

CONCEPÇÕES DE CONTROLE E
TRANSFORMAÇÕES DE ESPAÇOS SOCIAIS:
OS EMBATES E CONFIGURAÇÕES
DE UMA SANTA CASA

CONCEPCIONES DE CONTROL Y
TRANSFORMACIONES DE ESPACIOS
SOCIALES: LAS LUCHAS Y CONFIGURACIONES
DE UNA SANTA CASA

CONCEPTIONS OF CONTROL AND SOCIAL
SPACES TRANSFORMATION: A SANTA CASA'S
STRUGGLES AND CONFIGURATIONS

*André Luiz Mendes OLIVEIRA**

*Júlio César DONADONE***

*Mário SACOMANO NETO****

*Bruna Angélica Casonato RIBEIRO*****

RESUMO: A pesquisa foi desenvolvida sob uma abordagem sociológica relacional com base na teoria de Campo de Ação Estratégica (CAE) e investiga as concepções de controle de uma organização da área de saúde: a Santa Casa de Mogi Mirim-SP. O método adotado na pesquisa, de caráter qualitativo e histórico, apresenta um estudo

* Professor da área de Gestão. Doutor em Engenharia de Produção no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus São Carlos (IFSP/SCL), SP, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9284-7529>. Contato: andre.mendes@ifsp.edu.br.

** Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), SP, Brasil. Pesquisador do Núcleo de Sociologia Econômica e Finanças (NESEFI). Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2129-0129>. Contato: donadojc@uol.com.br.

*** Professor do Departamento de Engenharia de Produção Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), SP, Brasil. Doutor em Engenharia de Produção. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2561-1700>. Contato: msacomano@ufscar.br.

**** Doutoranda em Ciência, Tecnologia e Sociedade pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), SP, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2561-1700>. Contato: brunacasonato2@gmail.com.

de caso envolvendo pesquisa documental aliada a uma pesquisa de campo através de entrevistas. Os dados obtidos foram analisados considerando quatro categorias: Agentes do campo, Origem dos recursos financeiros, Papel do Estado e Atuação do Setor. A partir desta análise identificaram-se quatro concepções de controle: Caritária, Nosocômica, Mercantil e Semipública, evidenciando a dinâmica da Santa Casa como um CAE, observando o reposicionamento de cada um dos agentes dentro dos campos envolvidos – em especial o papel do Estado – demonstrando sua atuação, influência e transformações e contribuindo para um importante debate sobre a dinâmica e formas de controle das Santas Casas.

PALAVRAS-CHAVE: Santas casas. Teoria de campo. Concepções de controle. Campo de ação estratégica.

RESUMEN: *La investigación fue desarrollada en un enfoque sociológico relacional basado en La teoría del Campo de Acción Estratégico (CAE) e investiga las concepciones de control de una organización en el área de La salud: la Santa Casa de Mogi Mirim-SP. El método adoptado en la investigación, de carácter cualitativo e histórico, presenta un estudio de caso involucrando una investigación documental aliada a una investigación de campo por medio de entrevistas. Los datos obtenidos fueron analizados considerando cuatro categorías: Agentes de campo, Origen de los recursos financieros, Actuación del Estado y Desempeño del Sector. A partir de este análisis se identificaron cuatro concepciones de control: Caritativa, Nosocomio, Mercantil y Semi público, evidenciando La dinámica de la Santa Casa como CAE, observando se el posicionamiento de cada uno de los agentes dentro de los campos involucrados -en especial el rol del Estado – demostrando su desempeño, influencia y transformaciones y contribuyendo a un importante debate sobre las dinámicas y formas de control de las Santas Casas.*

PALABRAS CLAVE: Santas casas. Teoría de campos. Concepciones de control. Campo de acción estratégico.

ABSTRACT: *The research was developed under a relational sociological approach based on the Strategic Action Field (SAF) theory and investigates the conceptions of control of an organization in the health area: Santa Casa de Mogi Mirim-SP. The method adopted in the research, of qualitative and historical character, presents a case study involving documental research allied to a field research through interviews. The data obtained were analyzed considering four categories: Field agents, Origin of financial resources, Role of the State and Performance of the*

Sector. From this analysis, four conceptions of control were identified: Charitable, Nosocomic, Mercantile and Semi-Public, evidencing the dynamics of Santa Casa as a SAF, observing the (re)positioning of each of the agents with in the fields involved – especially the role of the State – demonstrating its performance, influence and transformations and contributing to an important debate on the dynamics and forms of control of the Santas Casas.

KEYWORDS: *Santa casa. Field Theory. Concepts of control. Strategic action field.*

Introdução

O conceito de ‘campo’ originalmente foi desenvolvido nos estudos das ciências exatas, mais precisamente na física eletromagnética, sendo inserido nas ciências sociais pelos teóricos da *Gestalt theory*, na área da psicologia social, Max Wertheimer, Wolfgang Köhler e Kurt Koffka que defendiam que a análise da forma como um organismo percebe o ambiente, somente teria sucesso através do estudo do campo de percepção em que o organismo está inserido como um todo. Kurt Lewin ([1936] 1958) inseriu as bases teóricas da noção de campo no contexto psicológico apontando que o comportamento do indivíduo deriva da junção de sua personalidade com seu ambiente.

Já no campo da Sociologia, o conceito de campo buscou representar as amplas regularidades das sociedades já que estas poderiam ser estudadas como organismos, sistemas e até estruturas. Para Bourdieu e Wacquant (1992) o campo pode ser definido, em termos analíticos, como uma rede de relações objetivas entre posições ocupadas por agentes em função da estrutura de distribuição dos diversos tipos de capitais que tais agentes possuem. Para Bourdieu (2005), autor referência na construção do conceito, a estrutura do campo é definida pela ação dos agentes que se encontram no campo e que o conformam conferindo-lhe sua estrutura. A definição da estrutura do campo também é definida pela atuação dos espaços adjacentes ao campo de ação estratégica segundo Fligstein e McAdam (2011). Para estes autores um campo pertence a uma intrincada rede de campos que podem ou não se influenciar a partir de três variáveis: proximidade, dependência e o grau de influência do Estado.

Para Fligstein e McAdam (2011) um campo de ação estratégica envolve uma ordem social de nível *meso* em que atores (individuais ou coletivos) interagem com o conhecimento de outro sob um conjunto de entendimentos comuns sobre os propósitos do campo, as relações dentro do campo (inclusive quem detém o poder e o porquê) e as regras do campo. Para os dois autores, os *first movers* de um determinado campo tendem a dominar o campo e buscam uma inovação constante para garantir sua posição, sendo chamados pelo autor de dominantes. O outro grupo,

os desafiantes buscam se inserir nos nichos não atendidos pelos dominantes e assim acumular capital suficiente para tomar a posição de dominantes dentro do campo.

Fligstein e McAdam (2011), por sua vez, definem a existência de incumbentes, que possuem recursos em quantidade maior, influenciando os propósitos e a organização do campo, ou seja, determinando as regras do campo. Em contrapartida existem também atores classificados como desafiantes, que apesar de não deterem o poder do campo, se submetem à lógica imposta pelos incumbentes para sobreviverem, mas buscam formas de alterar as regras do campo em seu favor e assim passarem a desempenhar o papel de incumbentes. Esta relação de disputa por posições dentro do campo apontada nas duas teorias indica que o campo é uma arena, um campo de disputa constante, em que posições e regras se alteram com o passar do tempo. Isto garante ao campo uma dinâmica que permite a alteração de sua estrutura, ou seja, as regras que regem o campo hoje, bem como seus dominantes não têm garantias de que serão os mesmos daqui a alguns anos, meses ou dias.

A abordagem sociológica do conceito de campo pode ser utilizada também nos estudos organizacionais, já que a própria empresa pode ser vista como um campo, um espaço de disputas pelo poder interno (BORDIEU, 2005), assim como os campos de ação estratégica são formados por outros subcampos em uma estrutura semelhante às *matrioskas*, as bonecas russas (FLIGSTEIN; MCADAM, 2011). Esta análise das organizações não se restringe apenas às empresas tradicionais, mas para Fligstein e McAdam (2011) o conceito de campo de ação estratégico poderia ser aplicado também às instituições sem fins lucrativos.

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

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

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

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

(i) Estratégias; (ii) Estruturas; (iii) Unidades bases de poder; (iv) o papel do Estado; e (v) a formação/comportamento dos campos organizacionais.

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

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

A concepção de controle de vendas e marketing voltou o foco para a manutenção e ampliação das fatias de mercado. Suas estratégias abordavam a “diferenciação dos competidores em termos de qualidade do produto e preço; mais propaganda para aumentar a participação de mercado; novos produtos para estimular o crescimento; e expandir os mercados para produtos existentes, particularmente para além do oceano”. (FLIGSTEIN, 1990, p. 15, tradução nossa).

Enfim, a concepção financeira de controle,

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

A concepção financeira estava voltada principalmente às empresas de capital aberto cuja preocupação é a gestão do valor das suas ações, como exemplificado nos estudos por Carmo *et al* (2019 e Saltorato *et al* (2014).

Assim como Fligstein (1990) destaca o papel do Estado tanto nas concepções de controle quanto nos campos de ação estratégica, Bourdieu também enfocou em seus estudos a influência do Estado sobre campos. Entre 1989 e 1992, ele direcionou seus cursos no *Collège de France* para realizar uma análise sociológica do Estado. Diante desta lógica, entende-se a postura de Bourdieu ao tratar o Estado não como um novo tema, mas como uma evolução de seus estudos, já que o Estado francês

ao definir as leis que regem seu sistema de ensino cria a distinção tão criticada por Bourdieu em sua obra, criando o *habitus* e permitindo a delimitação de um campo de estudo a partir dos capitais envolvidos.

Bourdieu (2014) considera que a acumulação de capital simbólico é uma das principais atividades do Estado, pois através deste tipo de capital é possível garantir a existência e manutenção do Estado constituído. Infelizmente para que tal situação ocorra geralmente se faz uso da violência simbólica que garante a submissão dos cidadãos ao Estado em vigor. E é a partir desta submissão que Bourdieu (2014) também aborda a questão da filantropia através de um Estado-Providência: o Estado busca oferecer aquilo que é importante para o cidadão a fim de garantir a domesticação dos dominados. Isto se dá uma vez que o cidadão se conscientiza de que sem o Estado não pode sobreviver, já que ele é o provedor de suas necessidades básicas, tais como educação, cultura, saúde, habitação, etc.

A partir de tais referências teóricas, neste estudo o setor filantrópico será estudado como um campo de ação estratégica, tal como uma organização com fins lucrativos de forma isolada. Além disso, o setor filantrópico, como qualquer outro setor, está sujeito às influências por parte do Estado.

O SUS e as Santas Casas: amálgama, transformações e embates

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

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

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

De acordo como banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), os hospitais beneficentes, categoria em que se enquadram as Santas Casas, representam 44% das unidades hospitalares do SUS, fato que

qualifica o segmento como parceiro estratégico do governo federal na prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2018a), uma vez que, a partir da inexistência desta retaguarda hospitalar e do desinteresse da rede privada em atender os usuários do SUS, o Estado brasileiro teria que praticamente dobrar sua estrutura hospitalar pública instalada para ter capacidade de atendimento.

Outros dados demonstram a importância dos hospitais beneficentes para o funcionamento do SUS: os hospitais beneficentes são responsáveis por mais de 2,76 milhões de internações do SUS (BRASIL, 2018a) e 54,3% destes hospitais são o único estabelecimento hospitalar existente no município em que estão instalados. Portanto, não é exagero afirmar que garantir a existência e o pleno funcionamento destas organizações é fundamental não apenas para o funcionamento do SUS, mas também para a sobrevivência da própria comunidade na quais estas estão inseridas.

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

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

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

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

Outro comportamento contemporâneo que aguçava o desenvolvimento deste estudo envolve a forma como as pessoas veem as Santas Casas nos dias de hoje: apesar de ser uma organização de origem filantrópica, religiosa e privada, na maioria das notícias em que há reclamações a respeito do atendimento recebido, ou em muitos casos não recebido, em uma Santa Casa, os relatos indicam que, para o reclamante, a instituição pertenceria ao setor público – uma vez que, na maioria

dos casos a reclamação é encaminhada inicialmente ao agente público e não à Santa Casa.

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

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

Considerando o papel que as Santas Casas têm para o desenvolvimento de políticas de saúde, o objetivo deste trabalho foi analisar a transformação histórica nas formas de controle da Santa Casa de Mogi Mirim, sendo esta considerada como um campo. Buscou-se então:

- Situar a Santa Casa estudada em relação a seus espaços adjacentes;
- Identificar os agentes e a dinâmica de tomada de posições no campo;
- Analisar os incumbentes e desafiantes presentes no campo;
- Analisar as possíveis concepções de controle que possam se configurar.

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

Metodologia

O desenho da pesquisa ao longo do tempo adotado foi longitudinal, isto é, a pesquisa analisou diversos momentos no decorrer do tempo de vida da instituição e a coleta de dados adotou uma combinação de técnicas envolvendo análise documental e pesquisa de campo, considerando a conveniência para o levantamento de dados

que seriam utilizados definiu-se como objeto de pesquisa a Santa Casa localizada no município de Mogi Mirim-SP.

Como as Santas Casas são organizações centenárias, muitos dos agentes que estiveram em contato com elas já faleceram, ou no caso de ainda puderem ser entrevistados, não se lembrariam de todos os detalhes de fatos ocorridos a décadas atrás. Por isso foi desenvolvida uma análise documental não apenas em registros históricos de posse da Santa Casa, mas também os existentes no Centro de Documentação Histórica de Mogi Mirim (CEDOCH). O CEDOCH possui um acervo com os exemplares dos principais jornais de Mogi Mirim-SP:

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

A coleta de dados consistiu em buscar reportagens nos jornais do acervo do CEDOCH, convênios públicos e legislação nas bases de dados da Prefeitura Municipal de Mogi Mirim. A análise destes documentos com o auxílio das ferramentas teóricas possibilitou construir tanto a história da Santa Casa quanto do próprio atendimento médico-hospitalar no Brasil, além de identificar os agentes e seus discursos.

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

A coleta de dados foi conduzida através da leitura dos documentos disponibilizados e de entrevistas semi-estruturadas com abordagem pessoal e/ou eletrônica, conforme a conveniência do entrevistado.

Foram realizadas seis entrevistas com os seguintes agentes:

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

A proposta de adoção destas técnicas de coleta de dados levantou os contextos, episódios e ações desenvolvidos pelos agentes pertencentes ao espaço social Santa Casa considerada como amostra. As entrevistas tiveram como principal objetivo identificar a percepção do entrevistado sobre a Santa Casa, sua percepção pessoal

na identificação de outros agentes e a influência destes no campo, bem como tentar identificar argumentos que posicionem estes agentes no espaço social.

As entrevistas auxiliaram a identificar episódios contenciosos relevantes da história da Santa Casa, bem como auxiliaram a identificar indícios dos posicionamentos dos agentes envolvidos dentro do campo Santa Casa. Mais importante do que o conteúdo das entrevistas, foi o direcionamento que estas proporcionaram à pesquisa.

Os dados obtidos através da pesquisa documental e da pesquisa de campo foram analisados através de quatro categorias: (i) Agentes do campo; (ii) Origem dos recursos financeiros; (iii) Papel do Estado; e (iv) Atuação do Setor.

Quadro1 – Categorias de Análise do Campo Santa Casa

Categoria	Descrição
Agentes	Identificar os principais agentes presentes no campo, bem como os papéis desempenhados por estes (incumbentes ou desafiantes ou participantes). Outro ponto analisado foi a identificação de espaços adjacentes ao campo Santa Casa e o grau de influência sobre o mesmo.
Origem dos recursos financeiros	Identificar as principais fontes de financiamento para o funcionamento da Santa Casa.
Papel do Estado	Identificar o grau de influência do Estado nas regras do campo.
Atuação do Setor	Identificar como outras instituições do setor de saúde influenciavam o campo em estudo

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

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

Resultados e Discussões

Um dos objetivos proposto neste trabalho era verificar a existência de Concepções de Controle ao longo da história da Santa Casa. Para isso, os diversos episódios históricos foram analisados sob a lente de quatro categorias: (i) Agentes; (ii) Recursos Financeiros; (iii) Estado; (iv) Setor. Foram identificadas quatro Concepções de Controle distintas na história da Santa Casa e que serão discutidas individualmente a seguir.

Concepção de Controle Caritária

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

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

A presença de um rico e influente fazendeiro como provedor da Santa Casa ajudava a estimular que os demais fazendeiros do município contribuíssem com a Irmandade. E contribuir com a caridade era muito bem visto na época, tanto que no início das obras do primeiro prédio havia a proposta de doação de dois terrenos para a Irmandade: o primeiro que pertencia ao tenente Quartim e o que foi escolhido do que era de propriedade do tenente-coronel José Baptista da Luz.

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

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

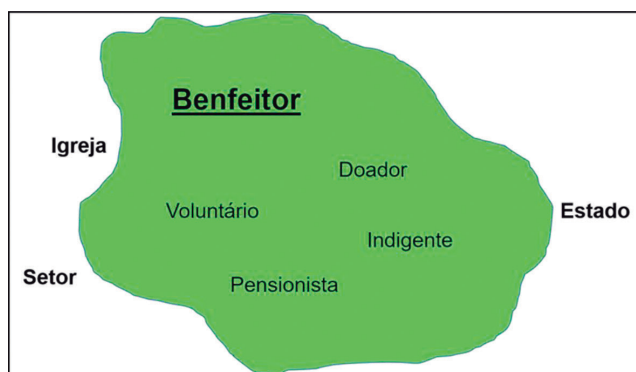
Além dos legados, as doações em vida também eram rotineiras, como a compra de um carro fúnebre pelo coronel João Leite do Canto e que foi doado para a Santa Casa. As doações também ocorriam em datas festivas ou em memória de familiares, como o aniversário natalício, matrimonial ou de falecimento, festado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

Outra fonte de renda já citada na análise do primeiro período de vida da Irmandade foram as subvenções governamentais, pois os governos estadual e municipal garantiam todos os anos o envio de recursos para auxiliar o custeio do hospital. Nesta concepção de controle temos o Estado com um papel semelhante aos dos fazendeiros: ajudar a caridade, pois a Santa Casa era vista como uma obra social de auxílio e não como ferramenta de políticas públicas.

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

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

Figura 1 – Campo de Ação Estratégica durante a Concepção de Controle Caritária.



Fonte: Elaborada pelos autores (2019)

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

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

Entre os espaços adjacentes à Santa Casa, encontramos o Estado, um agente indiferente naquela época, não existiam legislações de grande impacto, nem o interesse na compra de serviços, apenas com pequenas contribuições.

Concepção de Controle Nosocômica (hospital)

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

*Concepções de controle e transformações de espaços sociais:
os embates e configurações de uma Santa Casa*

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

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

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

Os recursos financeiros ainda têm, principalmente, sua origem nas subvenções governamentais e nos rendimentos patrimoniais, porém existe uma tendência de crescimento da prestação de serviços particulares. No final da década de 1930 e início da década de 1940, a Mesa Administrativa chegou a publicar anúncios para estimular as pessoas a procurarem o hospital, pois possuía acomodações ‘à preços módicos’.

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

- As quermesses em abril e julho de 1917 e abril de 1921;
- Um chá dançante e uma noite no cinema em setembro de 1935;
- A grande quermesse de 1939 que durou nove dias;
- A grande tómbola de 1954 para ajudar na construção do novo prédio da Santa Casa.

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

- A colônia síria organizou uma lista entre si arrecadando Rs 605\$000 (seiscentos e cinco mil réis) em abril de 1917;
- Diversas listas de auxílio foram distribuídas entre os irmãos para passarem pela população em junho de 1917;

- A taxa de emissão do título eleitoral e a venda de capa para o mesmo eram revertidas para a Santa Casa em 1919;
- O Recenseamento da Caridade em novembro de 1935, quando os mesários passaram de casa em casa pedindo a contribuição de Rs\$200 (duzentos réis) por morador do domicílio.

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

Já os hospitais e médicos da região começaram a se interessar em levar os pacientes de outras cidades para suas instituições e publicaram anúncios nos jornais das cidades sobre seus serviços. Foi caso da Beneficência Portuguesa de Campinas-SP e de alguns médicos daquela cidade e também de São Paulo-SP.

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

Outro espaço que existe é o da Igreja que acreditava ter grande poder e influência sobre os rumos da Santa Casa, mas os desentendimentos na primeira reforma dos Estatutos, em 1918, mostraram que tal força não existia, nem na área de influência social e nem na área jurídica¹. A Igreja acreditava que tinha as forças de um incumbente, porém ela foi um desafiante que não logrou êxito em alterar as regras do campo na época e nem tomar a posição de incumbente. Isto ocorreu não porque os Benfeitores conseguiram impedir o acesso da Igreja, mas porque um outro grupo de desafiantes já havia surgido e acabara de tornar-se incumbente, ditando novas regras para o campo.

¹ Os desentendimentos durante a reforma dos Estatutos em 1918, culminou com uma tentativa de dissolução da Irmandade por parte do Bispado de Campinas em 1919, ação que levou à um litígio jurídico que se desdobrou até 1924, quando o Supremo Tribunal Federal determinou o ganho de causa à Irmandade da Santa Casa.

Figura 2 – Transformação do Campo de Ação Estratégica entre as Concepções de Controle Caritária e Nosocômica.



Fonte: Elaborada pelos autores (2019)

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

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

Figura 3 – Campo de Ação Estratégica na Concepção de Controle Nosocômica.



Fonte: Elaborada pelos autores (2019)

A ascensão dos Arrecadadores alterou o campo Santa Casa, pois a busca por recursos não se deteve em obter donativos dos demais agentes do campo, mas também arrecadar recursos através da prestação de serviços dos Voluntários— apesar da maior parte do serviço prestado pelos Voluntários acontecer de forma gratuita, havia uma pequena parcela de atendimentos que eram remunerados. Os esforços dos Arrecadadores são percebidos através dos grandes eventos beneficentes, campanhas para aumentar o número de irmãos, além das reformas e adequações que geraram o aumento no número de atendimentos particulares por parte do hospital.

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

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

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

Se entre Benfeitores e Arrecadadores a forma de obtenção do recurso financeiro foi um fator de distinção e de mudança de posições no campo, os dois agentes compartilhavam de um recurso aparentemente sem importância: o recurso político. Aparentemente sem importância, porque quando se discute a caridade naturalmente a dissociamos de aspectos políticos, entretanto, praticamente todos os Benfeitores e Arrecadadores que estiveram na Mesa Administrativa da Irmandade desempenharam papel político na cidade ou na região, criando relacionamentos importantíssimos para que o Estado fornecesse recursos financeiros ao hospital.

Concepção de Controle Mercantil

A concepção de controle Mercantil surge no final da década de 1960 influenciada pela criação do INPS, Instituto Nacional de Previdência Social, e pela profissionalização da Santa Casa. A principal característica do perfil dos provedores, em virtude da polêmica da criação de um Pronto Socorro externo ao terreno da Santa Casa em 1971, mas gerenciado pela instituição, passa a ser a capacidade de mediar os interesses da Irmandade com os interesses do Corpo Clínico, do qual muitos médicos eram membros da Irmandade. A interação com a sociedade diminui drasticamente quando comparado ao papel do provedor nas concepções de controle Caritativa e Nosocômica, e o efeito disto pode ser observado através da somados

donativos e das contribuições da Irmandade que atingiam uma média de 28,31% das receitas da Irmandade nas concepções anteriores, na concepção de controle Mercantil cai para uma média de 0,82% do total de receitas. A profissionalização do corpo administrativo da Santa Casa é uma característica da concepção de controle Mercantil e que aproxima ainda mais a instituição de um modelo empresarial.

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

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

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

Já o setor na concepção de controle Mercantil começa a ser mais atuante que nas demais concepções. Começam a surgir hospitais privados pertencentes a grupos de médicos de fora da cidade, porém como a demanda de pacientes particulares é baixa para sustentar tais empreendimentos, os primeiros planos de saúde privados são comercializados.

O campo Santa Casa voltou a se transformar no final dos anos 1960, em virtude de uma ação de um espaço adjacente até então indiferente, mas que se tornará um agente de destaque no campo: o Estado. Ao criar o INPS, o Estado buscou centralizar o controle dos IAP's, mas ao credenciar a Santa Casa para atender seus contribuintes e passar a remunerar os serviços médicos prestados, um novo grupo de desafiantes se formou: os Prestadores de Serviço.

Figura 4 – Transformação do Campo de Ação Estratégica entre as Concepções Nosocômica e Mercantil.



Fonte: Elaborada pelos autores (2019)

Esse grupo de agentes eram os remanescentes dos Voluntários que não haviam migrado para os Arrecadadores. Os Prestadores de Serviço se dão conta de que com o INPS poderiam continuar a realizar os atendimentos médicos no hospital aos indigentes e particulares, e ainda agregar os contribuintes, sendo remunerados pelo atendimento destes e gerando renda para a Santa Casa.

Os Prestadores de Serviço passam a incumbentes com uma nova regra para o campo: o recurso financeiro não é obtido pela capacidade de doar e nem pela capacidade de arrecadar, mas pela capacidade de faturar pelos serviços prestados. Essa configuração do campo também altera a regra da prioridade de atendimento, já que o contribuinte do INPS passa a ser prioritário, afinal o atendimento a ele garante a emissão da fatura do serviço. A posição de incumbentes dos Prestadores de Serviço chegou a ser desafiada por um grupo de Arrecadadores no episódio da implantação do Pronto Socorro em 1971, que culminou com a derrota dos Arrecadadores nas eleições para Mesa Administrativa em 1972 e ascensão dos Prestadores de Serviço e simpatizantes ao cargo de Provedor.

Figura 5 – Campo de Ação Estratégica na Concepção de Controle Mercantil.



Fonte: Elaborada pelos autores (2019)

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

Concepção de Controle Semipública

Após a concepção de controle Mercantil, configura-se a concepção de controle Semipública, situação em que não basta aos provedores apenas mediar conflitos entre a Irmandade e o Corpo Clínico, porque um agente ganha uma maior relevância: o Estado. Na concepção de controle Semipública a principal característica é a capacidade de articular ações entre os princípios da Irmandade, os desejos do Corpo Clínico e as necessidades do Estado. Os provedores desta concepção de controle foram empresários e executivos de grandes empresas que aplicaram a expertise em gestão de negócios à administração da Santa Casa. A maior parte desses profissionais eram mesários indicados pelo Conselho Municipal de Saúde para o modelo de Cogestão² adotado no início da década de 1990.

² O Acordo de Cooperação Técnica e Gerencial de Saúde na Santa Casa de Mogi Mirim, conhecido como Cogestão previa que a administração do hospital seria composta por 50% de membros eleitos

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

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

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

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

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

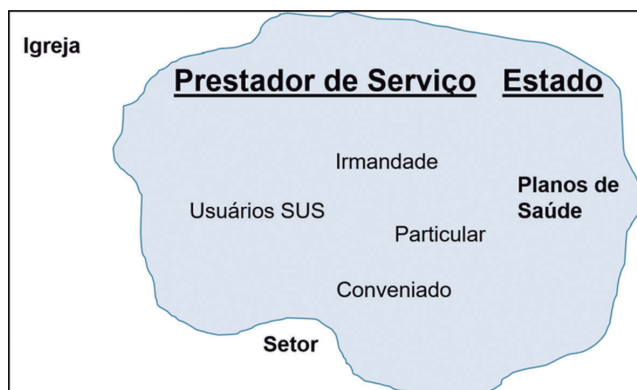
Com o SUS, o Estado não é apenas um tomador de serviços, mas é o gestor responsável pela eficiência e eficácia dos serviços prestados/contratados. Se por um lado o Estado em diversas situações, como no estudo de caso em questão, por não possuir estrutura própria para garantir diversos serviços de saúde, acaba contratando tais serviços da rede privada, por outro lado torna-se um agente que cobra constantemente os resultados desta rede. Cobra e se preciso for ameaça com autuações da Vigilância Sanitária, retenção de pagamentos, entre outras ações possíveis como gestor do recurso público. O hospital por sua vez, enxergando a oportunidade de

da Irmandade e a outra metade indicada pelo Conselho Municipal de Saúde. As funções de Provedor, Vice-Provedor, Tesoureiro, Secretário e Conselheiros Fiscais também eram divididas entre os dois grupos durante a gestão e a cada dois anos havia a alternância dos grupos nas funções.

prestar serviços ao SUS, luta para conseguir o máximo possível de convênios de prestação de serviços com este agente, tornando-se altamente dependente dos recursos públicos gerados por estes convênios e sujeito às penalidades que esta relação pode causar.

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

Figura 6 – Campo de Ação Estratégica na Concepção de Controle Semipública.



Fonte: Elaborada pelos autores (2019)

O que se vê hoje na configuração do campo Santa Casa são dois grupos distintos de incumbentes, os Prestadores de Serviço e o Estado, o primeiro graças a sua capacidade de faturar recursos e o segundo graças a sua capacidade de gerir os recursos. É como se fosse uma joint-venture incumbente que funciona na informalidade.

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

Quadro2 – Concepções de Controle da Santa Casa de Mogi Mirim

	Concepção de Controle Caritária	Concepção de Controle Nosocômica
Agentes	Provedor: Fazendeiros; Médicos: Voluntários Assistidos: Pobres e Indigentes	Provedor: Médicos; Advogados; Empresários Médicos: Voluntários Assistidos: Pobres e Indigentes; Pensionistas
Recursos Financeiros	Subvenções governamentais; Rendas Patrimoniais; Donativos	Subvenções governamentais; Rendas Patrimoniais; Donativos; Prestação de Serviços
Estado	Apoiador de uma obra de caridade	Apoiador de uma obra de caridade
Setor	Hospitais em outras cidades para os mais ricos.	Anúncios de hospitais e médicos de outras cidades.
	Concepção de Controle Mercantil	Concepção de Controle Semi-Estatal
Agentes	Provedor: Mediador Irmandade-Corpo Clínico Médicos: Remunerados Funcionários: ‘Profissionais’ Assistidos: Contribuintes e Particulares; Gratuitos	Provedor: Articulador Irmandade - Médico-Estado Médicos: Remunerados Funcionários: ‘Profissionais’ Assistidos: Usuários; Conveniados; Particulares
Recursos Financeiros	Prestação de Serviços; Subvenções governamentais	Contratos de metas; Prestação de serviços; Subvenções governamentais
Estado	Comprador de serviços; financiador de obras; fiscalizador de credenciados	Gestor de contratos; Controlador de ações; Fiscal Sanitário; Participante da mesa diretora
Setor	Hospitais privados no município; Comercialização de planos de saúde	Consolidação de planos de saúde; Hospitais concorrentes no atendimento a conveniados

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Considerações finais

Este trabalho buscou discutir a Santa Casa em uma abordagem sociológica, e analisar a influência do Estado sobre esta organização ao longo de sua história, já que o SUS é uma das políticas públicas de saúde atualmente envolvida no dia a dia destas instituições.

Outro aspecto trazido foi a análise das posições adotadas pelos principais agentes envolvidos na Santa Casa– o Provedor, o Estado, os assistidos, o Corpo Clínico e o Setor – em episódios históricos de destaque. Esta análise permitiu identificar quatro concepções de controle ao longo da história da Santa Casa: Caritária, Nosocômica, Mercantil e Semipública e como as configurações entre elas são distintas apesar de a organização em estudo ser a mesma, mas em diferentes momentos.

Finalmente, pôde-se indicar como uma organização pode ser analisada como um Campo de Ação Estratégica e como sua configuração se altera com o reposicionamento dos agentes. No caso estudado, fica claro como o Estado e o Corpo Clínico do hospital tomam o controle da instituição enquanto a Irmandade é colocada em uma posição semelhante a um peão de xadrez – a peça que pode ser sacrificada a qualquer momento.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre. **Sobre o Estado**. São Paulo: Cia das Letras, 2014.

BOURDIEU, Pierre. O campo econômico. **Política&Sociedade**. n.6, p.15-57, abr. 2005.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc J. D. **An Invitation to Reflexive Sociology**. Cambridge: University of Chicago Press, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Consulta ao banco de dados. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 25 maio 2018a.

BRASIL. Ministério da Educação. Sistemae-MEC. Consulta ao banco de dados. Disponível em: www.emec.mec.gov.br. Acesso em: 25 maio 2018b.

CARMO, Marcelo do; SACOMANO NETO, Mário; DONADONE, Júlio Cesar. Financialization in the Automotive Industry: Shareholders, Managers, and Salaries. **Journal of Economic Issues**, v. 53, p. 841-862, 2019.

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

FLIGSTEIN, Neil. **The transformation of corporate control**. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

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

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

*André Luiz Mendes Oliveira, Júlio César Donadone, Mário
Sacomano Neto e Bruna Angélica Casonato Ribeiro*

LEWIN, Kurt. Psychology of Success and Failure. [1936]. In: STACEY, C. L.; DEMARTINO, M. (Eds.). **Understanding human motivation**. Howard Allen Publishers, 1958, p. 223–228. <https://doi.org/10.1037/11305-019>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/11305>. Acesso em: 05 abr. 2024.

SALTORATO, Patrícia; DOMINGUES, Larissa Cecília; DONADONE, **Júlio César**; NEVES GUIMARAES, Márcia Regina Neves. From Stores to Banks: The Financialization of the Retail Trade in Brazil. **LATIN AMERICAN PERSPECTIVES**, v. 41, p. 110-128, 2014.

Submetido em: 01/02/2023

Revisões requeridas em: 09/09/2023

Aprovado em: 08/02/2024