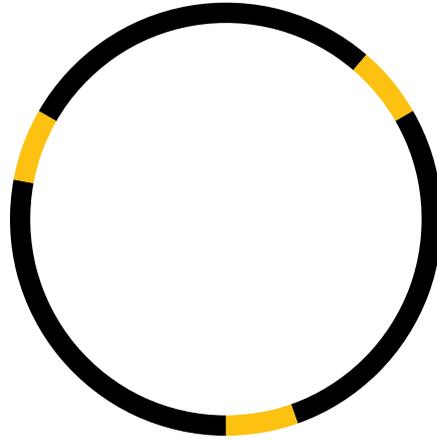
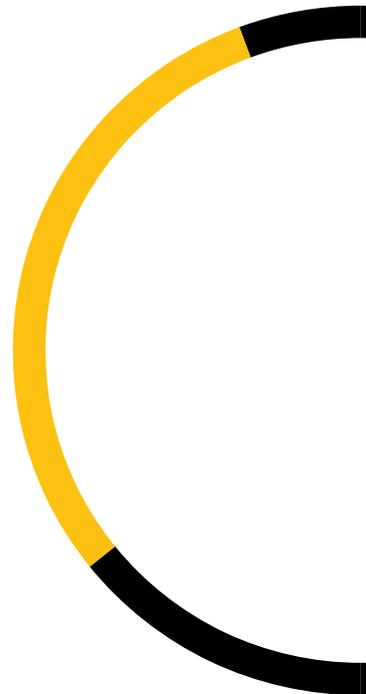




6



# Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas



1

2

3

4

5

6

7

8

9



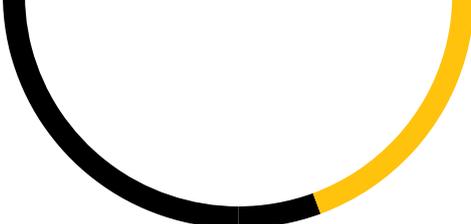
# Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas<sup>1</sup>

## **AUTORAS**

Ana Maria Malik (FGV)

Cinthia Costa (Beneficência Portuguesa de São Paulo)

1 Nossos sinceros agradecimentos, em primeiro lugar a nossas entrevistadas e a nossos entrevistados, que não nominamos pois prometemos sigilo quanto a suas identidades, por sua generosidade em compartilhar conosco seus conhecimentos e sua visão de mundo, principalmente a respeito desse mundo das Santas Casas e dos demais hospitais filantrópicos. Agradecemos ainda ao nosso grande amigo (e tão conhecedor do tema) Gonzalo Vecina Neto que releu nosso texto pelo menos duas vezes, para nos permitir uma apresentação do tema com mais riqueza e com uma análise mais adequada e ao Rubens Yoshimassa Moriya pela ajuda na extração dos dados nas bases oficiais do Ministério da Saúde (DataSUS).



## **REALIZAÇÃO**

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde  
Umane

## **APOIO**

National Institute for Health and Care Research (NIHR)

## **COORDENAÇÃO**

Rudi Rocha

## **REVISÃO TÉCNICA**

Leonardo Rosa, Helena Arruda,  
Vinicius Peçanha, Paulo Chapchap

## **PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

Fábrica de Ideias Brasileiras

## **AGRADECIMENTOS**

Este projeto recebeu comentários e críticas de oficinas com especialistas e representantes da academia, do governo e de entidades do setor privado e da sociedade civil. Agradecemos a todas as pessoas que contribuíram para este trabalho.

## **CREATIVE COMMONS**

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane como instituições responsáveis.

**IEPS.ORG.BR | UMANE.ORG.BR**

# Sumário

**Apresentação** 6

**Sumário Executivo** 7

---

**6.1** **Introdução** 9

**6.2** **Hospitais Filantrópicos & Santas Casas** 16

**6.3** **Método** 21

**6.4** **Resultados dos aspectos qualitativos do trabalho** 24

**6.5** **Discussão de resultados** 28

**6.6** **Conclusões ou recomendações para a sustentabilidade dos Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas** 31

**6.7** **Limitações** 35

---

**Referências** 36

# Biografia dos autores

---

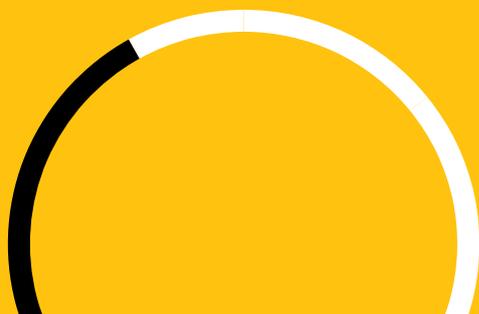
## **ANA MARIA MALIK**

Professora titular da FGV-EAESP. Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com doutorado em Medicina pela FMUSP e mestrado em Administração pela FGV-EAESP. Acadêmica eleita da Academia Brasileira de Qualidade e da Academy of Quality and Safety in Healthcare. Integra a Comissão de Saúde do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) e é coordenadora da Linha de Saúde do Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade da FGV-EAESP.

---

## **CINTHIA COSTA**

Profissional com 20 anos de experiência no mercado da saúde, exercendo atividades de gestão, consultoria e acadêmica. Mestre em Gestão da Saúde pela FGV-EAESP, Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela FGV-EAESP e MBA em Gestão de Projetos pela FIA. Atualmente é coordenadora de projetos de filantropia na BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo e pesquisadora associada do FGV Saúde.



## Apresentação

Este estudo faz parte da pesquisa Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido, resultado de uma parceria entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e a Umane, que apresenta um panorama inédito e profundo sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público.

Ao todo, a pesquisa reúne nove estudos que abordam aspectos fundamentais do setor privado em saúde. Os diagnósticos foram construídos ao longo de um ano de trabalho e contou com a colaboração de pesquisadores e autoridades públicas em oficinas de discussão, entrevistas e análise de dezenas de bases de dados.

## Sumário Executivo

Neste capítulo descreveremos a evolução de uma parte relevante do setor de assistência médica hospitalar no Brasil: os hospitais filantrópicos de maneira geral e as Santas Casa em particular. Procuramos descrever como foi o surgimento desses hospitais no Brasil (e sua origem portuguesa), de que maneira se desenvolveram na atividade e como tem sido o seu financiamento no Brasil desde antes do SUS, quando ainda se falava no país em assistência aos indigentes, até o momento atual, quando alguns filantrópicos são colocados como hospitais de excelência (e, por isso, recebem incentivos, pelo menos financeiros). O presente estudo considerou este grupo de hospitais em sua totalidade, tanto enquanto prestadores de serviços para o setor público quanto para operadoras de planos de saúde.

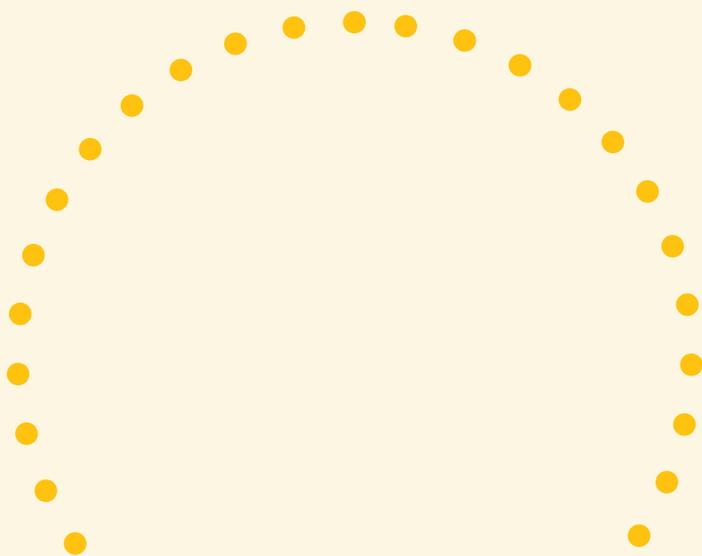
Os resultados sugerem, em primeiro lugar, que este tema não costuma ser abordado em artigos científicos publicado. Da mesma forma, o tema aparece mais em relatórios encomendados, por instituições como o BNDES e Banco Mundial, de anos atrás, e realizados por profissionais diretamente interessados. Isto posto, o trabalho atual traz como contribuição o fato de que esses hospitais apresentam desafios relevantes, para o seu futuro e até para sustentabilidade do SUS. Em sua importante dispersão pelo território brasileiro há aqueles de pequeno porte, com frequência ociosos, respondendo a modelos assistenciais e organizacionais antigos e com baixo grau de eficiência e resolubilidade, que padecem de dificuldade de negociação tanto com seu corpo profissional interno quanto com gestores públicos locais ou, ainda, com operadoras de planos de saúde. No entanto, entre eles existem também centros de referência nacionais, de grande porte e até mesmo de porte especial (não apenas aqueles participantes do PROADI mas ainda uma série de outros, presentes em alguns estados, quase sempre em capitais) que se tornaram *benchmarks* nacionais e/ou conseguiram viabilizar formas alternativas de financiamento.

Nossa análise, informada mais por visões de *stakeholders* importantes do setor, sugere que, mantidas as atuais condições de governança do sistema e de gestão dos serviços, os hospitais filantrópicos continuarão em crise. Faz-se necessária uma política de saúde com mais capacidade regulatória, tanto no que diz respeito a critérios de funcionamento para todo tipo de

hospitais (inclusive os filantrópicos) quanto no que concerne a novos modelos de assistência, onde se possa contar com tipos de serviços além dos já tradicionalmente existentes, como é o caso dos hospitais de agudos (que perdem eficiência quando têm sua funcionalidade desviada ao abrigarem pacientes convalescentes ou em preparação para exames, ou apenas para garantir taxas de ocupação). Sua gestão e seu financiamento poderiam ser reorientados, como parceiros preferenciais do SUS, para um âmbito de governança loco/regional ou macrorregional de saúde, desenhada em função das necessidades da população e não mais pela capacidade de oferta de serviços em geral, coordenados pelos gestores do sistema nos seus diferentes níveis.

É notório que as políticas de saúde do Brasil não priorizam a assistência hospitalar. Se por um lado isso se deve à visão dos diferentes níveis de governo, por outro o setor privado – com e sem finalidade lucrativa – recorre ao Estado basicamente para pedir ajuda financeira, seja de forma direta ou indireta. Ao mesmo tempo, os gestores públicos não costumam reconhecer as possibilidades de parceria com o setor privado, mesmo aquele considerado, desde a reforma administrativa do Governo FHC, como prestando serviços públicos não estatais, ou chamados de privados sem finalidade lucrativa. Aqui cabe uma discussão sobre o que é público, o que é privado e quais os limites entre ambos, pensando no maior interessado, o cidadão.

Ainda assim, faz-se necessário o estímulo à criação de bancos de dados do setor, para além dos hospitais mais providos de recursos, eventualmente estimulado e patrocinado pelos órgãos de *advocacy*, de maneira a dar visibilidade e clareza à situação dos hospitais filantrópicos para conseguir compreender o sistema como um todo e desenhar políticas nas quais este componente tenha o lugar que lhe compete.



# 6.1

## Introdução

### 6.1.1 As Santas Casas no mundo e no Brasil

A prestação de assistência à saúde por entidades filantrópicas teve início em 1498, em Lisboa, com a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, fundada pela Rainha D. Leonor de Lencastre, esposa de Dom João II, com o propósito de fazer caridade para enfermos, presos, necessitados e órfãos, ou seja, apresentando um componente eminentemente social, no qual se inclui a assistência a doentes. No mesmo ano, não por um acaso, ela se tornou referência e, ainda hoje, é uma das entidades filantrópicas mais conhecidas e reconhecidas internacionalmente, seja pelo seu modelo de trabalho ou pelo seu modelo de financiamento. Eventualmente, essa realidade não é isenta de problemas, como se observa em matérias da imprensa portuguesa de junho de 2024.

A criação das Misericórdias em Portugal repercutiu e se espalhou por esse país como um todo e por diversos outros, como África, Alemanha, Arábia, Brasil, China, Índia, Indochina, Indonésia, Japão, Pérsia (Irã), assumindo muitas das obrigações sociais do Estado. Com grande frequência são ligadas a ordens religiosas católicas, como é o caso dos jesuítas (IVAMOTO, 2002). Na maioria dos territórios onde foram fundadas, as Misericórdias se anteciparam aos movimentos estatais de assistência social e à saúde. Segundo Bulcão, (2024), elas representaram no Brasil a chegada da medicina europeia, logo no início da colonização portuguesa, e ganharam força com a vinda dos jesuítas ao país, em 1549. Estes, além de catequizar os povos locais, prestavam algum tipo de assistência médica em seus colégios. Além dessas atividades, ainda se preocupavam com questões de higiene e alimentação e condenavam excessos nos costumes, como no consumo de álcool.

No Brasil, as Santas Casas foram instituídas inicialmente segundo o modelo de Portugal. A primeira Santa Casa foi fundada na cidade de Santos (São Paulo) no ano de 1543, por Brás Cubas. Por volta de 1560, possivelmente, deu-se criação da Confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga, que esteve alojada no Pátio do Colégio, nos Largos da Glória e da Misericórdia, sucessivamente. Logo surgiram a de Vitória (1545), Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); São Paulo (1599); João Pessoa (1602); Belém (1619); São Luís (1657), Campos (1792) e Porto

Alegre (1803); em seguida, vieram centenas de outras, servindo todas as regiões (IVAMOTO, 1998), dedicando-se ao atendimento da população carente do país, ao amparo à velhice, ao cuidado das crianças e dos han-senianos e à educação, entre outras atividades. No entanto, consta que em 1789 (Bulcão, 2024) havia no Rio de Janeiro apenas 4 médicos. Quem se responsabilizava pelos atendimentos cirúrgicos eram cirurgiões-barbeiros. Certamente a prestação de serviços por organizações filantrópicas (entre as quais se destacam as Santas Casas) é um dos tipos mais prevalentes de serviços de assistência médica existentes no Brasil.

A evolução histórica das organizações hospitalares filantrópicas no Brasil tem aspectos semelhantes e outros muito diferentes daqueles observados em Portugal. As Santas Casas nasceram vinculadas a ordens religiosas em ambos os países, embora não necessariamente voltadas à saúde. No entanto, em Portugal, seus hospitais e serviços de saúde terminaram por ser estatizados após a Revolução dos Cravos, fazendo com que essas organizações se dedicassem mais às outras “virtudes”, como alimentar os famintos, enterrar os mortos e cuidar dos aflitos, por exemplo. Hoje a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa conta com dois serviços próprios de saúde, mas realiza convênios com outros. Por outro lado, tem atividades nos chamados cuidados continuados e em serviços de saúde mental. No interior do país, entre as Santas Casas são mais comuns os hospitais. No Brasil, há uma afirmação comumente repetida de que as Santas Casas passaram a se dedicar mais à assistência à saúde após os anos 1970, atribuindo lugar de destaque cada vez maior à corporação médica; antes dessa data, se voltavam mais à assistência social e a atividades de benemerência consideradas adequadas por pessoas da comunidade que participavam de seus órgãos diretivos.

No Brasil, no início do século XX, as Santas Casas eram construídas e mantidas basicamente com recursos provenientes de arrecadação junto à comunidade, sob o auspício de entidades mantenedoras, frequentemente religiosas, e do pagamento efetuado pelos pacientes/usuários dos serviços que tinham condições de fazê-lo. Em 1935 foi promulgada Lei de Declaração de Utilidade Pública, dispositivo legal para regulação da colaboração entre entidades privadas sem fins lucrativos e o Estado. Em 1938 foi criado um órgão encarregado de implementar este tipo de colaboração, o Conselho Nacional de Serviço Social, subordinado ao Ministério do Trabalho (Girardi; Barros, 2001). A partir dessa data a chamada caridade, entendida como a tentativa de aliviar o sofrimento, dá lugar à filantropia em seu sentido mais amplo, de amor à humanidade, sendo mais explicitada como ações realizadas em favor do próximo, ou do bem público, buscando atuar nas causas dos problemas por trás do sofrimento (IDIS, 2024 – consulta em 06/02/2024).

Este período ainda trouxe, como fruto de movimentos imigratórios com destino ao Brasil, entidades filantrópicas, de outros credos e de outras etnias, com atuação em saúde. Por exemplo, hospitais adventistas, evangélicos e judeus, entre os religiosos, e alemães, espanhóis, ingleses, italianos, japoneses, libaneses, portugueses e sírios, entre outros, representando imigrantes de distintos países, valorizando as intenções e as culturas desses grupos no âmbito das premissas desse tipo de organização. Pode-se dizer que isto também reflete associação entre as elites, os mantenedores das Santas Casas e a categoria médica; estas alianças se fortaleceram a partir

da incorporação de tecnologia que, devido aos seus custos, internalizou nos hospitais parte da assistência, deslocando-a dos consultórios e até de serviços prestados nas moradias dos pacientes que podiam pagar por ela. Na terceira década do século XXI, com novos aprimoramentos no âmbito dos conhecimentos e dos equipamentos, observa-se algum movimento de retorno a esses locais, exemplificando a circularidade dos modelos.

Entre as múltiplas entidades de saúde sem finalidade lucrativa existentes no Brasil estão hospitais beneficentes, construídos com recursos e doações de comunidades de imigrantes para realizarem atendimento médico específico a seus integrantes e, também, para retribuir ao país a acolhida aos seus descendentes. O primeiro desses hospitais, sem a conotação de ser uma Santa Casa, foi fundado em São Paulo em 1859, pela Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, que se tornou o Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, e passou por diversas outras modificações no decorrer do tempo. A partir de 2015, sua nova marca é simplesmente BP.

O termo beneficente no setor social no Brasil vem de um atestado, concedido a organizações filantrópicas (aquelas que desde sua origem se apresentavam como sem finalidade lucrativa) que o solicitavam. Desta forma, estas tinham vantagens concedidas pelo Estado mediante o cumprimento de compromissos. Imediatamente antes do SUS isso significava destinar 20% de sua receita bruta à caridade, ou seja, atender pessoas classificadas como indigentes.

Ainda faz parte do cenário o PROADI-SUS (programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS) instituído em 2007. Alguns dos grandes e complexos hospitais beneficentes não conseguiram se adaptar à regra de colocar à disposição do setor público 60% de sua capacidade física assistencial, com remuneração por procedimento segundo a tabela SUS, devido aos seus elevados custos fixos. Desta forma, não conseguiriam gozar da renúncia fiscal aprazada (não pagar a cota patronal da seguridade social – 27% da folha de pagamento, acrescido da isenção de pagamento do COFINS, cerca de 3% da receita bruta, e não pagar o PIS/PASEP, outros cerca de 2% da folha) e passaram a buscar uma alternativa de requisito. Finalmente, foi negociada com o Estado e transformada em lei a possibilidade de poucos hospitais, identificados como *de excelência* e assim declarados pelo gestor local e reconhecidos pelo federal, executarem o total de suas renúncias fiscais entregando propostas de projetos aprovados na Comissão Interinstitucional Tripartite (CIT), estimadas em função de seu custo real, verificado e auditado. Entre esses projetos podem estar atividades de ensino, pesquisa e de apoio à implementação do SUS (como na área de gestão). Até o primeiro semestre de 2024 havia no país 6 “hospitais de excelência” (5 em São Paulo e um no Rio Grande do Sul) que, entre outras atividades, assumiram, como Organizações Sociais, a gestão de alguns hospitais públicos.

## 6.1.2 A importância dos Hospitais Filantrópicos para o Sistema Único de Saúde

No Brasil, há diversas caracterizações possíveis de serviços de saúde, segundo propriedade. A mais conhecida os divide entre públicos e privados; estes últimos são subdivididos entre aqueles com e sem finalidade lucrativa. Entre os sem finalidade lucrativa estão os filantrópicos. Esta característica se transformou, além do senso comum que lhes atribuía a imagem de fazer o bem, numa vantagem, que trouxe aos hospitais assim classificados a

possibilidade de obter renúncia fiscal, além de manter as características da população de elite por eles atendida e os médicos de seu corpo clínico como figuras de destaque na comunidade.

Em março de 2024 constavam no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) 5.373 hospitais gerais e 1.031 especializados. Dados da Federação Brasileira de Hospitais, exclusivamente relacionados aos hospitais privados (CNS/FBAH, 2022) mostram a existência de cerca de 4.500 hospitais privados, sendo que sua distribuição entre aqueles com e sem finalidade lucrativa no país certamente não é homogênea. Por exemplo, verifica-se predominância de hospitais privados com fins lucrativos na região Norte (82%) e de hospitais privados sem fins lucrativos na região Sul (63%). A tradição histórico-cultural do país permite compreender que em locais onde houve maior concentração de imigrantes tenha surgido maior concentração de serviços filantrópicos.

Em 1983 (portanto ainda pré SUS), o documento Terminologia Básica de Saúde (MS, 1983) definia hospital beneficente como aquele que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado. Este é instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados e respectivos dependentes e seus atos de constituição especificam sua clientela. Os membros de sua diretoria não são remunerados e este hospital deve aplicar integralmente os seus recursos na manutenção e no desenvolvimento dos seus objetivos sociais. Finalmente, seus bens, no caso de sua extinção, devem reverter em proveito de outras instituições do mesmo gênero, ou ao poder público. Quanto ao filantrópico, integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade. O hospital filantrópico deve ser mantido, parcial ou integralmente, por meio de doações. Os membros de seus órgãos de direção e consultivos não devem ser remunerados e seus resultados financeiros devem reverter exclusivamente ao custeio de suas despesas de administração e manutenção.

Nessa época, a renúncia fiscal proveniente da filantropia, até 20% da receita bruta do hospital, servia para o atendimento aos chamados indigentes. A comprovação dessa prestação de serviços era realizada trienalmente, e era contabilizada em função da tabela de preços do hospital. A comprovação, no entanto, não era sempre verificada por meio de uma estrutura adequada. Com frequência esta verificação era realizada por algum órgão federal não ligado à saúde (por vezes, no Ministério do Interior ou do Desenvolvimento Social), burocratizado e respondendo a interesses de grupos específicos. Praticamente todos os hospitais filantrópicos buscaram *status* de beneficentes, o que lhes permitia não recolher a cota parte patronal (ou seja, 27% do valor da folha de pessoal), o COFINS (3% da receita) e o PIS (2% da folha). A partir de 1994 os hospitais considerados filantrópicos deveriam comprovar a destinação de 60% de sua capacidade física para atender pacientes exclusivamente dependentes do setor público, em regime ambulatorial ou de internação, mediante recebimento da remuneração prevista na tabela SUS, o que também é objeto de legislação mais contemporânea (LC nº 187, de 16 de dezembro de 2021). A partir de

2007 o controle da prestação de serviços de saúde nos moldes preconizados é realizado pelo Ministério da Saúde.

Tradicionalmente, os hospitais beneficentes são definidos como aqueles que prestam serviços de natureza social com propósitos beneficentes aos seus usuários, seja por meio de relações diretas com o Estado (contratos e convênios com estados e municípios) seja isoladamente. Legalmente, o que define um serviço beneficente é dispor do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) regularizado (Amorim; Souza, 2019; Barbosa et al, 2002).

Pela Lei 12.101/2009 e mais recentemente pela 187/2021 existem outras formas de uma instituição manter seu certificado de filantropia, sendo ainda o mais comum o modelo 60%/40%. No entanto, a respeito desta não encontramos histórico sólido para embasar sua definição e manutenção. Pela Lei 187, para ser certificada pela aplicação de percentual de sua receita em gratuidade na área da saúde, a entidade deverá comprovar a aplicação de 20% nessa gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30%. Uma alternativa seria comprovar 10%, se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% e inferior a 50%; ou ainda 5%, se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50%. Chama a atenção um parágrafo da lei afirmando que a prestação de serviços será pactuada com o gestor local do SUS por meio de contrato, de convênio ou de instrumento congêneres.

Ainda cabe trazer à atenção o fato de que, dos cerca de 6,4 mil hospitais existentes no Brasil, mais de dois terços são de pequeno porte (abaixo de 50 leitos); entre estes a maioria tem baixa resolubilidade. De qualquer forma, existem dois grupos distintos de hospitais filantrópicos no país. O primeiro é composto por um grande número de hospitais, de baixa complexidade, classificados como gerais, que contam, quase sempre, com menos de 50 leitos e estão localizados em municípios do interior, onde costumam ser a única unidade hospitalar disponível, tornando-se estratégicos para o atendimento de pacientes mais vulneráveis. De fato, o que lhes atribuiu o conceito de estratégicos é o fato de serem únicos. No entanto, tendo em vista suas características de eficiência e eficácia, caso fossem revistas as malhas viárias locais, eles poderiam ser reorientados e até fechados, uma vez que nas condições em que se encontram padecem de falta de equipamentos médico-hospitalares e não conseguem reter (bons) profissionais (Carpanez, Malik, 2021). O segundo grupo é composto por poucos hospitais, capazes de realizar procedimentos mais complexos, que costumam contar com maior número de leitos e se localizar em municípios de maior porte, principalmente em capitais.

A questão dos hospitais de pequeno porte no Brasil é mal resolvida, pois embora já haja evidências de que eles apresentam, de forma geral, problemas de qualidade, segurança e eficiência, eles são ainda muito presentes no cenário. Por vezes, há interesses políticos em fundar/criar/inaugurar este tipo de serviço em municípios, como hospitais gerais, em nome de um eventual acesso que na verdade é ilusório. Em outros, pode-se até considerar oportuno seu funcionamento, embora eles sejam de fato um sorvedouro de recursos sem correspondentes resultados. Este tipo de serviço reconhecidamente se prova eficiente e eficaz quando inteiramente



focado em uma ou duas especialidades, como é o caso de oftalmologia ou de otorrinolaringologia, que lhe permite obter volume de casos e, portanto, falando a favor da qualidade na realização dos procedimentos e da eficiência em compras e logística (Hannan, 1999). Muitos desses serviços podem reorientar suas atividades, ou para se tornarem unidades de cuidados continuados, onde se requeira mais cuidado do que infraestrutura com tecnologia armada, ou unidades ambulatoriais, onde pacientes possam receber cuidados ou medicamentos que não necessitem internação ou os seus primeiros atendimentos antes de serem referidos para outros locais de uma eventual rede de serviços.

Com o passar dos anos as instituições filantrópicas, que já foram responsáveis por grande parte da produção assistencial no Brasil, antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do aumento no número de hospitais públicos (principalmente gerenciados por organizações sociais) reduziram sua importância em termos quantitativos. Mesmo assim, representam porcentagem importante da produção. A Constituição Federal de 1988, por meio da Lei 8080/90, artigo 2º, reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O artigo 196 é mais explícito em relação a como isto deve ser cumprido, enquanto o artigo 199 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, atribuindo preferência, no relacionamento entre Estado e setor privado, às entidades filantrópicas e àquelas sem finalidade lucrativa. No entanto, este artigo 199 menciona a participação da iniciativa privada de maneira complementar.

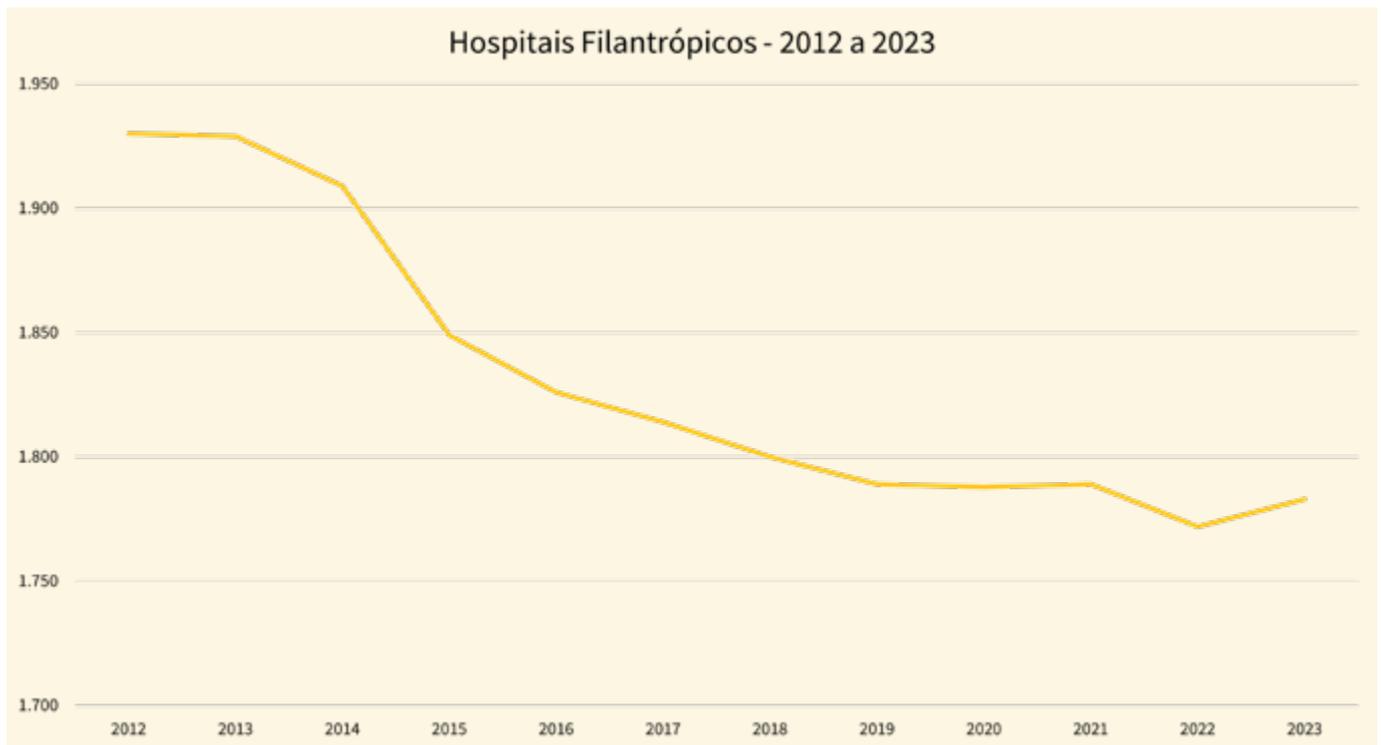
Ocorreram mudanças no desenho da estratégia de praticamente todos os hospitais filantrópicos, pelos menos os de grande porte, no País, como um fenômeno mais presente no final do século XX e no início de século XXI. Em São Paulo, esses hospitais destacam-se, principalmente no século XXI, por sua moderna infraestrutura e reconhecida qualidade na prestação de assistência médica (Barata e Mendes, 2005). Estas mudanças foram desde crescimento com componente estratégico (como é o caso de alguns serviços no estado de São Paulo) até aquisição por redes privadas com finalidade lucrativa, tanto hospitalares quando ligadas direta ou indiretamente a operadoras de saúde. Este fenômeno pode ser verificado em São Paulo, mas também ocorreu em outros estados, como por exemplo na Bahia ou em Pernambuco. Desta forma, alguns deles mudaram sua vocação, deixando de ser filantrópicos enquanto hospitais, sendo comprados e/ou fechando. Ainda ocorreram mudanças na sua estrutura física, modelo de financiamento e de governança e atividades desenvolvidas, às vezes deixando a assistência médica apenas como parte de suas atividades centrais.

Segundo fontes oficiais, os hospitais filantrópicos respondem por cerca de 68% dos transplantes de órgãos, tecidos e células realizados pelo SUS, 32% dos procedimentos com finalidade diagnóstica e 35% dos procedimentos cirúrgicos (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), acesso em 08/05/2024). Estão presentes em 23% dos 5.570 municípios brasileiros, sendo que em 15% deles os únicos serviços de assistência à saúde existentes (hospitalar e ambulatorial) são filantrópicos, o que demonstra a importância desse tipo de serviço para o SUS.

Mesmo que questionáveis, ou atualizado com frequência menor do que as mudanças ocorrem, os dados oficiais disponíveis no Cadastro Nacional

de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (CNES/DATASUS) são uma fonte oficial considerada utilizável. Os dados neles contidos demonstram que num período de 12 anos a variação (redução) do número de Hospitais Filantrópicos foi de 7%, conforme gráfico abaixo (**FIGURA 1**). Em dezembro de 2023 foram registrados 1.829 hospitais filantrópicos (gerais e/ou especializados), representando cerca de 25% do total de hospitais no país.

**FIGURA 1** – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL, 2012 A 2023



Fonte: CNES – DataSUS, 2024

**QUADRO 1** – REPRESENTAÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS NO BRASIL



Fonte: Elaboração própria com base em dados do CNES – DataSUS, 2024

# 6.2

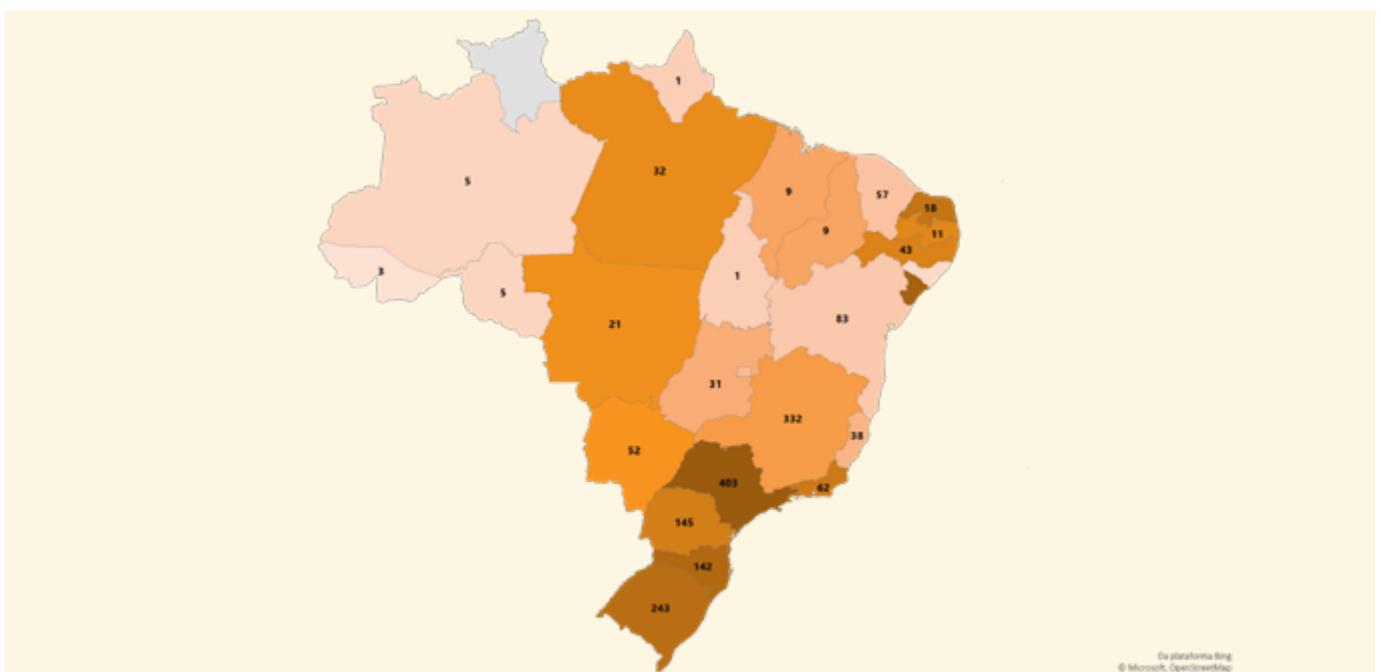
## Hospitais Filantrópicos & Santas Casas

### 6.2.1 Caracterização

Os Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas estão presentes em todo o país, mas com maior concentração nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (Mapa 1). Desse total, 94% prestam algum tipo de serviço ao SUS (incluindo aqueles vinculados ao PROADI).

Mais importante que o número de hospitais, deve ser analisado o número de leitos, tendo em vista os diferentes portes de hospitais. Assim, juntos, esses hospitais somam 182.950 leitos (**FIGURA 2**), sendo que 40% deles estão em hospitais de pequeno porte, ou seja, de até 50 leitos. Outro dado mostra que em 2023 esses hospitais foram responsáveis por 5.063.254 internações, por exames e outros procedimentos que totalizam 28% da produção hospitalar do SUS para o mesmo ano.

**MAPA 1** – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL



Fonte: Elaboração própria com base em dados do CNES – DataSUS, 2024

Aproximadamente 90% são hospitais gerais de baixa complexidade, com número de leitos considerado pequeno e estão localizados em municípios do interior, com até 50 mil habitantes. Isto sugere que esses hospitais são a única opção de atendimento hospitalar no município ou até mesmo na região de saúde, levando-os a enfrentar desafios relacionados à escassez de recursos e de profissionais de saúde, gerando questões de financiamento e de qualidade/segurança/eficiência.

Os outros 10% são hospitais especializados de alta complexidade, com mais de 151 leitos, localizados em municípios de maior porte, especialmente nas capitais e nos municípios com acima de 200 mil habitantes (no Brasil, cerca de 300 entre os 5.570 existentes). Esses hospitais, em geral, realizam procedimentos de maior complexidade. Neste caso, dispõem de parque tecnológico sofisticado e são reconhecidos pelo tratamento de determinadas doenças ou realização de alguns procedimentos mais complexos.

**FIGURA 2** – LEITOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS, 2012 A 2023



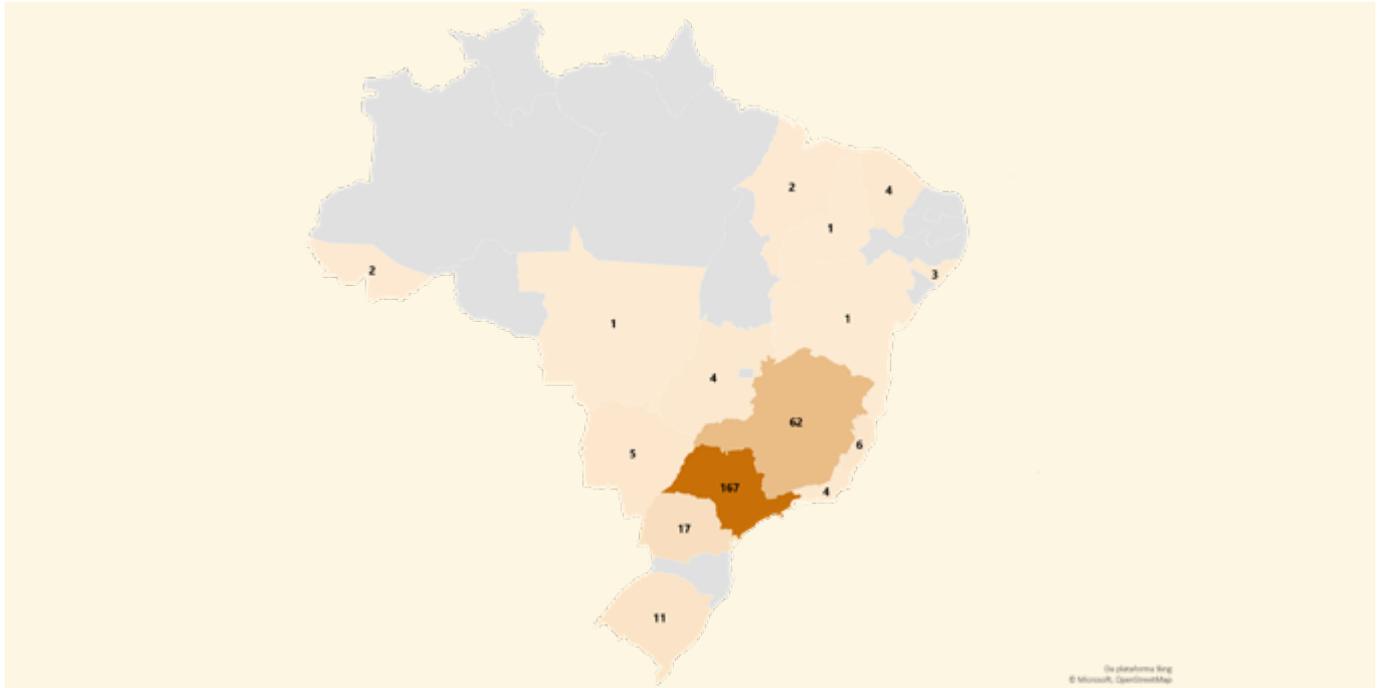
Fonte: Elaboração própria com base em dados do CNES – DataSUS, 2024

## 6.2.2 Santas Casas

As Santas Casas representam 16% dos hospitais filantrópicos no Brasil. Estão presentes em 15 estados e possuem 30.026 leitos (16% dos leitos filantrópicos). 82% das Santas Casas são de pequeno e médio portes (até 150 leitos) e, em sua maioria, estão localizadas no interior dos estados. Os hospitais de grande porte e porte especial (de 151 a + de 500 leitos) são gerais e estão localizados nas capitais e no interior. 57% das Santas Casas estão localizadas no estado de São Paulo, 22% no estado de Minas Gerais e os outros 21% estão distribuídos por 13 estados. Apenas 19 das 292 Santas Casas prestam atendimento considerado 100% SUS. Três delas são de grande porte ou de porte especial: Santa Casa de Belo Horizonte (MG), Santa

Casa de Sobral (CE) e Santa Casa de São Luiz (MA). As outras 16 são de porte médio e até pequeno, e se localizam em pequenos municípios.

**MAPA 2** – DISTRIBUIÇÃO DAS SANTAS CASAS NO BRASIL



Fonte: Elaboração própria com base em dados do CNES – DataSUS, 2024

### 6.2.3 Financiamento

O financiamento dos Hospitais Filantrópicos e das Santas Casas pode se dar por diversas fontes. A primeira delas, atendimento ao setor público. Nesse caso eles são remunerados de acordo com a Tabela SUS, a partir de convênios e contratos firmados com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os hospitais classificados como prestando atendimento “100% SUS” recebem complemento de 20% sobre a Tabela SUS. Este fator de incentivo, no entanto, não foi até o momento, suficiente para atrair muitas dessas organizações. Seu número é reduzido e elas não estão presentes em todas as regiões do país. Ainda existem incentivos financeiros destinados às Santas Casas que aderem a programas federais estratégicos, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O incentivo para os atendimentos a casos de média e alta complexidade é de 50% do valor da tabela. Alguns dos hospitais 100% SUS costumam dispor, fora de suas unidades centrais, de outros serviços que complementam suas atividades (e suas receitas), como é o caso da Santa Casa de Belo Horizonte que, segundo o seu site (<https://santacasabh.org.br/mapa-estrategico/>, consultado em 18/05/2024), conta com um hospital de alta complexidade além de um outro, denominado São Lucas, que se apresenta como hospital particular e que atende planos e seguros privados de assistência à saúde.

A Tabela SUS é considerada, em geral, defasada, tendo em vista diversos fatores, entre os quais a inflação médica, devida a custos crescente, entre outros motivos com a incorporação de tecnologias com caráter somativo e

não substitutivo como em outros setores. É voz corrente que ela consegue cobrir, em média, 60% dos custos dos procedimentos realizados. Para sanar esta defasagem os hospitais filantrópicos realizam convênios, buscam doações e até negociam emendas parlamentares, voltadas a projetos específicos, negociados diretamente (por vezes sem passar pelo gestor estadual ou municipal) e empréstimos bancários, entre outras. Por vezes, negociam junto a alguns órgãos financeiros o perdão de suas dívidas. De maneira geral, além do financiamento por meio da Tabela SUS, buscam também por fontes privadas, seja em atendimento particular (*out of pocket*) e atendimentos a beneficiários de Operadoras de Planos de Saúde. Nesta categoria há desde os hospitais que atendem casos de alta complexidade, sem dedicar toda a sua capacidade instalada ao poder público e tendo direito a isenções fiscais, até aqueles localizados em municípios de menor porte, onde são por vezes a única alternativa de assistência.

Em 2018 o Senado Federal publicou relatório de Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre outros temas é apresentada no relatório uma discussão acerca dos programas federais de incentivo aos Hospitais Filantrópicos e Santas Casas, desenvolvidos de 2012 a 2018. Esses incentivos foram importantes mecanismos de apoio, mas que não garantiram a sustentabilidade desses serviços no longo prazo. A Política Nacional de Atenção Especializada, publicada em outubro de 2023 pelo Ministério da Saúde, fez menção a instituições com ou sem fins lucrativos, chamando a atenção para o fato de que estas devem seguir o pactuado com o gestor de saúde local (estadual ou municipal). Esta política não traz mecanismos específicos de financiamento para essas entidades, deixando a responsabilidade para os estados e municípios.

Dados da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), apresentados em audiência pública na Câmara dos Deputados em 2015, demonstram endividamento crescente dos hospitais filantrópicos e Santas Casas, de cerca de 1,8 bilhão de reais em 2005 para 5,9 bilhões, em 2009, 11,2 bilhões em 2011 e 21,6 bilhões, em 2015, dos quais 12 bilhões de reais referem-se a pendências com o sistema financeiro, em sua maioria constituídas de empréstimos tomados para rolar dívidas anteriores (Senado Federal, 2018), sem contar as dívidas com fornecedores, impostos e contribuições não recolhidos, passivos trabalhistas, salários e honorários médicos em atraso. Em dezembro de 2023 esse endividamento era de cerca de 20 bilhões, metade desse valor contraído com o sistema financeiro.

**TABELA 1** - DÍVIDAS DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS (POSIÇÃO EM 31/05/2015)

OBRIGAÇÕES PENDENTES	VALOR (em R\$ mil)	%
Sistema financeiro	12,090,873	56.1
Fornecedores	3,636,219	16.9
Impostos e contribuições não recolhidos	2,595,848	12.0
Passivos trabalhistas	1,476,823	6.8
Salários atrasados e honorários médicos	1,767,854	8.2
<b>TOTAL</b>	<b>21,567,617</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Senado Federal, 2018

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde reajustou o incentivo aos hospitais 100% SUS, além de ter repassado aos Fundos Estaduais e Municipais cerca de 2 bilhões de reais, que poderiam ser destinados a essas organizações (NT Conasems de 09 de fevereiro de 2023).

Em 2023 o governo estadual de São Paulo anunciou a Tabela SUS Paulista, que previu uma complementação da remuneração nos procedimentos hospitalares, orientada basicamente aos hospitais filantrópicos e às Santas Casas. No mesmo anúncio, o Governador informou que será implementada uma loteria para ajudar a financiar as Santas Casas no estado, estratégia muito semelhante à portuguesa.

Em janeiro de 2024 a Lei nº 14.820 modifica a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), introduzindo um mecanismo de revisão periódica e obrigatória dos valores de remuneração dos serviços prestados ao SUS. Originada do Projeto de Lei nº 1.435, de 2022, esta nova legislação se propõe a garantir a qualidade do atendimento bem como o equilíbrio econômico-financeiro dessas organizações na prestação de serviços para o sistema público de saúde. Ainda existem expectativas com a Política Nacional de Atenção Especializada, publicada em outubro de 2023. Neste mesmo caminho foi lançado mais recentemente o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), que “garante recursos financeiros federais para as secretarias estaduais e municipais de saúde e para o Distrito Federal ... que poderão ser utilizados para o custeio dos serviços públicos e contratação da rede privada (rede complementar) visando ampliar a oferta de consultas especializadas e exames diagnósticos, bem como qualificar o cuidado ao paciente no SUS”. Vale ressaltar que o programa está em fase de adesão dos municípios não sendo ainda possível fazer qualquer tipo de consideração a respeito (site Ministério da Saúde/SAES/PMAE – consulta em 28/06/2024).

Numa obra sobre a história das Santas Casas (Puca, 2015), o autor coloca como alternativas utilizadas por esses hospitais para melhorar sua sustentabilidade financeira, frente ao desfinanciamento observado, algumas propostas não tão usuais. Por exemplo, a criação de seus próprios planos de saúde (muitos se tendo mostrado inviáveis) e a produção de alguns tipos de insumo. Independente desta referência, cabe a ilustração de que os planos de saúde operados por filantrópicas representam menos de 2% do total, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Por outro lado, as regulamentações da Vigilância Sanitária tornam cada vez menos viável no século XXI a produção de insumos de maneira não industrial.

# 6.3

## Método

O desenho metodológico deste estudo levou em consideração dados quantitativos e qualitativos, distribuídos em três principais frentes, a saber: (i) revisão bibliográfica, não exaustiva; (ii) levantamento de dados quantitativos em base de dados secundárias; e (iii) entrevistas.

Os dados quantitativos foram extraídos do DataSus, nos módulos de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema de Internação Hospitalar (SIH), que apresentaram informações desatualizadas comparadas às informações publicadas diretamente por organizações, mas são as informações oficiais. Pelo CNES foi possível obter a quantidade de hospitais filantrópicos e Santas Casas, distribuídos por estados e municípios, por porte, representados em mapa de calor e número de leitos por hospital. Do SIH foram extraídos dados de produção hospitalar, ou seja, a quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas, por estado.

Estes dados estão na Introdução do presente capítulo e mostram de que maneira o número desses hospitais (e de seus leitos) variou, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde, bem como sua distribuição pelo Brasil. Com base neste desenho de cenário montamos um mapa de *stakeholders*, direta ou indiretamente envolvidos na política de saúde do Brasil, de modo a compor uma visão abrangente do campo. Dividimos estes grupos de interessados em:

1. *Especialistas*: estudiosos de políticas de saúde, com foco em gestão hospitalar.
2. Representantes de *governo*: Ministério da Saúde (Secretária de Atenção Especializada - SAES), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS).
3. Representantes de *Operadoras de Planos de Saúde*: assumindo que nacionalmente as mais significativas nessa área são as autogestões e as cooperativas médicas.

4. Prestadores: *Hospitais Filantrópicos* não Santas Casas, um deles Hospital de Excelência no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) outros não; uma Santa Casa considerada 100% SUS; uma Santa Casa que atende de setor público e operadoras de saúde
5. Órgãos representativos do setor (órgãos de *advocacy*): buscamos aqui algumas organizações às quais hospitais filantrópicos e sem finalidade lucrativa se associam, para aumentar sua representatividade e capacidade de negociação, seja com órgãos públicos seja com financiadores. Por exemplo, sindicatos patronais e federações estaduais e confederações nacionais. Entre outras atividades desenvolvem eventos científicos ou associativos, com a presença de representantes dos poderes legislativo e executivo.
6. *Ministério Público*: para entender suas intervenções no setor
7. *Gestores* (envolvidos em gestão & governança) de hospitais com e sem finalidade lucrativa

Foi realizado contato pessoal com todos os entrevistados, para explicar o escopo do projeto. A todos foi enviado previamente o roteiro de entrevistas e um termo de consentimento. Foi elaborado um roteiro geral, adaptado para cada um dos grupos de entrevistados. O roteiro geral, juntamente com o plano do capítulo, foi aprovado pelo Comitê de Conformidade de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos da Fundação Getúlio Vargas (FGV), sob o número P.408.2023, de outubro/2023. O roteiro de entrevistas, aprovado pelo mesmo Comitê de Ética em Pesquisa como um instrumento genérico, foi personalizado para cada um dos entrevistados, considerando o conhecimento que as pesquisadoras tinham de seu currículo e/ou da instituição que representavam.

As entrevistas foram realizadas por meio de plataforma *online*, com duração média de 45 minutos; foram gravadas e transcritas por transcritor contratado. Apenas um dos entrevistados preferiu não utilizar a plataforma *zoom*, tendo optado pelo *Teams*. Buscou-se fazer uma análise por núcleo de sentido e nuvens de palavras.

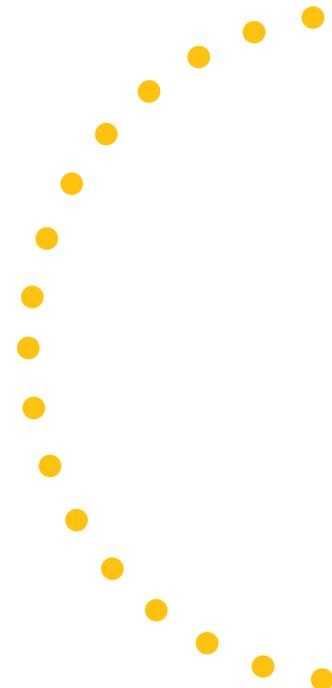
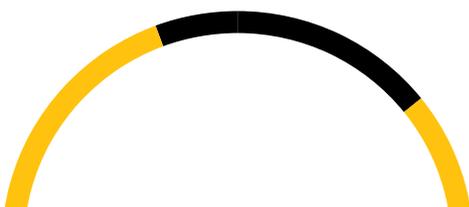
Para a análise foi utilizada planilha de *Excel* na qual as entrevistas foram inseridas, indicando o grupo ao qual pertencia o entrevistado (especialista, governo, operadora de plano de saúde, prestador de serviços e órgão representativo, preservando o anonimato dos entrevistados e de suas instituições). Na sequência, as respostas foram agrupadas por núcleos de sentido: financiamento/sustentabilidade, modelo de gestão, desafios e fatores críticos de sucesso. A nuvem de palavras tentou mostrar os temas mais trabalhados (**FIGURA 3**).



**FIGURA 3** - SÍNTESE - A NUVEM DE PALAVRAS GERAL



Fonte: as autoras.



# 6.4

## Resultados dos aspectos qualitativos do trabalho

### 6.4.1 Revisão de Literatura

A revisão mostrou que a área hospitalar em geral e a de hospitais filantrópicos em particular, no Brasil não é muito desenvolvida em artigos científicos. O tema aparece mais em relatórios encomendados (e de anos atrás, como aquele encomendado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/Fiocruz no final dos anos 1990/ início dos anos 2000, que gerou diversos artigos entre 2000 e 2004 ou outro financiado pelo Reforsus, secretaria de gestão de investimentos em saúde, de 2001). Por outro lado, foi encontrado um relatório do próprio BNDES, que analisou a eficácia do investimento do banco neste setor (BNDES setorial, 2008). Além disso, há alguns poucos artigos técnicos, de profissionais diretamente interessados no tema, muito localizados, como um documento técnico da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, de 2011, de nome Rede hospitalar no estado de São Paulo: Mapear para Regular.

### 6.4.2 Entrevistas

Quase todos os profissionais contactados concordaram em conceder entrevistas. No entanto, verificamos que um deles usou claramente discurso organizacional nas respostas e outro mudou a data mais de uma vez. Um terceiro mudou tantas vezes a data que não foi possível ter suas informações a tempo para este capítulo. Foram realizadas 20 entrevistas no total (sem contar aquela realizada com a então provedora da Santa Casa de Lisboa). Por característica do campo (o fenômeno do teto de vidro?), tivemos apenas duas entrevistadas do sexo feminino no Brasil, sendo uma delas na categoria especialista.

**TABELA 2** – ENTREVISTADOS

<b>Categoria</b>	<b>Quantidade</b>
Governo	3
Especialista	3
<i>Advocacy</i>	4
Prestador	5
Operadora de Plano de Saúde	3
Ministério Público	1
Gestor	1

Fonte: as autoras

Entre as maiores preocupações dos entrevistados de todos os grupos estão a insuficiência das tabelas de remuneração, as dificuldades de comunicação entre os grupos (por exemplo, governo e prestadores, operadoras e governo) e tentativas de trabalho conjunto entre financiadores (públicos e privados) e órgãos de *advocacy*. De maneira preliminar foram sugeridas estratégias de regionalização e de coordenação, que seriam possíveis apenas com a participação dos envolvidos.

A regionalização vem sendo rediscutida no país depois do movimento ocorrido com a criação do SUS, no qual foram privilegiados os municípios. Tendo em vista os 5.570 municípios existentes no país e suas diferentes dimensões percebeu-se que, de maneira isolada, é contraproducente deixar a gestão e o planejamento da saúde integralmente na mão dessa instância. Diante disso, resoluções do Comitê Intergestores Tripartite – CIT (23/2017 e 37/2018) orientam que o processo de Regionalização seja instituído e coordenado pela instância estadual em articulação com os municípios e participação da União. As mesmas resoluções estabeleceram diretrizes para a elaboração de Planejamento Regional Integrado ascendente, que organize as Redes de Atenção à Saúde (RAS) num espaço regional ampliado (macrorregião de saúde), considerando as necessidades de saúde da população de cada região de saúde.

A organização de cada RAS pressupõe a identificação e a análise dos pontos de atenção que compõem a rede de serviços em determinada região ou macrorregião de saúde. Esses serviços podem ser públicos e privados/filantrópicos. A compreensão dos vazios assistenciais, dada a insuficiência de serviços de saúde que atendam tais necessidades e a população da região/macrorregião determinará a necessidade de contratualização de serviços privados/filantrópicos existentes ou da construção de novos serviços.

Embora o SUS, em sua concepção, privilegie contratos e convênios com serviços filantrópicos, na prática o que se evidencia um processo de compra de serviços e não um planejamento conjunto em âmbito regional. Está se buscando criar um movimento orientado no sentido de envolver, no planejamento de uma região que contenha diversos municípios, além dos gestores públicos, os diferentes potenciais prestadores de serviços, para mudar o tipo de relação existente entre eles.

Desta forma, por meio de um planejamento ascendente, não motivado pela oferta de serviços, mas pelas necessidades de saúde da população, nas atuais 450 regiões e 121 macrorregiões de saúde a organização da RAS deveria ocorrer, de maneira coordenada e dialogada entre os diversos atores, estatais e privados, definindo um financiamento, que lidasse com a contratualização por metas que não se referissem apenas à produção, mas também à qualidade. Esta coordenação pode levar à definição de linhas de cuidado, desenhadas em consonância com os perfis epidemiológicos locais e contando com a confiança entre os prestadores públicos e privados e as operadoras de saúde, permitindo negociação de prazos e de formas de remuneração. A governança das RAS não deve ser compreendida como um quarto ente federado, mas como um comitê que envolva diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional. De alguma maneira, essa discussão não avançou como se esperava, desde 2017 pois não envolve apenas competências técnicas, mas sim interesses políticos, para além das necessidades de saúde da população.

No entanto, entrevistados do grupo governo sugeriram que a remuneração pode ser usada como justificativa para o não cumprimento de produção assistencial compatível com a capacidade instalada. Ainda mencionaram a possibilidade de novos convênios suprirem esse déficit, a rigor sem a produção correspondente, fato possível devido à falta de cultura de controle e avaliação, embora a implantação dessas práticas não garanta o sucesso desses convênios e, portanto, do atendimento às necessidades da população. O roteiro de entrevistas, mesmo que personalizado, quase sempre trazia um tópico referente a doações, emendas parlamentares e/ou isenções fiscais como formas de melhorar o financiamento. As respostas obtidas convergiram para a constatação de que nenhuma delas é, ou deveria ser, considerada como um aporte perene.

As estratégias de desenvolvimento de viabilidade e sustentabilidade citadas pelos prestadores entrevistados são mais amplas do que o comumente percebido pelos órgãos responsáveis pelo financiamento. Por exemplo, o desenvolvimento de atividades não assistenciais, como de lazer (realização de eventos para a utilização de área física ociosa) e de educação (hoje é cada vez mais comum o funcionamento de organizações de ensino, continuado ou de formação, técnica e/ou universitária). A percepção da cadeia de valor inteira da saúde também termina por justificar a inclusão de processos pouco afetos à assistência. Desde o início das Santas Casas a roda dos enjeitados (em Portugal e em São Paulo, por exemplo) fala do início da vida; no outro extremo, a realização de velórios e sepultamentos permite a percepção do ciclo completo.

Principalmente os órgãos de *advocacy* representantes desse tipo de hospital acenaram com alguns projetos por eles desenvolvidos no sentido de aumentar a eficiência desses serviços e, desta forma, sua sustentabilidade. Por exemplo, verifica-se no *site* da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) em março de 2024, a presença de dois programas: i) o Consolida (praticamente um grupo de compras que retoma uma iniciativa dos anos 1980 chamada Misericórdias Unidas; ii) o Infila, que oferece consultoria econômico-financeira e de análise de dados.

A verticalização no âmbito privado, de sistemas de saúde de operadoras, também foi mencionada como um fator que interfere no relacionamento entre pagadores e prestadores. Especialmente olhando para a prestação de serviços, o fenômeno da segunda porta (considerado crítico quando se refere ao setor público) também foi citado como uma questão a considerar. Ou seja, quando operadoras de saúde optam por ter seus próprios serviços em vez de comprar leitos no mercado, ao mesmo tempo visam a otimizar os seus custos e reduzem a oportunidade de outras organizações lhes venderem serviços (ou as colocam em posição ainda mais privilegiada em relação a um tipo específico de hospitais filantrópicos, como as Santas Casas) para negociar preços.

Dois exemplos do primeiro trimestre de 2024, evidenciando exemplos de serviços filantrópicos mencionados na imprensa, mostra, por um lado, hospitais filantrópicos (notadamente um serviço ligado ao PROADI) na posição de gestores de serviços pertencente a operadora. Ao mesmo tempo, outro hospital desse mesmo subgrupo, que tinha implantado um serviço com finalidade lucrativa baseado no modelo de remuneração por *bundles*, atendendo basicamente operadoras de saúde, fechou a unidade. Nova iniciativa de fortalecimento do setor, mesmo que limitada a serviços maiores e com maior capacidade institucional, em junho de 2024 foi noticiada a criação da Associação dos Hospitais Filantrópicos Privados (AHFIP), fundada pelo AC Camargo, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês. Desses 6 hospitais filantrópicos, 5 fazem parte do PROADI. Conforme anunciado, as primeiras ações da Ahfip buscarão soluções para repensar o mercado e estarão orientadas ao compartilhamento de pesquisas e fomento de *benchmarking*, incluindo boas práticas de gestão, com foco em cuidado assistencial para promover o acesso à saúde de qualidade no país.

Foi mencionada por mais de um dos entrevistados (às vezes de maneira espontânea, às vezes estimulada) a nova Tabela SUS, mais conhecida como Tabela SUS paulista, mesmo por entrevistados de outros estados. Foi possível perceber que este novo instrumento é visto como uma alternativa de melhoria de financiamento, por um lado, para alguns hospitais em São Paulo. Ao mesmo tempo, observou-se certo grau de apreensão, pois uma melhor tabela no estado São Paulo pode levar a reação por parte do governo federal, que precisa também contemplar os demais estados. Sob o ponto de vista dos órgãos de avaliação e controle, aumenta claramente a sua responsabilidade de aferir as consequências do novo modelo. Quanto aos órgãos de *advocacy*, estes precisam pensar em como esta tabela interfere no seu papel.

Finalmente, o aumento de custos com incorporação de tecnologia, a não definição de centros de referência e a judicialização foram apresentados por diferentes entrevistados, como potencialmente levando ao risco de insolvência financeira.

# 6.5

## Discussão de resultados

### 6.5.1 Os núcleos de sentido

#### **Financiamento/sustentabilidade**

O tema mais recorrente em relação à sustentabilidade do SUS e dos hospitais filantrópicos de maneira geral foi a tabela de remuneração e sua defasagem. No entanto, este assunto acabou por mostrar a grande preocupação dos entrevistados quase sempre com a questão da produção e não necessariamente das necessidades da população e muito menos do trabalho em rede, que permitisse evitar que todos os hospitais fizessem de tudo. As questões de regionalização, regulação, referência e contrarreferência foram tocadas de maneira ainda voltada à aspiração, sem considerar as condições atuais, ainda mais sugerindo fortemente a colaboração entre setor público e setor privado.

Os representantes do governo acabaram por levantar estes temas como um assunto do momento. No entanto, segundo os entrevistados em geral, ainda há poucos passos reais dados nessa direção. Ainda se falou muito em mais necessidades de concertação entre as partes, cabendo lembrar que governança é uma das preocupações ainda relativamente pouco explicitadas, mas subjacente a diversas narrativas ouvidas.

Na verdade, desfinanciamento é um termo muito citado (conforme observado na nuvem de palavras), mas o planejamento situacional (PES) ensina que, se o problema é este, em tese assim que for melhorado este quesito a deficiência está resolvida. Sabe-se, no entanto, que só a disponibilidade de mais recursos claramente não solucionará o problema pois financiamento não é sinônimo de sustentabilidade. Esta considera uma visão estratégica, muito mais de médio/longo prazo e a visão dos hospitais no âmbito do SUS. Durante as entrevistas percebemos o quanto aparece a distinção entre os hospitais filantrópicos e as Santas Casas, mesmo considerando que nos ativemos, nas entrevistas, aos hospitais de maior complexidade e maior porte. As alternativas estratégicas observadas pelos dois grupos não são as mesmas, mas todas elas incluem atividades de ensino/educação/formação continuada. Algumas fazem foco em pesquisa como forma de gerar recursos, além de visibilidade; outras mencionam a educação como de menor risco financeiro (ou talvez maior possibilidade de retorno) que a assistência, por exemplo.

## **Modelo de gestão**

Para todos os entrevistados foram sugeridos, entre as perguntas durante as entrevistas, temas que remetessem a uma visão de gestão/governança. Nem sempre apareceu, porém, uma compreensão clara do papel de cada uma dessas instâncias. Em alguns casos, a confusão era muito sentida. Por outro lado, houve situações em que o papel da irmandade ou do órgão instituidor da organização aparecia claramente como afastado da gestão. O afastamento podia ser ou bem em função do papel de cada um dos órgãos ou do interesse/conhecimento dos envolvidos. Também o protagonismo do gestor apareceu em uma ou outra circunstância.

Uma questão que surgiu, fazendo parte do papel das duas instâncias, porém com contorno diferente (e a partir do seu surgimento passou a ser incorporada nos roteiros) foi a da necessidade de aprimoramento da comunicação, tanto para dentro das organizações quanto para os diferentes *stakeholders*, uma vez que se trata de organizações com forte conotação comunitária (independente da sua forma de atuação).

Chamou a atenção a forma de ocupação das posições de gestão e governança. Isto apareceu até mesmo nos órgãos de *advocacy* e de alguns daqueles de governo. A experiência em gestão e no setor da filantropia fez diferença na ocupação de cargos, sendo relatada como parte do *curriculum* de diversos entrevistados. Por outro lado, não necessariamente a visão dos diferentes entrevistados sobre a forma de compreender a gestão desses serviços era homogênea.

Contratos e convênios entre setor público e serviços filantrópicos em geral pareceram ser um modelo prevalente. No entanto, a definição de metas a serem atingidas raramente foi citada como decorrente de análises regionais e/ou das necessidades da população. Com muita frequência aparece a capacidade instalada (tanto em termos de número de leitos, especialistas, equipamentos) como definidor da oferta, ficando evidente falta de clareza a respeito da apuração de custos a serem cobertos (e da maneira de cobrir, por exemplo, os custos fixos). A questão da transparência (ou de sua falta) na gestão também foi mencionada, evidenciando que por vezes o bem comum não era o norteador.

Finalmente, muitos entrevistados mencionaram a fragilidade da gestão, seja por dificuldade de encontrar profissionais qualificados, seja por falta de continuidade da estratégia e/ou do senso de missão. Até, dependendo do entrevistado, devido a ingerências políticas de âmbito regional, mesmo que a regionalização ou as redes de assistência sejam um ponto ainda a conseguir desse processo.

## **Desafios e fatores críticos de sucesso**

Um tema controverso das políticas de saúde no Brasil, no SUS nos últimos 15 anos, é o PROADI. Entre os entrevistados alguns apoiavam a atuação dos hospitais desse grupo e outros a discutiam, considerando que os recursos destinados a este programa não se justificavam em termos de avanços do SUS ou da prestação de assistência à saúde à população. Entre os argumentos por trás dessa discussão está a transparência no gasto dos recursos públicos e na prestação de contas, que em termos formais até vem sendo satisfatória, mas não necessariamente refletindo a efetividade do gasto. Nessa análise pode-se observar, porém, que alguns desses hospitais oferecem

apoio a serviços públicos e a outros sem finalidade lucrativa (ou seja, a públicos estatais e não estatais, dependendo do modelo considerado). Nesse caso, sua efetividade seria ampliada, embora os dados a respeito não sejam públicos nem amplamente divulgados, exceto em documentos provenientes das 6 organizações participantes desse programa e/ou nos seus *websites*.

Outro desafio, ou oportunidade está na união dos filantrópicos. A visão mais tradicional enxerga a fragmentação do sistema de saúde, representada pelo funcionamento individual de cada uma das unidades e, de fato, seu funcionamento coletivo, regionalizado ou por meio das chamadas RAS (redes de atenção à saúde) seria vantajoso tanto para eles (em função de eficiência e de economia de escala e de escopo) quanto para a população, permitindo maior acesso e otimização de filas, inclusive considerando a regulação. No entanto, aqui se falou de união no âmbito institucional, na busca de força política a partir de uma posição de diversas capacidades instaladas e de um eventual poder de negociação. Por exemplo, foi dito em mais de uma entrevista que os filantrópicos de menor porte/menor complexidade têm posição frágil em termos de negociação com operadoras de saúde. Essa fragilidade pode ser reduzida caso ocorra uma associação real entre eles. Isto pode permitir considerar aumento de força política em qualquer instância.

Finalmente, a capacidade de gestão, tanto em função de seus dirigentes quanto de seus instrumentos de gestão, pode/deve ser modificada com a colaboração de instâncias de governo e dos órgãos de *advocacy*. Até mesmo os braços de formação das diferentes organizações poderiam ser utilizados, tanto para capacitar gestores quanto para desenvolver conhecimento na área. Além disso, por mais que as filantrópicas sejam consideráveis no critério de número elas raramente se utilizam desta vantagem para fins de negociação, por exemplo, seja com operadoras/financiadores públicos seja com fornecedores de produtos ou serviços. Economia de escopo ou de escala são reconhecidamente potenciais fonte de eficiência. Talvez isso possa ser conseguido utilizando o instrumento da contratualização, que já vem sendo utilizado pelo Estado em algumas circunstâncias, com vistas a garantir a sustentabilidade de serviços de saúde, independente de tabelas, mas considerando contratos definidos entre gestores de redes de saúde e prestadores, públicos e privados, regionais.



# 6.6

## Conclusões ou recomendações para a sustentabilidade dos Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas

As políticas de saúde do Brasil não priorizam a assistência hospitalar. Se por um lado isso se deve à visão dos diferentes níveis de governo, por outro o setor privado – com e sem finalidade lucrativa – recorre ao Estado basicamente para pedir ajuda financeira, seja de forma direta quanto indireta. Ao mesmo tempo, os gestores públicos não costumam reconhecer as possibilidades de parceria com o setor privado, mesmo aquele considerado, desde a reforma administrativa do Governo FHC, como serviços públicos não estatais, ou privados sem finalidade lucrativa. Aqui cabe uma discussão sobre o que é público, o que é privado e quais os limites entre ambos, pensando no maior interessado, o cidadão.

Na verdade, acaba havendo uma confusão conceitual, quando se fala em parcerias com o setor privado, com as chamadas PPP (parcerias público-privadas), que têm finalidade lucrativa e que trabalham num modelo de concessão de longo prazo. Este modelo chegou ao Brasil mais recentemente na saúde, com o Hospital do Subúrbio (de Salvador), e ainda se encontra bastante restrito. Teve mais visibilidade em outras áreas, mais voltadas à infraestrutura, como autoestradas, arenas esportivas, entre outras. Acabaram por trazer à luz algumas empresas privadas não vinculadas às atividades fim, mas isso foge ao escopo desta discussão.

Na saúde, hospitais filantrópicos (entre os quais as Santas Casas) representam o primeiro modelo de assistência médico-hospitalar, desde o século XVI. No entanto, até hoje, acabam por reproduzir na sua gestão e nas políticas a seu respeito alguns modelos de séculos atrás embora, no século XXI, as questões voltadas à assistência e a sua gestão já tragam novos padrões. Embora as mudanças de gestão na saúde cheguem mais devagar que em outros setores (por exemplo, o *lean*, conhecido e utilizado há décadas na indústria, ainda vem sendo considerado inovador na saúde) algumas práticas ancestrais contribuem para a crise de sustentabilidade hoje reconhecida. Fora dos grandes centros, embora haja exceções, a gestão dos serviços de saúde está longe de ser profissional. Assim, conceitos antigos ainda são privilegiados, entre os quais, *saúde não tem preço, protocolos são formas de cercear a liberdade dos profissionais da assistência e eficiência, bem como qualidade, são formas*

*de retirar dos serviços de saúde sua característica de humanidade e transformá-los em organizações industriais.*

Tanto as entrevistas realizadas quanto a literatura do setor apontam para o fato de que modelos arcaicos de pagamento por produção, valorização de volume de atendimentos em vez de resposta às necessidades da população, jogo de soma zero entre diferentes prestadores de uma mesma área geográfica e, pior, entre alguns prestadores e operadoras de planos de saúde, levaram à situação atual. A análise dos resultados da pesquisa realizada para a elaboração deste capítulo deixa claro que eventuais efeitos da mudança nos valores de remuneração/na Tabela SUS terão vida curta caso se limitem à atualização de preços por procedimento, independente do que digam os envolvidos. Por isso a contratualização deveria ser considerada e, por meio desta, mecanismos de atualização de necessidades da população e de valores de remuneração.

Pelo que os achados da pesquisa desenvolvida para a elaboração deste capítulo, aliados às reflexões mais contemporâneas a respeito de sistemas de saúde mostram, é possível sugerir, para o prazo mais curto:

1. estímulo à criação de bancos de dados do setor, para além dos hospitais mais providos de recursos, eventualmente estimulado e patrocinado pelos órgãos de *advocacy*, de maneira a dar visibilidade e clareza à situação dos hospitais filantrópicos para conseguir compreender o sistema como um todo e desenhar políticas nas quais este componente tenha o lugar que lhe compete;
2. desenho de um mapa loco-regional ou macrorregional dos serviços, para estabelecer a capacidade instalada, considerando toda a rede, pública e privada, e os profissionais disponíveis (isto significaria inclusive levantamento da disponibilidade de serviços, como UPAs e outros locais de assistência à população, além de gastos e dos dados atuais no nível loco-regional, mesmo que não estejam disponíveis nas fontes oficiais). Os hospitais considerados deveriam ser encarados como parceiros do SUS e tratados de maneira diferenciada, dispondo de algumas facilidades em troca de serem de fato componentes da rede local do SUS. Dois obstáculos podem se interpor neste caminho: a necessidade de compra de serviços privados por operadoras de saúde e os arranjos médicos locais, que fogem ao escopo do presente capítulo, mas que fazem parte do ambiente local;
3. formação de grupos de serviços semelhantes, a rigor mediados ou em instâncias regionais e/ou por órgãos de *advocacy*, com o intuito de otimizar ferramentas de gestão (como grupos de compras ou definição de formas comuns de apuração e controle de custos) poderia ter lugar;
4. revisão na composição de cestas de serviços, para além da assistência médica prestada.

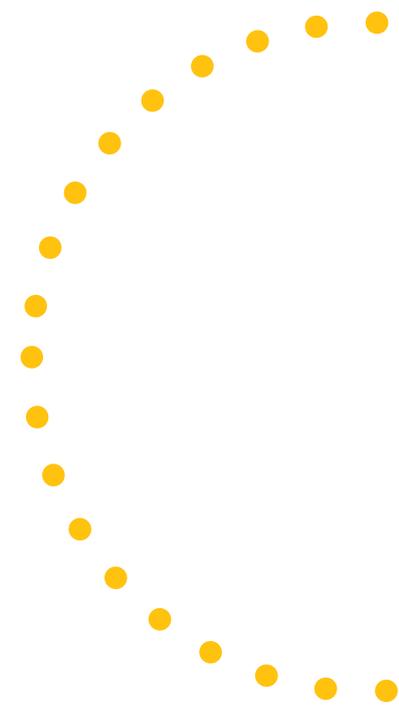
Pensando em outros limites de tempo, para o médio prazo:

5. estabelecimento de diálogo em instâncias regionais, com a participação de gestores públicos, prestadores públicos e privados e, até se for o caso, representantes de profissionais e da sociedade, para definir fluxos possíveis de deslocamentos e sistemas de regulação, segundo o modelo de governança do SUS, com a concertação dos diferentes níveis de governo e os distintos prestadores. Outra possibilidade seria a análise detalhada de consórcios de saúde bem-sucedidos, para eventualmente servirem como *benchmarks*, em função dos seus fatores críticos de sucesso;
6. treinamento conjunto dos profissionais atuantes na regulação, em todas as instâncias regionais, com protocolos nos quais estejam os problemas mais prevalentes de cada região e os fluxos específicos;
7. modelo de gestão contratualizado, com definição de modelos de assistência e indicadores adequados às necessidades regionais, utilizando os novos bancos de dados, com acompanhamento por um comitê interinstitucional, do qual participem representações dos atores públicos e privados da região, que permita revisões de metas e de valores de pagamento anuais;
8. desenho de formas de atração de profissionais não para os serviços, mas para as regiões ou sistemas regionais;
9. acompanhamento de gastos e da gestão do sistema loco regional, no âmbito dos comitês já sugeridos, considerando as instâncias municipais e regionais;
10. definição de comissões de incorporação/desincorporação de tecnologia loco regionais;
11. revisão da vocação de hospitais com menos de 50 leitos (HPP) – alguns deles, dependendo de sua localização e da população a que servem, podem continuar a ser hospitais de agudos, definidos fluxos de referência e contrareferência com outros serviços, sempre por meio da regulação. Outros podem deixar de ser hospitais de cuidados a pacientes agudos e se tornar unidades para cuidados continuados ou para transição de cuidado, permitindo otimizar a utilização dos leitos existentes (considerando que a porcentagem de ocupação dos HPP é de abaixo de 50%) e a eficiência do sistema loco regional como um todo, além da qualidade dos serviços prestados (Souza et al, 2019).

No longo prazo:

12. acompanhamento de busca de serviços na região, por CEP, a ser realizado pela instância regional, com dados fornecidos no âmbito de cada serviço;
13. acompanhamento de contratos em função do atendimento às necessidades e à demanda;

14. acompanhamento de pacientes por telessaúde, com criação de infraestrutura, a partir de protocolos definidos, a ser realizado pelos hospitais filantrópicos ou por serviços de maior complexidade, com fluxos e remuneração acordados regionalmente;
15. definição de orçamentos para os hospitais contratualizados, a partir das séries históricas montadas e atualizadas em função dos novos dados disponíveis, conforme proposta para o curto prazo, e com o suporte dos órgãos de *advocacy*, além do poder público;
16. definição de novas metas para os hospitais contratualizados, a partir das séries históricas montadas, que mostrassem as reais necessidades;
17. definição de planos de carreira loco-regionais no âmbito das regiões, de forma a privilegiar a dedicação geográfica dos profissionais e buscando evitar a concorrência entre os serviços – pelo contrário, buscando vínculos regionais em modelos de contratação inovadores;
18. definição de modelos de remuneração por resultados de saúde na região.



# 6.7

## Limitações

Os dados quantitativos referentes a número de hospitais são discutíveis, além de desatualizados. Não foi possível obter as bases de dados mais atuais. As entrevistas foram limitadas, claro, e aquelas realizadas com os prestadores tiveram um viés de seleção, mais orientados para Sul (Paraná), Sudeste (São Paulo e Minas Gerais) e Nordeste (Bahia) e a hospitais de maior porte/menor complexidade.

## Referências Bibliográficas

- Amorim, D.P.L.; Souza, A.A. Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Cadernos de saúde coletiva*.v. 27, n 2; 2019
- Barata, L. R. B.; Mendes, J. D. V. Os hospitais filantrópicos do século XXI e o SUS. [São Paulo]: Secretaria da Saúde, [2005?].
- Barbosa P.R., Portela M.C., Ugá M.A.D, Vasconcellos M.M., Gerschman S.V, Lima S.M.L. Hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: BNDES Social; 2002. 195 p.
- Bittar, O.J.N.V.; Mendes, J.D.V.; Magalhães, A. Rede hospitalar no estado de São Paulo, Mapear para Regular, 2011.
- Bulcão, C. SUS: uma biografia: lutas e conquistas da sociedade brasileira. RJ, Record, 2024
- Carpanez, LR; Malik, AM. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4):1289-1298, 2021
- Conasems. Nota Técnica: Transferência e Transposição dos Saldos Remanescentes nas Contas de Repasses Federais Fundo a Fundo. Brasília, 09 de fevereiro de 2023
- Girardi, SN; Barros, ME. Rede hospitalar filantrópica no Brasil: perfil histórico-institucional e oferta de serviços. Ministério da Saúde. SIS – Reforsus, relatório de pesquisa, 2001
- Hannan, EL. The relation between volume and outcome in health care. *New England Journal of Medicine*, vol 340, n.21, p. 1677-1678, 1999
- Ivamoto, H. S. Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica. *Acta Medica Misericordiae* 1 (1):7-10, Out 1998. consultado em: 19/03/2024
- Leal, RM; Morgado, RR. Entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS - uma avaliação do programa de apoio do BNDES: 1999-2007 BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 28, p. 37-72, set. 2008.
- Lima, S.L; Barbosa; Pedro; Portela, M; Uga, M. A. D.; Vasconcellos, M. M.; Gerschman, S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1249-1261, 2004.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.604, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023 Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília 2023
- Ministério da Saúde, Terminologia Básica em Saúde. Brasília, 1983
- Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):811-8.
- Puca, Antonio. De Florença a São Paulo, a epopeia da caridade. São Paulo, CI Editora, (2015)
- Senado Federal. Comissão de assuntos sociais. Avaliação de Políticas Públicas (em cumprimento à Resolução nº 44, de 2013): Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da

Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2018

Souza, F.E. A de.; Nunes, E. F. P. A.; Carvalho, B. G.; Mendonça, F. F.; Lazarini, F. M. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, 28 (3) • Jul-Sep 2019

Uga, M. A. D.; Gerschman, S.; Barbosa, P.; Lemos, S.; Portela, M.; Vasconcellos, M. M. O Setor Hospitalar Filantrópico e Alguns Desafios para as Políticas Públicas em Saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p. 265-284, 2003

Uga, M. A. D.; Barbosa, P.; R; Lima, S M. L ; Portela, M ; Vasconcellos, M. M.; Gerschman, S.. Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v 34, n.2, p. 16-23, 2000.

Uga, M. A. D.; Lemos, S.; Portela, M.C.; Barbosa, P; Gerschman, S.; Murat, M. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ) Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 55-68, 2004.

