 521	3 545	5 074	3 942	18 408
Belo Horizonte	5 126	2 712	482	1 788	442	605	1 809
Espírito Santo	5 039	2 027	313	1 293	421	385	2 627
Vitória	1 322	748	281	467	-	81	493
Rio de Janeiro	27 805	14 862	3 503	3 084	8 275	6 641	6 302
Rio de Janeiro	11 259	8 597	2 802	2 020	3 775	995	1 667
São Paulo	59 955	22 375	-	14 215	8 160	4 915	32 665
São Paulo	13 810	9 192	-	6 726	2 466	63	4 555

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

Segundo Souza (2009, p. 34-35), em 1992, último ano do Governo Collor, o SUS enfrentava um de seus piores momentos, com total desmantelamento dos serviços federais, queda drástica nos recursos repassados aos governos municipais, e uma profunda crise hospitalar provocada por falta de recursos financeiros, com consequências extremamente perversas para a maioria da população.

Relata a mesma autora que, em Santos, houve diminuição no número de leitos contratados pelo SUS e desativação de leitos do Hospital Estadual Guilherme Álvaro. A Santa Casa tomou várias iniciativas no sentido de diminuir sua dependência financeira do SUS priorizando o atendimento aos convênios particulares, desativando enfermarias e o pronto atendimento.

> A crise hospitalar teve Impacto significativo nos serviços de urgência da SEHIG - Secretaria de Higiene e Saúde, particularmente no Pronto-Socorro Central, que passou a conviver com aumento de demanda e falta de retaguarda para internações, tanto cirúrgicas como clínicas. Diante desta situação, decidiu-se ampliar o número de leitos no Pronto-Socorro Central e reforçar as equipes para garantir atendimento às urgências e emergências. Ainda para enfrentar a crise hospitalar foi criado o Programa de Internação Domiciliar (PID), em março de 1992, com atendimentos previstos em clínica médica, AIDS e oncologia. Além de amenizar os efeitos da crise hospitalar, o PID teve como objetivo humanizar o atendimento, criando novos vínculos da equipe com os pacientes e seus familiares. (SOUZA, 2009, p. 35).

No último Balanço Social publicado, referente ao ano de 2008, a Santa Casa de Misericórdia de Santos totalizou R$ 901.741,41 em Gratuidades

Concedidas, R$ 33.818.322,82 no Excedente de Custos com o SUS (A-B) e R$ 25.090.619,39 de Isenções Fiscais Obtidas.

Figura 3. Totalizações Santa Casa versus SUS

Fonte: Balanço Social (2008, p. 25).

Figura 4. Resumo Balanço Social 2008 – SUS

Atendimento SUS

Receitas	2006	2007	2008
Autorizações de Internações Hospitalares	R$ 16.896.076,19	R$ 18.028.544,08	R$ 18.157.202,09
Procedimentos de Alta Complexidade	R$ 9.728.014,37	R$ 11.307.266,80	R$ 11.088.964,70
Exames de Média e Baixa Complexidade	R$ 3.117.541,62	R$ 2.586.456,96	R$ 3.255.479,05
Total da Receita com SUS	R$ 29.741.632,18	R$ 31.922.267,84	R$ 32.501.645,84
Despesas	2006	2007	2008
Autorização de Internações Hospitalares	R$ 46.305.010,16	R$ 51.036.480,07	R$ 58.883.157,80
Atendimentos Ambulatoriais	R$ 10.890.083,47	R$ 7.297.413,09	R$ 7.436.810,86
Total das Despesas com SUS	R$ 57.195.093,63	R$ 58.333.893,16	R$ 66.319.968,66
Gratuidades Concedidas a Comunidade	2006	2007	2008
Diversos Exames	R$ 392.234,32	R$ 210.369,29	R$ 79.336,44
Refeições	R$ 1.825.975,00	R$ 1.032.539,48	R$ 780.932,84
Serviços Funerários	R$ 8.089,00	R$ 7.339,00	R$ 8.778,00
Remoções	R$ 48.579,20	R$ 26.864,02	R$ 32.694,13
Total das Gratuidades Concedidas	R$ 2.274.877,52	R$ 1.277.111,79	R$ 901.741,41
Isenções Fiscais Obtidas	2006	2007	2008
Imposto de Renda Pessoa Jurídica	R$ 65.843,10	R$ -	R$ -
Contribuição Social sobre o Lucro Líquido	R$ 24.423,52	R$ -	R$ -
Programa de Integração Social	R$ 1.163.936,04	R$ 1.318.285,27	R$ -
Contribuição para Financiamento da Seg. Social	R$ 5.372.012,51	R$ 6.084.393,54	R$ 6.480.835,62
Insenção da Cota Patronal (INSS)	R$ 11.641.497,79	R$ 16.753.418,67	R$ 18.609.783,77
Total das Isenções Obtidas	R$ 18.267.712,96	R$ 24.156.097,48	R$ 25.090.619,39

Fonte: Balanço Social (2008, p. 25).

Com números expressivos demonstrados, percebe-se a contribuição da Santa Casa de Santos para com a assistência à saúde na região, não somente pela prática da filantropia, uma vez que a Instituição não se limita às determinações legais previstas, tal como a oferta de 60% (sessenta por cento) dos serviços ao Sistema Único de Saúde, mas também por outras participações, como as contribuições destinadas à gratuidade, as quais estão próximas do montante de R$ 1.000.000,00.

Outro fator de peso é o investimento no Excedente de Custos com o SUS, que no ano de 2008 remonta ao valor de R$ 33.818.322,82, superior ao valor correspondente às Isenções Fiscais Obtidas, que no mesmo período foi de R$ 25.090.619,39; ou seja, além do financiamento recebido pelos procedimentos praticados para o Sistema Único de Saúde, há a necessidade de investimento financeiro da Instituição, através de seus recursos próprios, a fim de repor a diferença nos custos do atendimento ao Sistema Único de Saúde.

2.2 Evolução do serviço da Santa Casa com o aumento da demanda e a diminuição da oferta, perante o financiamento deficitário do SUS

As Santas Casas, comprometidas com a prestação de assistência à saúde como direito fundamental previsto, afirmam que a vinculação orçamentária está integralmente relacionada ao comprometimento de financiamento estável, possibilitando o planejamento dos gastos, prevenção de crises e insolvências. No entanto, o desfinanciamento do SUS é apontado

como um dos principais pontos do impedimento e efetivação desta assistência à saúde.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, no que tange ao seu financiamento, destacamos a elevada restrição orçamentária a que este foi submetido. O debate sobre o desfinanciamento do SUS está vinculado à desconstrução do conceito de seguridade social, que praticamente coincide com a construção do SUS no país pós 1988, à lógica de acumulação do capital; ou seja, o desfinanciamento da saúde também está relacionado ao déficit previdenciário, pois ambos foram construídos como forma de submeter o orçamento da seguridade social à lógica da financeirização dos orçamentos públicos.

Nesta linha de raciocínio, para (Bahia, 2005):

> [...] O desfinanciamento do SUS, conseqüente ao compromisso dos sucessivos governos de obter elevados superávits primários e da "desconstitucionalização" do orçamento da Seguridade Social, comprometeu a premissa de universalidade do acesso à saúde.

Considerando o desfinanciamento do SUS, torna-se ainda maior a necessidade de uma gestão eficiente para as Santas Casas, não somente para melhor uso dos escassos recursos disponíveis, mas também para a consolidação de uma força política necessária à obtenção de mais recursos e da sua estabilidade. Num parênteses, é indispensável registrarmos que a melhoria da eficiência do SUS deva ser acompanhada com a solução definitiva do seu financiamento.

Quanto às forças políticas para darem sustentação aos entraves na implantação do SUS no país, com seu impacto sobre as Santas Casas, note-se que desde a década de 70 constata-se, no Brasil, um recrudescimento dos Movimentos Sociais Urbanos, em meio a um contexto de repressão política e social. A consolidação desses movimentos se deu, sobretudo na década de 80, pelo maior reconhecimento dos direitos políticos e pela institucionalização da participação da sociedade civil.

A partir dos anos 90, constata-se uma diminuição na intensidade desses movimentos, concomitante à retomada do liberalismo em termos mundiais e à formação do "terceiro setor" na América Latina e no Brasil.

Nesse processo de cerca de 30 anos, as formas de participação e manifestação desses movimentos se transformaram bastante, assim como se modificou o controle do poder público pela sociedade civil.

Daí a relevância de se estudar criticamente os processos mais recentes de legitimação e institucionalização dessas forças sociais, especificamente das que se organizam no campo da saúde.

No que diz respeito à luta pela saúde, por ser a saúde um bem diretamente ligado à vida e à morte, e por pertencer ao campo das políticas sociais, há um significativo acervo de pesquisas e relatos de experiências.

Neste sentido, a histórica atuação do Movimento de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo que, desde os anos 70 até a atualidade, representa uma das maiores forças populares na luta pela saúde, bem como a formação dos Conselhos de Saúde em vários locais; ambos mostram em seus

avanços e recuos, a possibilidade do exercício de cidadania e da conquista de direitos.

Para Eder Sader, em "Quando Novos Personagens Entraram em Cena", na formação do movimento de Saúde da Zona Leste, foram desencadeantes as carências no setor saúde na época e na região, além da motivação de atores importantes como as donas de casa, os médicos sanitaristas e a Igreja Católica, através das Comunidades de Base. (SADER, 1988).

A legitimação desta luta popular e a necessidade de mudanças nas políticas públicas de saúde foram também o alvo das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, que em 1986 apontava para a criação de um Sistema Único de Saúde com a participação da sociedade através de Conselhos "em nível local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço)." (NESCO, 1988, p. 46).

Foi também no final da década de 80 que a saúde como direito de todos e dever do Estado foi institucionalizada na forma de Lei, através da Constituição Federal de 1988, e das Leis 8080 e 8142 de 1990 e Leis Orgânicas da Saúde em cada município. (Lei Federal 8080/90 e Lei Federal 8142/90).

Como fenômeno recente, conforme pesquisa de Carvalho (1995, p. 4), os Conselhos de Saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde, representam, nesta década, importantes espaços de "práticas sociais e políticas concretas".

Sua formação causou e continua despertando questões polêmicas, tanto para os que consideram os Conselhos, talvez ingenuamente, como sustentáculo do SUS, como para os que vivenciam seu funcionamento e conhecem suas propostas e as mudanças nas vidas de seus representantes e nas ações de saúde, especialmente no nível local, como para os que descrêem nas suas possibilidades.

Também como fruto da crise de legitimidade política do final do milênio, quando, nem após a retomada democrática e a institucionalização dos direitos sociais se conseguiu passar das leis para a prática, as formas de representação e de participação popular se diversificaram e ampliaram seus campos. Sinal disso é o advento das ONGs - Organizações Não Governamentais - instituindo o Terceiro Setor, assim chamado por ser não lucrativo, organizado fora do aparelho estatal e envolvendo pessoas em um projeto público e voluntário, como explica Rubem César Fernandes. (FERNANDES, 1994).

Essas lutas, no entanto, não têm sido suficientes para mudar o quadro dramático em que se encontra a saúde em nosso país, a começar pelos índices de morbi-mortalidade, que ao findar o ano 2000, mantêm características ainda do século passado, com endemias e epidemias como o cólera, a febre amarela, não superadas ou ressurgidas pelo atraso e exclusão social, bem como novas doenças e calamidades como a violência urbana e no campo.

Neste sentido, Sabroza et al. esclarecem:

> Em um período de cem anos, entre 1870 e 1970, sucessivas endemias foram colocadas sob controle por toda a parte, em áreas cada vez mais extensas, quando havia interesse. Acreditou-se mesmo que essa tendência fosse irreversível e que muitos parasitos humanos viriam a ser erradicados pela aplicação adequada das técnicas disponíveis, em escala global, com a cooperação entre os diversos países.
> Gradativamente, essa expectativa otimista teve que ser abandonada: doenças que estavam sendo controladas nos países periféricos, como a malária, voltaram a ter aumento expressivo, trazendo perplexidade e desânimo. Endemias até então delimitadas geograficamente passaram a ocorrer em áreas mais extensas, chegando também a regiões onde há muitos anos já não ocorriam, e até mesmo à periferia das cidades. Surtos de meningite meningocócica, de dengue e de cólera passaram a ser freqüentes em vários países. (SABROZA et al. ,1995, p. 179).

Este perfil foi, sem dúvida, fruto das políticas econômicas e sociais adotadas no país.

A respeito desta questão, podemos citar ainda que:

> O discurso neoliberal que se propõe hegemônico explora cada vez mais as limitações das instituições de saúde atuais na formulação de propostas adequadas à nova conjuntura, procurando ao mesmo tempo enfraquecer ainda mais o papel do Estado e atribuir as responsabilidades pelo aparecimento desses problemas aos indivíduos dos grupos mais atingidos, caracterizando a culpabilização da vítima. Por um lado, aumento real na produção de doenças, por outro, ausência de capacidade efetiva de resposta por parte da sociedade. (SABROZA et al., 1995, p. 217).

A exclusão social que se produz, produz a fome e também a doença e a morte, o que ainda não conseguimos deixar de constatar. (ESCOREL, 1994).

O próprio Ministério da Saúde, em 1993, apresentou ao Conselho Nacional de Saúde documento intitulado "Descentralização do SUS: prioridade do Ministério da Saúde", onde reconhece a diminuição nos recursos disponíveis para a área, o incipiente processo de descentralização do SUS, a má utilização de recursos e mostra uma disposição governamental de colocar

enquanto política o cumprimento dos dispositivos legais no que tange à implantação do SUS. (BRASIL,1993, p. 4-7).

Em referência à legislação da saúde, Sposati e Lobo esclarecem:

> [...] Apesar de não refletir o conjunto das reivindicações dos movimentos sociais organizados, a atual legislação sanitária está além do que se pratica hoje no sistema de saúde. O legal está mais avançado que o real, neste aspecto específico. (SPOSATI e LOBO, 1992, p. 369).

Recentemente, em meados do ano 2000, após anos em tramitação nas instâncias decisórias federais, foi aprovada no Senado Federal a PEC - Projeto de Emenda Constitucional - que vincula recursos orçamentários federais, estaduais e municipais, para ações e serviços de saúde, representando mais um avanço na Legislação, fruto da luta de diversos segmentos interessados no financiamento da saúde:

> A vinculação das verbas orçamentárias é urgente. Por ela o Conselho Federal de Medicina tem trabalhado insistentemente. Considera o CFM que essa é a única forma de o país ampliar e melhorar a assistência a dezenas de milhões de brasileiros que têm no serviço público sua única forma de atendimento. (JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2000, p. 3).

Se a saúde continua a ser objeto de luta por ainda não ter sido conquistada, também a participação política pressupõe uma conquista, isto significando que estes mecanismos de participação estarão constantemente se reciclando no sentido da legitimidade e do avanço, tanto para sua própria existência, quanto para suas finalidades.

Para Westphal (1995), citado por Bógus,

> A ação dos movimentos organizados no sentido da democratização das decisões a respeito do Direito à Saúde foi e tem sido muito importante, mesmo no momento atual, caracterizado por grande retração, motivada pelas promessas distributivas do "Plano Real". (BÓGUS, 1998, p. 12).

Nessa perspectiva, algumas experiências locais de efetivação das políticas sociais vêm propiciando o aumento do exercício da cidadania e da democracia direta para alguns milhares de munícipes, como a experiência do município de São Paulo, que no período de 1989 a 1992, através do poder público municipal contou com a participação de Conselhos de Saúde integrados ao SUS local, vivenciando uma gestão tripartite dos serviços de saúde, com resultados positivos na melhoria dos serviços.

Segundo Mattos, em dissertação sobre a Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na gestão 1989-1992:

> Para viabilizar a política de participação em toda a Secretaria foram organizadas as seguintes instâncias:
> Conselho Municipal de Saúde: composto por representantes dos trabalhadores da população organizada e da administração Municipal, Estadual e Federal. Esse Conselho era o órgão de decisão maior de toda a SMS e deveria ser implementado em nível regional e distrital.
>
> Conselho Técnico Administrativo: composto pelo Secretário Municipal de Saúde, assessoria direta do Secretário e Administrações das dez regiões de saúde. Esse Conselho formava outro órgão de decisão da Secretaria. Nas ARS(s) e nos DS(s) essa estrutura se reproduzia.
>
> Comissões Gestoras Tripartites: deveriam ser formadas em todas as unidades de saúde, com representantes da administração, dos trabalhadores de saúde e dos usuários [...] (MATTOS, 1996, p. 5).

O termo "experiência" está sendo utilizado não no sentido estrito do experimental, mas com referência a eventos únicos no país, que ocorreram e estão ocorrendo, em municípios cujas administrações públicas têm propostas e

práticas sociais de saúde e democracia, não significando a realidade da maioria dos municípios brasileiros.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde - sobre o funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde, demonstra o estágio inicial e frágil da participação e as dificuldades de funcionamento desses fóruns no país como um todo. (BRASIL, CNS, 1993).

Está claro que o cidadão de hoje não é o mesmo da década de 70, vivendo um processo que globaliza e exclui ao mesmo tempo.

Para Genro (1995), ou temos o indivíduo "incluído", com acesso aos benefícios sociais, à comunicação e às informações, não tendo tanta necessidade de vínculos grupais, ou temos a parcela de "excluídos", que reage ou através da marginalidade ou de novos modos de vida comunitária.

Grande parcela dos usuários dos serviços públicos de saúde, poder-se-ia dizer, pertence à parcela dos "excluídos", estando este contingente reforçado pela crescente presença da classe média que, com o agravamento da crise econômica, vem sendo forçada a procurar os serviços públicos.

A cidadania exercida, por sua vez, é a chamada "cidadania de escassez", onde o direito não está assegurado, sequer em relação às mínimas ações de saúde. (SPOSATI e LOBO, 1992).

Quanto à ainda incipiente prática democrática nos serviços públicos, mais correto seria referir-se às práticas autoritárias e até violentas que os caracterizam.

Em pesquisa-ação realizada no município de São Paulo sobre Violência nas Ações de Saúde, que envolveu um fórum e vários grupos de usuários, incluindo representantes do movimento popular de saúde, constatou-se a presença de violência nas ações de saúde. Esta seria demonstrada, segundo os dados desta pesquisa, através de falta ou mau atendimento, falta de informações sobre o serviço, distanciamento e discriminação entre funcionários e população usuária, dentre outras, conforme o exemplo a seguir:

> Violência e tempo de espera: Fui ao Hospital e tive que ficar aguardando até o final da tarde, precisava almoçar, morava longe e tava marcado para ser atendida de manhã.
> O olhar da pesquisa: O tempo de espera, o número de horas, as filas, a espera para ser atendido, para consulta de retorno, para conseguir vaga em Hospital e para realizar e/ou obter resultados de exames é violência. (PMSP-SMS, 1992, p. 63).

A população usuária dos serviços manifesta dúvidas em relação à veracidade de propostas de participação e de seus resultados efetivos, através de melhorias nos serviços. Essas dúvidas, no entanto, não são prerrogativas dos usuários, estando os servidores públicos, da mesma forma, habituados a conviver com o autoritarismo e a arbitrariedade das administrações, raramente sendo chamados a participar e, muito menos, a fazer parte de um processo de gestão.

Certamente, a falta do acesso aos serviços, se continua a ser motivo de desânimo para uns tantos, é também um dos maiores estímulos à participação para outros, numa mescla de descrença e de necessidade, sentida na sua mais plena dor, no receio pela própria sobrevivência.

De especial importância para as forças sociais e políticas que acreditam na necessidade de intervenção estatal nas políticas sociais, esta questão

remete, na verdade, à discussão do papel do Estado. No nosso caso, no que se refere à priorização de gastos públicos com a saúde, conforme analisa Cohn:

> [...] apesar da crise econômica e dos altíssimos índices de inflação prevalecentes até meados de 94, o PIB brasileiro vem apresentando crescimento nos últimos anos. Esse crescimento, no entanto, vem sendo acompanhado por uma crise sem precedentes na saúde. Os gastos públicos com saúde, em 1993, foram de apenas US$ 51 per capita dando continuidade a uma curva histórica descendente, que se acentua a partir de 1987. (COHN, 1995, p. 227).

Para forças progressistas, que acreditam no estado democrático, a participação cidadã junto aos poderes instituídos é considerada condição para respaldar seus gastos e investimentos. Como exemplo dessa democratização podem ser citados os Orçamentos Participativos (OP) realizados em vários municípios do país, tendo sido iniciados e consolidados nas administrações populares do Partido dos Trabalhadores, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. (GENRO, 1995).

Conforme previsto em nossa Carta Maior e na legislação instituidora do SUS, os hospitais filantrópicos são prestadores complementares de assistência à saúde. Também previsto e já comentado, esta regulação é realizada de forma descentralizada, podendo ser conduzida pelas unidades federativas ou os municípios. Desta forma, o acesso à filantropia já está totalmente descaracterizado de ações de caridade e integralmente relacionado às ações de cidadania.

A relação “Oferta x Demanda”, controlada pelo Estado, através dos gestores de saúde, prioriza os atendimentos a serem realizados, uma vez que

as Santas Casas devem ofertar 60% (sessenta por cento) da capacidade de seus serviços aos gestores, sendo que estes contratarão de acordo com o interesse ou necessidade da demanda existente.

2.3 SUS e a participação na gestão da Santa Casa

A gestão das Santas Casas, por mais eficiente e eficaz que possa se apresentar para toda ação de prestação de assistência à saúde, assume encargos e custos extremamente onerosos, que não são compensados pela remuneração percebida. Esta situação relaciona-se ao desfinanciamento do SUS.

Embora sejam instituições que possuam a natureza de direito privado, são prestadoras de serviços sem fins lucrativos e, minimamente, devem perceber contra-prestação financeira suficiente para compensação de suas despesas.

É sabido que estas instituições também são credoras de contribuições oriundas de ações de caridade; no entanto, como anteriormente citado, caridade e filantropia possuem definições e aplicações distintas. Embora estas instituições, em grande parte, possuam ínfima parte de sua receita oriunda de caridade, estas quando somadas aos valores percebidos pelo SUS sequer cobrem os gastos despendidos na assistência, ou seja, faz-se necessário que estas instituições por sua conta e risco, busquem alternativas para a compensação dos valores despendidos na assistência à saúde.

Não é possível conceber uma conquista de cidadania como se fosse a implantação de programas de saúde. Esse processo não se dá na mesma temporalidade das políticas públicas de um determinado governo, até pela constante e necessária alternância de poder. Como implantar, portanto, mecanismos institucionais de controle de políticas públicas que são descontínuas e transitórias, se os Conselhos, que dariam garantias para esta cidadania, necessitam de um tempo para adentrar, entender e fiscalizar efetivamente a "máquina" pública?

Esta questão só é pertinente, no entanto, se considerarmos a participação social junto ao SUS como "promotora" de cidadania, o que, em relação à discussão teórica feita a respeito dos movimentos sociais, passa por diversos questionamentos:

Para a teoria dos "Novos Movimentos Sociais", por exemplo, os mesmos caracterizam-se por uma separação entre conflitos, onde os conflitos estruturais separam-se dos conflitos ligados à mudança. Assim sendo:

> Ao mesmo tempo, tais movimentos históricos, que surgem fragmentados, acabam se associando a reivindicações sociais em defesa de interesses específicos, como os direitos dos cidadãos em relação aos serviços preventivos e assistenciais de saúde, e ajudando na constituição de movimentos sociais. Também pode ocorrer o inverso: a partir de movimentos, com caráter mais reivindicativo e relacionados aos direitos da pessoa e do cidadão, formarem-se movimentos em busca de mudanças mais globais na sociedade, discutindo entre outros temas, o modo de desenvolvimento econômico e a gestão de governos. (BÓGUS, 1998, p. 45-46).

Neste caso, são relevantes não apenas o tempo cronológico de um determinado governo local, como também o investimento na capacitação dos atores envolvidos nestes espaços participativos torna-se importante.

Segundo Valla (1993, p. 20), através da "apropriação de informações técnicas e conhecimentos específicos que instrumentalizem as ações" poderíamos ter alguns dos caminhos para a superação destas dificuldades.

Será possível que estes Conselhos possam "sobreviver" em outro contexto político-administrativo sem os mesmos estarem respaldados no Movimento Popular organizado e autônomo? Se seus representantes não estiverem vinculados a outras formas de participação e representação política local?

Em algumas experiências, como a do município de São Paulo, foi considerado fundamental para o sucesso da participação institucional o investimento na organização autônoma dos Movimentos. (PMSP-SMS, 1992).

Sabe-se, contudo, que quando da retirada da intervenção pública houve um "retrocesso" inicial das instâncias institucionais formadas, fato não restrito à experiência citada e parcialmente revertido pela forte presença do Movimento de Saúde e de agentes políticos ligados a ele, como membros do Legislativo local e do Movimento Sanitário.

A propósito desta questão, em estudos sobre o tema realizados a partir de São Paulo:

> A experiência da implantação de Conselhos com representação popular nos níveis central, regional, distrital e local, no período da administração do Partido dos Trabalhadores no Município de São Paulo, permitiu a apreensão de três aspectos. O primeiro é o baixo nível de institucionalização da proposta, se forem considerados todos os níveis e todas as regiões. Maiores avanços ocorreram nas regiões onde já existia algum nível de organização anterior, como é o caso da própria região leste e sudeste [...]. (BÓGUS, 1998, p. 26).

No município de Santos, devido às características e peculiaridades de sua estrutura sócio-econômica, a implantação do Sistema Único de Saúde e as características de participação cidadã na vida pública, o desafio de implantar mecanismos de participação popular e controle social mostra-se particularmente difícil e ao mesmo tempo rico, no que tange às questões de experiência histórica anterior, ou porque os Conselhos foram considerados prioritários na implantação do SUS, ou porque se garantiu uma implantação mais eficaz dos mesmos, ou porque, quiçá, poder-se-ia garantir sua continuidade.

Os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados formados por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo esta última classe com representatividade equivalente a metade dos membros, possuem caráter permanente e deliberativo, atuando no planejamento e na formulação de estratégias de controle da política de saúde. Estes Conselhos compõem uma rede formada por: Conselhos Municipais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e um Conselho Nacional de Saúde.

As Conferências de Saúde, realizadas com periodicidade máxima quadrienal, contam com representantes de diversos segmentos sociais e objetivam a avaliação das condições do subsistema de saúde público e a formulação das políticas de saúde. Estas Conferências são realizadas de forma ascendente, iniciando-se nas esferas municipais, estaduais e finalizando na Conferência Nacional de Saúde.

A participação da comunidade santista foi concretizada através das Conferências Municipais de Saúde, realizadas durante a implantação do SUS na cidade, com maior foco nas quatro primeiras conferências durante os anos de 1990 a 1995. As Santas Casas, estavam representadas como prestadoras

de serviço à saúde, tanto nos Conselhos como nas Conferências, por integrantes de sua Irmandade, geralmente aqueles pertencentes ao Conselho Deliberativo da Instituição.

Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Santos são indicados, ou eleitos quando se fizer necessário, para mandatos de dois anos. Como o município de Santos, conta com outro hospital filantrópico além da Santa Casa de Santos: a Sociedade Portuguesa de Beneficência de Santos e devido a parceria entre estas instituições, foi convencionado um revezamento participativo no Conselho Municipal de Saúde, ou seja, quando uma entidade ocupar a representatividade como membro-titular, por consequência, a outra estará representada como membro-suplente, alternando-se a cada biênio.

Além das ações legalmente atribuídas ao Conselho Municipal de Saúde, destacamos maior influência na gestão da Santa Casa de Santos, no acompanhamento dos contratos ou convênios firmados com o gestor SUS e na avaliação das subvenções ou investimentos de qualquer esfera governamental, uma vez que somente serão concedidos se aprovados pelo referido Conselho,

No Conselho Estadual de Saúde, a Santa Casa de Santos, assim como outras instituições filantrópicas do estado de São Paulo, são representadas pela FEHOSP – Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo. Já no Conselho Nacional de Saúde, estas entidades possuem representatividade através da CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

Desta forma, podemos afirmar que houve esforços na implementação das políticas de saúde no início dos anos 90, os quais objetivavam a

construção de um modelo federativo na saúde, quer seja através das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema, ou através da criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

Desde a implantação do SUS, no início dos anos 90, evoluímos de um período em que o sistema de saúde não supria as carências da população e praticava o acesso seletivo de assistência à saúde, uma vez que o modelo assistencial vigente não beneficiava toda a população, pois somente os cidadãos empregados e contribuintes da Previdência Social poderiam dispor desta assistência.

A Santa Casa da Misericórdia de Santos, por possuir o seu modelo de assistência à saúde filantrópico, associado ao fato de já ter sido conveniada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e de ser hospital de referência na Região Metropolitana da Baixada Santista, contribuiu de forma preponderante para a implantação do Sistema Único de Saúde na região. No entanto, sua natureza de instituição filantrópica define um perfil específico de articulação com o SUS da região, seja no que diz respeito ao controle social, por ter uma forma específica de gestão, seja no que diz respeito à sua ambivalência entre se constituir numa entidade de direito privado, porém de natureza pública, ou numa entidade privada, que para sobreviver financeiramente é levada a se aproximar da racionalidade do mercado, embora seja sem fins lucrativos.

III – Capítulo 3: Procedimentos de Alta e Baixa Complexidade realizados na Santa Casa de Santos

3.1 A Santa Casa de Santos

A Santa Casa de Santos está localizada em uma área própria, com aproximadamente 100.000 m^2 (cem mil metros quadrados), destes mais de 44.000 m^2 (quarenta e quatro mil metros quadrados) são de área construída. O hospital configura como “Hospital Geral”, de nível terciário e atua como referência para toda a Região Metropolitana da Baixada Santista. A instituição possui personalidade jurídica privada, porém com natureza organizacional de atividade beneficente sem fins lucrativos. Além de contribuir para a assistência à saúde, também participa para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa, uma vez que ostenta o título de “Hospital de Ensino”, concedido pelos Ministérios da Educação e Saúde.

Atualmente conta com mais de 1.300 (mil e trezentos) profissionais médicos, entre funcionários, prestadores de serviços autônomos, médicos-residentes e aproximadamente 3.000 (três) mil empregados diretos, sendo considerada a maior empregadora de sua região. Além de contar com a mão-de-obra destes colaboradores, possui um corpo de voluntariado dividido em três grupos, carinhosamente denominados de: “Amarelinhas”, “Rosinhas e Cavalheiros da Rosa” e “Verdinhas”. O primeiro grupo possui foco na assistência aos enfermos e familiares das mais variadas patologias, excetuando-se os pacientes portadores de neoplasias, que recebem especial atenção do segundo grupo, as “Rosinhas”. Já as “Verdinhas”, trabalham

diretamente com a administração do hospital, voltadas ao controle de qualidade, tendo como foco os clientes externos e internos. Estes grupos de seletos e qualificados voluntários, juntos representam o apoio de aproximadamente 200 (duzentos) colaboradores.

Também faz parte deste complexo de assistência, uma operadora de plano de saúde com aproximadamente 115.000 (cento e quinze mil) beneficiários, atuando neste mercado desde o início dos anos 90. Esta operadora é fruto do resultado da experiência em saúde, associada à necessidade da busca de recursos financeiros que subsidiem o atendimento ao Sistema Único de Saúde. Além desta, devidamente regulamentada no sistema suplementar de saúde e destacando-se por estar entre as grandes do segmento filantrópico, a instituição também conta com uma prestadora de serviços funerários, através do qual, contribui para o apoio às ações de luto dos menos favorecidos de sua cidade.

O hospital realiza atendimentos nas modalidades: ambulatorial, internação, serviços auxiliares de diagnose e terapia e na urgência, ao sistema público e privado de saúde, incluindo os beneficiários de sua própria operadora. Em sua sede, conta com aproximadamente 700 (setecentos) leitos, distribuídos entre: cirúrgicos, clínicos, obstétricos e pediátricos. Dentre estes, destacamos 84 (oitenta e quatro) leitos complementares de unidade de terapia intensiva, subdivididos em: geral, neurologia, cardíaca, coronariana, pediátrica e neonatal. Para apoio no tratamento e diagnóstico de seus pacientes, a instituição conta com mais de 1.091 (mil e noventa e um) equipamentos auxiliares de diagnose, além de 30 (trinta) equipamentos destinados aos diagnósticos voltados à imagem, instalados em suas salas de exames ou

cirurgias. Recentemente adquiriu um equipamento de ressonância magnética, através de subvenção e apoio do governo estadual, e aguarda a construção das instalações que irão abrigar este equipamento.

Objetivando atender a demanda crescente de beneficiários, além de sua sede hospitalar própria, a instituição conta com centros-médicos ambulatoriais instalados nas cidades de: Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos, São Vicente. Devido ao crescimento populacional considerável na cidade de Praia Grande, recentemente a instituição também inaugurou nesta cidade um segundo local voltado ao pronto-atendimento.

Devemos apresentar destaque para os demais serviços próprios destinados ao apoio, tais como: Ambulâncias; Central de Esterilização de Materiais; Farmácia (incluindo produção própria e manutenção de quimioterápicos); Lactário; Lavanderia; Serviço de Nutrição e Dietética (com produção própria de dietas enterais e parenterais); SAME (serviço de arquivo médico e estatístico, também conhecido como serviço de prontuário de paciente); Serviço de Manutenção de Equipamentos (de alta a baixa tecnologia); Oficinas de Produção (com destaque para: alvenaria, elétrica, marcenaria, costura, pastifício, padaria, tapeçaria e outras); Serviço Social, além de sua área destinada à Tecnologia da Informação, que conta com prontuário eletrônico digital, rastreabilidade e segurança de todas as informações dos pacientes, bem como dos clientes internos. Possui o maior parque informático da região, composto por mais de 700 (setecentos) microcomputadores e uma sala central de processamento.

No seu quadro de colaboradores, conta com uma diversidade de mais de 43 (quarenta e três) especialidades médicas atendidas, e dentre os profissionais de assistência à saúde de nível superior, também destacamos: enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, pedagogos, farmacêuticos e bioquímicos, biomédicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentre outros existentes, quer seja na parte administrativa ou de apoio, dos diversos níveis de formação.

3.2 O Atendimento em Alta Complexidade

Para representarmos a significância desta secular instituição de saúde, dentre os procedimentos voltados à alta complexidade, escolhemos os atendimentos ambulatoriais relacionados à Terapia Renal Substitutiva.

Para visualização dos estabelecimentos habilitados e credenciados ao Sistema Único de Saúde para a realização destes atendimentos, demonstraremos em dois períodos. O primeiro abrange os anos de 2005 a 2007, já o segunda compreende os anos de 2008 a 2010. Embora saibamos que as informações do período de 2000 a 2004 sejam as mesmas do primeiro período (2005 a 2007), optamos por esta divisão por estar de acordo com a atual disponibilidade das informações pelo Ministério da Saúde, pelos critérios de busca pelo serviço credenciado, através do sistema TABNET. A divisão apontada a partir de 2008 foi motivada pela alteração na classificação dos serviços e procedimentos, pois neste ano ocorreu a institucionalização da Tabela Unificada de Procedimentos, responsável pelo agrupamentos dos procedimentos de internação e ambulatorial, adotada pelo Ministério da Saúde.

Tabela 2 Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia na Baixada Santista 2005 a 2007

Serviço /classificação	2005	2006	2007
004-SERVICO DE NEFROLOGIA	2	2	2
..Dpac Dpa Hemodialise Viabilizando ou não acessos	1	1	1
..Dpi Dpac Dpa Hemodialise Viabilizando ou não acesso	1	1	1
Total	2	2	2

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
TABNET - CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Região Metropolitana: Baixada Santista
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico (credenciado ao Sistema Único de Saúde)

Tabela 3. Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia na Baixada Santista 2008 a 2010

Classificação do Serviço	2008	2009	2010
130001 Servico - 130 / 001 - Tratamento dialitico	3	3	3
Total	3	3	3

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
TABNET - CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Região Metropolitana: Baixada Santista
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico (credenciado ao Sistema Único de Saúde)
Classificação do Serviço: 130001 Servico - 130 / 001 - Tratamento dialítico

Como observado, o número de estabelecimentos credenciados é extremamente reduzido se comparado com a população regional. Ao analisarmos somente o município de Santos, encontramos número inferior.

Tabela 4. Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia no município de Santos 2005 a 2007

Serviço /classificação	2005	2006	2007
004-SERVICO DE NEFROLOGIA	1	1	1
..Dpi Dpac Dpa Hemodiálise Viabilizando ou não acesso	1	1	1
Total	1	1	1

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
TABNET - CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Município: Santos
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico (credenciado ao Sistema Único de Saúde)

Tabela 5. Estabelecimentos habilitados com serviço de nefrologia no município de Santos 2008 a 2010

Classificação do Serviço	2008	2009	2010
130001 Servico - 130 / 001 - Tratamento dialítico	1	1	1
Total	1	1	1

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
TABNET - CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Município: Santos
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico (credenciado ao Sistema Único de Saúde)
Classificação do Serviço: 130001 Servico - 130 / 001 - Tratamento dialítico

Ou seja, resta demonstrado que o único prestador credenciado a realizar estes atendimentos no município de Santos, é a Santa Casa de Santos!

3.2.1 O atendimento em Nefrologia na Santa Casa de Santos

A Santa Casa de Santos conta com o Serviço de Nefrologia próprio, com classificação para: Tratamento Dialítico, Confecção de Intervenção de acessos

para Diálise; Tratamento em Nefrologia em Geral, além de procedimentos invasivos para aplicação de órteses, próteses e materiais especiais em pacientes com necessidade de assistência desta especialidade, quer seja na modalidade de internação ou ambulatorial.

Durante os anos de 2000 a 2010, a Santa Casa de Santos realizou mais de 273.000 (duzentos e setenta e três mil) procedimentos de hemodiálise.

Tabela 6. Procedimentos de hemodiálise realizados na Santa Casa de Santos de 2000 a 2010

Procedimento / Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hemodiálise II *(máximo 3 sessões por semana)*	19.082	21.997	23.680	20.540	24.658	24.887	25.759	26.930	29.147	26.557	26.037
Hemodiálise II *(máximo 1 sessão por semana – excepcionalidade)*	135	145	135	54	72	76	296	338	238	206	311
Hemodiálise II em portador de HIV *(máximo 3 sessões por semana)*	13	39	55	0	0	227	265	341	379	330	384
Hemodiálise II em portador do HIV *(excepcionalidade - máximo 1 sessão / semana)*	0	1	0	0	0	2	3	9	2	2	11
Total	**19.230**	**22.182**	**23.870**	**20.594**	**24.730**	**25.192**	**26.323**	**27.618**	**29.766**	**27.095**	**26.743**

Fonte: TABWIN

Ao analisarmos os procedimentos realizados, percebemos uma evolução considerável a partir do ano de 2004, pois a Santa Casa de Santos passou a exercer o terceiro turno de atendimentos aos pacientes. Convém ressaltarmos que esta ação fundou-se na demanda existente e está em conformidade com as exigências do Ministério da Saúde.

Observando-se o último triênio do período analisado, torna-se clara a necessidade do atendimento à demanda regional, em alguns casos esporádicos, atendendo a pacientes de cidades não pertencentes à Região Metropolitana da Baixada Santista.

Tabela 7. Procedimentos de hemodiálise realizados na Santa Casa por origem de município

Município de Residência do Paciente	2008	2009	2010	Total
Bertioga	2	0	62	**64**
Cotia	12	0	0	**12**
Cubatão	2.695	2.061	2.151	**6.907**
Guarujá	316	327	34	**677**
Itanhaém	2.267	1.877	1.378	**5.522**
Itariri	84	0	0	**84**
Mongaguá	1.447	1.703	1.704	**4.854**
Peruíbe	936	593	610	**2.139**
Praia Grande	5.776	5.680	4.986	**16.442**
Santos	13.870	12.740	13.234	**39.844**
São José do Rio Preto	1	0	0	**1**
São Vicente	2.360	2.108	2.580	**7.048**
Sorocaba	0	6	4	**10**
Total	**29.766**	**27.095**	**26.743**	**83.604**

Fonte: TABWIN
Produção Ambulatorial da Santa Casa de Santos de Procedimentos da Tabela Unificada
Frequência por Ano Cobrança segundo Município de Residência do Paciente

É fato a necessidade de ampliação deste serviço na Santa Casa de Santos; no entanto, devido às restrições impostas pela infra-estrutura existente,

não mais será possível a ampliação dos atendimentos, uma vez que um quarto turno não é permitido pela legislação, devido à necessidade de tratamento e manutenção dos equipamentos e insumos utilizados. Para atendimento desta demanda existente, seriam necessários investimentos em um novo local, com infra-estrutura adequada para a devida ampliação deste serviço.

3.3 O Atendimento em Baixa Complexidade

Pela própria política implantada pelo Ministério da Saúde e com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), determina-se que os atendimentos de baixa complexidade sejam realizados nas Unidades Básicas de Saúde ou pelo médico generalista no atendimento à família.

Como amplamente demonstrado, a Santa Casa de Santos é um hospital geral de nível terciário, ou seja, voltado para atendimentos de maior complexidade. De acordo com a política de referência e contra-referência adotada pelo Ministério da Saúde, um hospital terciário deveria somente atender os pacientes referendados de um hospital secundário, que por sua vez, atenderia somente os pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde.

Desta forma, convém assinalar que a consulta em pediatria, mesmo que realizada no âmbito de urgência, esteja configurada como um procedimento de baixa complexidade.

Para este tipo de atendimento, a Região Metropolitana da Baixada Santista apresenta a seguinte estrutura:

Tabela 8. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica na Baixada Santista 2005 a 2007

Serviço /classificação	2005	2006	2007
021-EMERGÊNCIA	23	25	26
..Clínica	23	25	26
Total	23	25	26

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Região Metropolitana: Baixada Santista
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico
Serviço /classificação: Clínica
Período:Dez/2005, Dez/2006, Dez/2007

Tabela 9. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica na Baixada Santista 2008 a 2010

Serviço /classificação	2008	2009	2010
..104003 Servico - 104 / 003 - Unidade de urgências	24	29	31
Total	24	29	31

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Região Metropolitana: Baixada Santista
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico
Serviço /classificação: Clínica
Período:Dez/2005, Dez/2006, Dez/2007

Não diferente do que ocorre para os serviços de alta complexidade, ao analisarmos o número de estabelecimentos cadastrados, observamos que este é reduzido, principalmente quando se considera a evolução demográfica da região, e os impactos previstos com as novas descobertas naturais, que trazem consigo perspectivas de aceleração no desenvolvimento sócio-econômico na

região. No entanto, importante frisar que, nesta amostra, consideramos os números apresentados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, como números reais e fidedignos da atual situação. Apesar de estes poderem apresentar algum viés, motivado pela ausência de verificação dos serviços realizados e efetivamente prestados nos estabelecimentos prestadores de serviço ao Sistema Único de Saúde.

Ao aplicarmos a mesma análise, porém adotando a abrangência somente do município de Santos, também encontramos redução dos pontos de atendimento. E quando se considera que a região é composta por 9 (nove) municípios, certamente este déficit apresenta-se mais acentuado, uma vez que proporcionalmente, mediante os valores encontrados, temos a impressão de que o município de Santos apresenta melhor infra-estrutura, em relação aos demais integrantes da Região Metropolitana da Baixada Santista.

Tabela 10. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica no município de Santos 2005 a 2007

Serviço /classificação	2005	2006	2007
021-EMERGÊNCIA	6	7	7
..Clínica	6	7	7
Total	6	7	7

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Município: Santos
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico
Serviço /classificação: Clínica
Período:Dez/2005, Dez/2006, Dez/2007

Tabela 11. Estabelecimentos habilitados com serviço de urgência em clínica médica no município de Santos 2008 a 2010

Serviço /classificação	2008	2009	2010
..104003 Servico - 104 / 003 - Unidade de urgências	7	8	8
Total	7	8	8

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
CNES - Estabelecimentos - Serviços / classificação até Fevereiro de 2008 - São Paulo
Quantidade por Serviço /classificação e Ano/mês de competência
Reg.Metropolitana: Baixada Santista
Tipo de Prestador: Público, Filantrópico
Serviço /classificação: Clínica
Período:Dez/2005, Dez/2006, Dez/2007

Tabela 12. Procedimentos de consulta médica em pediatria realizadas na Santa Casa de Santos de 2000 a 2010

Procedimento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consulta em pediatria / Atendimento Médico de Emergência / Urgência em Clínica Médica Pediátrica	70.664	73.255	72.282	62.813	59.987	61.881	63.705	55.742	50.489	52.130	59.047

Fonte: TABWIN

Claro está que um hospital terciário, como a Santa Casa de Santos, também vem realizando atividades pertinentes a uma Unidade Básica de Saúde. Este fato pode ocorrer em virtude da inexistência ou omissão destas unidades credenciadas às quais o Gestor do SUS possa recorrer. No entanto, quando listamos os serviços credenciados para atendimento de urgências ao Sistema Único de Saúde, encontramos apenas 8 (oito) estabelecimentos credenciados que, hipoteticamente, estão credenciados para os atendimentos nas clínicas básicas: geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia.

Agrava esse quadro o fato de que, em âmbito nacional, o setor da saúde enfrenta uma carência de profissionais médicos voltados à pediatria. Em diversas reportagens, observamos que ambos os sistemas de saúde (público e suplementar) tem encontrado enormes adversidades para o credenciamento destes profissionais.

A Santa Casa de Santos, duplamente contribuinte desta especialidade, uma vez que demonstra o seu expressivo número de consultas realizadas, bem como, por exercer a atividade de hospital de ensino, também responde pela formação de médicos pediatras, pois esta é uma das especialidades credenciadas pelo Ministério da Educação.

Apesar do compromisso de prestação de atendimento filantrópico, mesmo que de forma óbvia, faz-se necessário lembrar que uma adequada prestação de serviços está integralmente relacionada ao investimento financeiro necessário para sua realização. De acordo com a realidade, a saúde não tem preço, porém possui custo!

Esses custos, infelizmente, não são suportados pelos repasses financeiros do Sistema Único de Saúde. A contraprestação financeira (valor de faturamento) de

uma consulta de urgência na especialidade de pediatria, realizada pelo Sistema Único de Saúde é de R$ 11,00 (onze reais). Considerando que uma consulta possa vir a gerar o consumo de materiais e medicamentos ou a utilização de equipamentos de diagnose e terapia, como o Raio-X, por exemplo, fica evidente que o efetivo custo de uma consulta simples não será suportado pelo valor despendido.

Deixemos claro que, independentemente da assistência à saúde ser prestada através de procedimento de Alta ou Baixa complexidade pela Santa Casa de Santos, a participação desta, não só com o município onde se situa a sua sede hospitalar, mas também para toda a região pertencente, é de elevada significância, não sendo excesso de presunção afirmarmos que o sistema de saúde da região depende e conta com a Santa Casa de Santos como parceiro fundamental na assistência à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de “fazer o bem” estão integralmente relacionadas à *filantropia* e *caridade*. No entanto, estes dois institutos são distintos, pois a caridade relaciona-se diretamente à piedade, pressupondo uma renúncia e tem como característica relevante o anonimato. Já a filantropia provoca a publicidade, pois através desta, busca maior visibilidade, e por consequência maiores recursos para a continuidade da prestação de seus serviços.

Repensando a fundação das Santas Casas da Misericórdia, há mais de quinhentos anos, com características iniciais majoritárias relacionadas à assistência e em menor complemento à terapêutica, apoiada nos preceitos da Igreja Católica e tendo a caridade como forma de subsistência, acompanhamos a sua evolução para instituições filantrópicas, com natureza jurídica privada, porém exercendo funções de prestadora de serviços sem fins lucrativos, tendo como principal atividade apoiar, de forma complementar, o Estado na assistência integral à saúde, que por sua vez consiste num fundamento basilar do Sistema Único de Saúde.

Por força legal, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/90, os hospitais filantrópicos são parceiros privilegiados na integralidade da assistência à saúde, tendo a descentralização do sistema como apoio na formação e acompanhamento das ações dos gestores do SUS, estando estes em qualquer das três esferas governamentais: municipal, estadual e nacional.

Em virtude de sua característica, o hospital filantrópico deve oferecer minimamente 60% (sessenta por cento) de sua capacidade de atendimento ao referido gestor, cumprindo o seu dever legal de se constituir parte fundamental do

subsistema complementar ao sistema público de saúde na atenção assistência à saúde.

Do ponto de vista teórico, existem apenas três possibilidades para o gestor SUS não contratar os serviços dos hospitais filantrópicos: inexistência de demanda; capacidade e estrutura plena para atendimento da demanda existente em sua rede pública; e insuficiência de recursos financeiros para o cumprimento da responsabilidade contratada. Porém, ao analisarmos do ponto de vista prático, corroborado com o aumento da taxa de crescimento populacional de nosso país, e por consequência, com o aumento das taxas de morbidade e mortalidade, associadas ao ínfimo investimento realizado na construção e/ou manutenção dos estabelecimentos ou profissionais de saúde públicos, descartam-se as duas primeiras hipóteses para a não-contratação dos hospitais filantrópicos.

Além disso, as entidades filantrópicas de assistência à saúde, pela prestação de seus serviços, são remuneradas por valores previamente definidos pelo Sistema Único de Saúde, que na grande maioria dos casos não são suficientes para compensar os efetivos gastos do atendimento prestado. Independentemente do procedimento realizado na assistência à saúde, quer seja de baixa ou alta complexidade, necessitando ou não de incorporação tecnológica, os valores percebidos não são compatíveis com os valores gastos, salvo exceção dos procedimentos realizados em hospitais detentores de exclusiva tecnologia, como por exemplo, aqueles que realizam os procedimentos de transplantes de alta complexidade.

Desta forma, os hospitais filantrópicos, além de serem parceiros complementares (e/ou fundamentais) na assistência à saúde, precisam buscar

alternativas para o seu equilíbrio financeiro, até mesmo para a permanência da continuidade de sua prestação de serviços. É fato que de acordo com a sua constituição histórica, estas entidades também contam com contribuições fundadas na caridade; porém, mesmo acrescendo estas contribuições aos valores percebidos pelo SUS, ainda torna-se impossível o seu equilíbrio financeiro.

Por serem instituições privadas, a gestão dos hospitais filantrópicos espelham-se nas ações praticadas no “mercado”, para que possam subsistir, e muitas vezes buscam fontes de receita alternativas, quer sejam relacionadas à saúde, como a manutenção de Operadoras de Plano de Saúde, quer atuando no sistema suplementar de saúde ou em áreas co-relacionadas, como: atividades de ensino ou prestações relacionadas aos serviços de óbito: funerárias ou cemitérios.

Embora possam existir visões de gestão diferentes para cada entidade filantrópica, a racionalidade do equilíbrio orçamentário acaba por delimitar a demanda e a razão de existência de cada uma destas entidades, sendo de vital importância a busca por compensações financeiras.

Diante da realidade enfrentada por estas entidades por longos anos, por que não se poderia levantar a hipótese de que a experiência dos hospitais filantrópicos, como parceiros prioritários do SUS na qualidade de entes complementares a ele, não teriam sido fonte de inspiração para a criação das OSCIP´s – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, regulamentada pela Lei 9.790/99?

É oportuno que o Estado e a Sociedade acompanhem e incentivem às atividades realizadas nos hospitais filantrópicos, em especial a Santa Casa de Santos, entidade esta pertencente e voltada à comunidade, a fim de que todos os atores envolvidos nesse processo de construção do SUS e de conquista da saúde

como um direito universal, possam prosseguir com a conquista de um atendimento digno de assistência à saúde. No caso da Santa Casa de Santos, conforme o desejo do seu fundador: “*Casa de Deus para os Homens, porta aberta ao Mar*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Os descaminhos da Democracia. Quem és tu, Federação? Publicação da Comissão Nacional para as Comemorações do V Centenário do Descobrimento do Brasil. São Paulo, v.1, n. 02, p. 12-21, mar/abr. 1999.

AGEM - Agência Metropolitana da Baixada Santista. Divisão Político-Administrativa da Região Metropolitana da Baixada Santista. Disponível em: <http://www.agem.sp.gov.br/rmbs_historia.htm>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais 2001; 51:13-34.

ANDRADE, Manuel Correia. As raízes do separatismo no Brasil. São Paulo: FEU, 1999.

ANDRADE, Wilma Therezinha Fernandes de Andrade. Conexões da História: Santos e Portugal. São Paulo: Leopoldianum, 1996; 22: 67-84

BALANÇO SOCIAL 2008. Santa Casa de Misericórdia de Santos. Disponível em: <http://www.scms.org.br/home.asp#@>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

BÓGUS, C. M. Participação Popular em Saúde. Formação Política e Desenvolvimento - São Paulo, ANNABLUME e FAPESP, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Especial para Descentralização. Descentralização do SUS: prioridade do MS - Saúde em Debate, 1993, n. 38; 4-17.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CNS. Pesquisa: Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Relatório Executivo - Brasília, 1993.

BRASIL. A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, José Murilo. Teatro de sombras: a política imperial. São Paulo: Vértice, 1988.

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil - participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM / FASE, 1995.

CHEUICHE, Alcy José de Vargas. Guerra dos Farrapos. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1985.

CMS - Conselho Municipal de Saúde. Atribuições. 2011. Disponível em: <http://www.portal.santos.sp.gov.br/conselhos/page.php?23>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.) - Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. São Paulo, Cortez / Cedec, 1995: 225-244.

COSTA, Gustavo de Freitas Cavalcanti. Federalismo & ICMS: reflexos tributários. Curitiba: Juruá, 2000.

DUPRAT, Chaterine. Usage et pratiques de la philanthropie — pauvreté, action sociale et lien social, à Paris, au cours du premier XIXe siècle. Paris: Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, 1996, vol. 1

ESCOREL, S. - Exclusão Social e Saúde - Saúde em Debate, 43: 38-43;

FAORO, Raimundo. Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro. São Paulo: Globo, 2000. v. 2.

FERNANDES, R. C. Privado porém público - O Terceiro Setor na América Latina. 2 ed. Rio de Janeiro: CIVICUS / Relume Dumará, 1994.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GENRO, Tarso. Utopia Possível. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

GOHN, M. G. Teorias dos Movimentos Sociais - Paradigmas Clássicos e Contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

HORTA, Raul Machado. As novas tendências do Federalismo e seus reflexos na Constituição Brasileira. Revista do Legislativo, Belo Horizonte, n. 25, p. 14-25, jan./mar. 1999.

IBGE. Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354850>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

IVAMOTO, Henrique Seiji. Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica. Acta Medica Misericordiæ Centro de Estudos, Santa Casa da Misericórdia de Santos, 1998. Disponível em: <http://www.scms.org.br/noticia.asp?codigo=42&COD_MENU=24>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Ano XV n.116, ABRIL/2000

LESSA, Candace, ROSSETTI, Fernando. O futuro da filantropia no Brasil. Artigo, 2006. Disponível em:

<www.cereja.org.br/arquivos_upload/futuro_filantropia_brasil.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

LUSTOSA, Isabel. O medo da desintegração. Quem és tu federação? Publicação da Comissão Nacional para as Comemorações do V Centenário do Descobrimento do Brasil, São Paulo, 1999. vol. 01, n. 02, p. 22-28, mar/abr.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros. Poder Municipal: paradigmas para o Estado Constitucional Brasileiro. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

MATTOS, M. L. Recursos Humanos e o novo Trabalhador em Saúde: A experiência da Secretaria Municipal de Saúde na cidade de São Paulo durante a gestão do Partido dos Trabalhadores (1989-1992). Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva / FCM / UNICAMP. Campinas: Unicamp, 1996.

MAUSS, Marcel. Essai sur le don - Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. Artigo original de 1924. Republicado eletronicamente por Jean-Marie Tremblay, 2002. Disponível em: <http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/2_essai_sur_le_don/essai_sur_le_don.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

MELO, Osvaldo Ferreira de. Tendências do federalismo no Brasil. Florianópolis: Lunardelli, 1975.

MÉSZÁROS, István. A Necessidade do Controle Social. 2 ed. São Paulo: Ensaio, 1993.

MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE. O Controle do Sistema Único de Saúde pela População. Caderno de Política de Saúde, n.3, 1989.

NESCO - Espaço para a Saúde - Ano 1, N 0, 1988;

NOVOMILENIO. Santa Casa de Santos. Disponível em: <www.novomilenio.inf.br>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

PMSP - SMS. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Por Detrás da Violência: Um olhar sobre a cidade - Violência nas ações de Saúde - SMS. Cadernos do CEFOR N 7, 1992.

PMSP - SMS. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Participação e Controle Social no Sistema Único de Saúde - SMS, junho de 1992.

REIS, E F. Federalismo fiscal: competência concorrente e normas gerais de Direito tributário. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

RMBS - REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA. Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho. Governo do estado. Disponível em: <http://www.emprego.sp.gov.br/diagnostico/pdfs/Baixada.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

SABROZA, P. C. Doenças Transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M. C. (Org.) - Os Muitos Brasis - saúde e população na década de 80. São Paulo / Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1995: 177-244.

SADER, E - Quando novos personagens entraram em cena. 2 ed. São Paulo, Paz e terra, 1995.

SALLUM JR., Brasílio. Transição política e crise de Estado. Revista Lua Nova, São Paulo, n. 32, p. 157-169, abr./jun. 1994.

SOUZA, Telma Sandra Augusto de. CONQUISTAS DA IMPLANTAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SANTOS-SP (1989-1996) - desafios do pioneirismo. Santos: Unisantos, 2009

SPOSATI, A e LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, n.8, 1992:366-378.

TEMAS EM SAÚDE COLETIVA. n°8 - Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista. São Paulo: Art Printer Gráicos Ltda, 2011. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Temas08.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

VALLA, V V. (Coord.). Participação Popular e os Serviços de Saúde: O controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro, PARES/Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, 1993.

WESTPHAL, M F. Gestão Participativa dos Serviços de Saúde: Pode a educação colaborar na sua concretização? - Saúde em Debate, n. 47, 1995: 41-45.

WOLKMER, Antonio Carlos. História do direito no Brasil. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

ANEXOS

Antigas instalações do hospital Santa Casa de Misericórdia de Santos

Bico-de-pena do artista Lauro Ribeiro da Silva, reproduzido de História de Santos/Poliantéia Santista, de Francisco Martins dos Santos e Fernando Martins Lichti, 1986. Antigas instalações do hospital Santa Casa de Misericórdia de Santos, na atual Avenida São Francisco, que depois foram atingidas pelo desabamento de parte da encosta do Monte Serrat em 1928. Hoje, restam apenas fragmentos do prédio, no meio da alça rodoviária que liga o Túnel Rubens Ferreira Martins e o Elevado Aristides Bastos Machado.

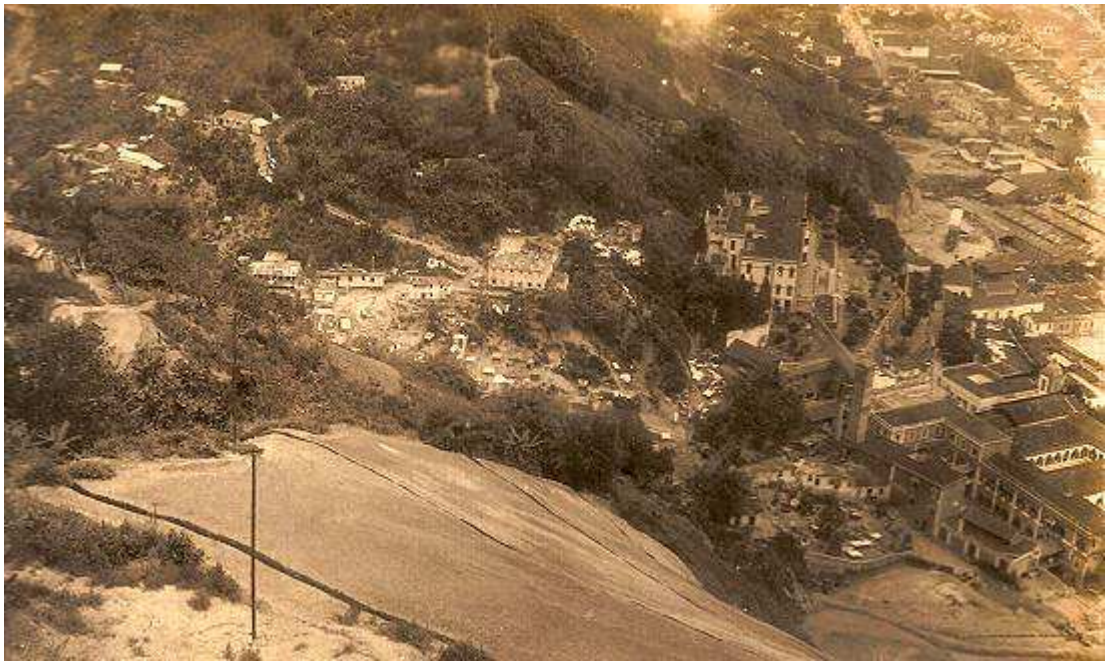
Fonte: Novomilênio (2011)

Igreja São Francisco de Paula e o hospital

Imagem reproduzida no livro Santos e seus Arrabaldes - Álbum de Militão Augusto de Azevedo, de Gino Caldatto Barbosa (org.), Magma Editora Cultural, São Paulo/SP, 2004.

Fonte: Novomilênio (2011)

Terceiro Edifício da Santa Casa de Santos



Complexo da terceira edificação da Santa Casa da Misericórdia, na Rua São Francisco, no sopé do Monte Serrate, e que seria depois parcialmente destruído pelo desabamento de parte da encosta do morro.

Fonte: Novomilênio (2011)

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
FICHA REDUZIDA DA SANTA CASA DE SANTOS

MINISTÉRIO DA SECRETÁRIA DE ATENCÃO À SAÚDE		SAÚDE	24/8/2011 DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 1/7/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 23/8/2011

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
SANTA CASA DE SANTOS			2025752	58198524000119
Razão Social:			**CPF:**	**Personalidade:**
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTOS			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
AVENIDA DOUTOR CLAUDIO LUIS DA COSTA			50	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
	JABAQUARA	11075000	SANTOS	SP
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Esfera Administrativa:**		**Gestão:**
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			**Dependência:**	
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS			INIDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**1354**
Outros	**2481**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	**820**

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PARTICULAR
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR

Fluxo de Clientela:

ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Leitos

CIRÚRGICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**

TRANSPLANTE	2	2
CARDIOLOGIA	22	11
OTORRINOLARINGOLOGIA	16	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	43	19
GINECOLOGIA	20	13
ONCOLOGIA	20	8
OFTALMOLOGIA	19	8
TORAXICA	29	18
PLASTICA	41	19
GASTROENTEROLOGIA	30	19
NEFROLOGIAUROLOGIA	26	13
CIRURGIA GERAL	34	22
NEUROCIRURGIA	37	14

CLÍNICO

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
HEMATOLOGIA	13	10
AIDS	12	7
CLINICA GERAL	27	11
ONCOLOGIA	17	6
NEUROLOGIA	13	5
PNEUMOLOGIA	14	3
NEFROUROLOGIA	23	12
CARDIOLOGIA	17	6

COMPLEMENTAR

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
UTI ADULTO - TIPO II	10	10
UTI NEONATAL - TIPO III	10	0
UTI ADULTO - TIPO III	51	30
UTI PEDIATRICA - TIPO III	10	10
UNIDADE ISOLAMENTO	3	3

OBSTETRÍCIA

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
OBSTETRICIA CIRURGICA	27	22
OBSTETRICIA CLINICA	10	8

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
PEDIATRIA CIRURGICA	32	24
PEDIATRIA CLINICA	35	26

HOSPITAL DIA

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE	2	2
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	23	0

LEITOS HABILITADOS
(Os totais de leitos SUS com sinalização (*), são totais recuperados dos leitos Habilitados pela SAS. Vide consulta Habilitações)

Nome Leitos	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
UTI II ADULTO	-	10(*)
UTI III ADULTO	-	30(*)
UTI III PEDIATRICA	-	10(*)
		50

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	**Existente:**	**Em Uso:**	**SUS:**
MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES	1	1	SIM
RAIO X ATE 100 MA	10	10	SIM
RAIO X COM FLUOROSCOPIA	3	3	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	8	8	SIM
RAIO X MAIS DE 500MA	2	2	SIM
RAIO X PARA HEMODINAMICA	1	1	SIM
RESSONANCIA MAGNETICA	1	1	SIM
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	2	2	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	2	2	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
ULTRASSOM ECOGRAFO	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	**Existente:**	**Em Uso:**	**SUS:**
CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	3	3	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Equipamento:	**Existente:**	**Em Uso:**	**SUS:**
CANETA DE ALTA ROTACAO	3	3	SIM
CANETA DE BAIXA ROTACAO	1	1	SIM
EQUIPO ODONTOLOGICO	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Equipamento:	**Existente:**	**Em Uso:**	**SUS:**
BERÇO AQUECIDO	10	10	SIM
BOMBA DE INFUSAO	284	284	SIM
BOMBA/BALAO INTRA-AORTICO	2	2	SIM
DESFIBRILADOR	27	27	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	26	26	SIM
INCUBADORA	26	26	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	9	9	SIM
MONITOR DE ECG	142	142	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	47	47	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	77	77	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	172	172	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	130	130	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Equipamento:	**Existente:**	**Em Uso:**	**SUS:**
ELETROCARDIOGRAFO	24	24	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	1	0	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Equipamento:	**Existente:**	**Em Uso:**	**SUS:**
ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	3	3	SIM
ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	1	1	SIM
ENDOSCOPIO DIGESTIVO	8	8	SIM
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	2	2	SIM
LAPAROSCOPIO/VÍDEO	7	7	SIM
MICROSCOPIO CIRURGICO	10	10	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento:	**Existente:**	**Em Uso:**	**SUS:**
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	16	16	SIM
APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	16	16	NÃO
EQUIPAMENTO DE CIRCULACAO	5	3	SIM

EXTRACORPOREA			
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	45	45	SIM
EQUIPAMENTOS DE AFERESE	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	23	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	4	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	3	0
SALA DE CURATIVO	3	0
SALA DE GESSO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	2	13
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	2	12
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	2	9

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS ESPECIALIZADAS	18	0
ODONTOLOGIA	3	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE CURATIVO	5	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	3	0

HOSPITALAR

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	22	0
SALA DE RECUPERACAO	2	11
SALA DE PARTO NORMAL	2	0
SALA DE PRE-PARTO	1	7

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	NÃO	SIM	SIM	SIM
148	HOSPITAL DIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
105	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM

127	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE GRAVE	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
111	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
113	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
116	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
116	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
116	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	PROPRIO	NÃO	SIM	SIM	SIM
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
118	SERVICO DE CIRURGIA TORACICA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
123	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
130	SERVICO DE NEFROLOGIA UROLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
140	SERVICO DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
143	SERVICO MOVEL DE URGENCIA EXCETO SAMU	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
148 - 005	HOSPITAL DIA	CIRURGICO/DIAGNOSTICO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 005	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO

	COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA			INFORMADO
105 - 004	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 008	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 009	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	POLISSONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 002	SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
127 - 001	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE GRAVE	TRATAMENTO CLINICO CIRURGICO REPARADOR E ACOMPANHAMENTO AO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIAOTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
111 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRENATAL DE BAIXO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
113 - 002	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	INTERNACAO DOMICILIAR	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 003	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	CIRURGIA CARDIOVASCULAR CRIANCA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 002	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	CIRURGIA CARDIOVASCULAR ADULTO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 004	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	CIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA HEMODINAMICA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 006	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	ENDOVASCULAR EXTRACARDIACA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 001	SERVICO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR	ELETROFISIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 003	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO DA LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIVAIDS	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 001	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA DO PORTADOR DE HIVAIDS	NÃO	NAO INFORMADO
118 - 001	SERVICO DE CIRURGIA TORACICA	CIRURGIA TORACICA	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	NÃO	NAO INFORMADO

121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 008	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM BUCO MAXILO FACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 001	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM AUXILIARES DE LOCOMOCAO	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 002	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM ORTOPEDICAS	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 004	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM OFTALMOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 011	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM EM NEFROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 009	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	SUBSTITUICAOTROCA EM ORTESESPROTESES	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 006	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM EM UROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 005	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 003	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM	NÃO	NAO

		OFTALMOLOGIA		INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 001	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	SERVICO DE NEFROLOGIA UROLOGIA	TRATAMENTO DIALITICO	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	SERVICO DE NEFROLOGIA UROLOGIA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	SERVICO DE NEFROLOGIA UROLOGIA	TRATAMENTO EM NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 001	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA PEDIATRICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 005	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 004	SERVICO DE ONCOLOGIA	RADIOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 003	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL COM MANIPULACAO FABRICACAO	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 003	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEMNASCIDO FIBROSE CISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 001	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO E FENILCETONURI	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 002	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO DOENCAS FALCIFORMES	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 001	SERVICO DE URGENCIAS	PRONTO SOCORRO GERAL	NÃO	NAO INFORMADO

140 - 002	SERVICO DE URGENCIAS	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 003	SERVICO DE URGENCIAS	PRONTO ATENDIMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 002	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
143 - 001	SERVICO MOVEL DE URGENCIA EXCETO SAMU	TRANSPORTE TERRESTRE	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 014	TRANSPLANTE	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TRANSPLANTADO	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 005	TRANSPLANTE	CORNEA/ESCLERA	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 013	TRANSPLANTE	CONTAGEM ENDOTELIAL CORNEANA	NÃO	NAO INFORMADO

Remuneração SUS de Alta Complexidade: Terapia Renal Substitutiva

Procedimento Publicado

Procedimento: 03.05.01.010-7 - HEMODIALISE II (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
Sub-Grupo: 05 - Tratamento em nefrologia
Forma de Organização: 01 - Tratamento dialítico

Competência: 04/2011 Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
Complexidade: Alta Complexidade
Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Sub-Tipo de Financiamento: Nefrologia
Instrumento de Registro: APAC (Proc. Principal)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Quantidade Máxima: 14
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 110 anos
Pontos:
Atributos Complementares: Exige CNS Admite APAC de Continuidade Exige registro na APAC de dados complementares

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
Complexidade: Alta Complexidade
Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Sub-Tipo de Financiamento: Nefrologia
Instrumento de Registro: APAC (Proc. Principal)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Quantidade Máxima: 14
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 110 anos
Pontos:
Atributos Complementares: Exige CNS Admite APAC de Continuidade Exige registro na APAC de dados complementares

Valores

Serviço Ambulatorial: R$ 155,00
Total Ambulatorial: R$ 155,00
Serviço Hospitalar: R$ 0,00
Serviço Profissional: R$ 0,00
Total Hospitalar: R$ 0,00

Remuneração SUS de Baixa Complexidade: Consulta Médica em Clínica Pediátrica

Procedimento Publicado

Procedimento: 03.01.06.009-6 - ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
Forma de Organização: 06 - Consulta/Atendimento ás urgências (em geral)

Competência: 04/2011 Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
Complexidade: Média Complexidade
Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: BPA (Consolidado)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Quantidade Máxima:
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 110 anos
Pontos:
Atributos Complementares:

Competência: 04/2011 Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
Complexidade: Média Complexidade
Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: BPA (Consolidado)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Quantidade Máxima:
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 110 anos
Pontos:
Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial:	R$ 11,00	**Serviço Hospitalar:**	R$ 0,00
Total Ambulatorial:	R$ 11,00	**Serviço Profissional:**	R$ 0,00
		Total Hospitalar:	R$ 0,00