

EDUARDO FERNANDES SANTOS

**A UNIDADE DE TRAUMA DA SANTA CASA DE CAMPO
GRANDE: O IMPACTO PARA O DESENVOLVIMENTO
LOCAL**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
LOCAL MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS**

2016

EDUARDO FERNANDES SANTOS

**A UNIDADE DE TRAUMA DA SANTA CASA DE CAMPO
GRANDE: O IMPACTO PARA O DESENVOLVIMENTO
LOCAL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, com o requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob a orientação do Professor Dr. Heitor Romero Marques.

**CAMPO GRANDE – MS
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

S237u Santos, Eduardo Fernandes

A Unidade de Trauma da Santa Casa de Campo Grande: o impacto para o desenvolvimento local / Eduardo Fernandes Santos ; orientação Heitor Romero Marques. 2016.

69f.

Dissertação(mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2016.

1. Sistema Único de Saúde 2. Santa Casa de Campo Grande
3. Desenvolvimento local I. Marques, Heitor Romero II. Título

CDD – 362.11098171

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: A Unidade de Trauma da Santa Casa de Campo Grande: O impacto para o Desenvolvimento Local.

Área de Concentração: Territorialidades e Dinâmicas Sócio-ambientais

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Local: sistemas produtivos, inovação, governança.

Dissertação submetida à Comissão Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

BANCA EXAMINADORA

Orientador Prof. Dr. Heitor Romero Marques
Presidente/Mestrado DL
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Profª. Dra. Arlinda Cantero Dorsa
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Prof. Dr. Elcio Gustavo Benini
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar às dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Agradeço a minha mãe Eliana Fernandes Santos, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu pai Walter Almeida Santos que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante.

A minha Esposa Luciane Perez da Costa Fernandes que sempre me apoiou, me ajudando, me orientando neste trabalho e por acrescentar razão e beleza aos meus dias.

Agradeço ao Prof. Dr. Heitor Romero Marques pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho, a Banca Examinadora Professora Doutora Alinda Canteiro Dorsa e Professor Doutor Elcio Gustavo Benini e a todos os professores que me proporcionaram o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim. Não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Meus agradecimentos aos companheiros de trabalho que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

"Compartilhar o torna mais do que você é. Quanto mais você der para o mundo, mais a vida poderá retribuir".

Jim Rohn

SANTOS, Eduardo Fernandes. **A Unidade de Trauma da Santa Casa de Campo Grande: o impacto para o Desenvolvimento Local.** 69fl. 2016. Dissertação. Programa de pós graduação

em desenvolvimento local em contexto de territorialidades. Universidade Católica Dom Bosco.

RESUMO

Esta dissertação é fruto de pesquisa realizada na Associação Beneficente de Campo Grande: Santa Casa de Campo Grande, com o objetivo de demonstrar os impactos para Desenvolvimento Local quanto à implantação da Unidade do Trauma da Santa Casa de Campo Grande. A referida Unidade de Trauma, ainda em obras, localiza-se em um pavilhão anexo à Santa Casa de Campo Grande para atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para que esta unidade entre em funcionamento, os profissionais, colaboradores realizaram estudos para verificar o que será necessário para colocar este complexo em funcionamento e conhecer o impacto local e regional que a mesma exercerá. Esta unidade estará atendendo a capital, 78 municípios do Estado e até mesmo outros Estados e países vizinhos. Com isso estamos apresentando o impacto no âmbito do desenvolvimento local que a capital terá com este novo empreendimento na área da saúde. Em todo o contexto deste trabalho, mostramos o quanto a área da saúde tem que se desenvolver para realizar um bom trabalho à população, deste modo, trabalhamos de forma que sirva de base para chegarmos a indicadores populacionais no âmbito do desenvolvimento local tendo como prerrogativas a história da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa. Realizando um breve histórico e mostrando toda a sua estrutura, desenvolvendo a história dos hospitais filantrópicos do Brasil, colocando os pontos importantes destes serviços, elencando pontos da saúde e do desenvolvimento local. E então a Unidade de Trauma em si, todo o estudo que realizamos em relação a estrutura que será desenvolvida para que esta Unidade entre em funcionamento para a realização de atendimentos aos usuários do SUS. Foram demonstrados estudos estatísticos em relação aos atendimentos e todos os serviços que atualmente a Santa Casa realiza e serviços que serão realizados na Unidade de Trauma. Dentre os serviços projetou-se a quantidade de refeições e quantidade de roupas lavadas que a unidade demandará da Santa Casa, tendo em vista que esses serviços de apoio serão demandados da Santa Casa. Igualmente foi realizada uma verificação ampla em percentual dos gastos que serão realizados pela Unidade de Trauma. Todo esse trabalho foi realizado focado no público alvo que são os pacientes que serão atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Espera-se que esta unidade seja inaugurada e os investimentos sejam disponibilizados para o seu funcionamento, disponibilizando leitos de internação e vários outros serviços para atender a enorme demanda advinda da população.

PALAVRAS-CHAVE: Santa Casa de Campo Grande, Unidade de Trauma, SUS, Desenvolvimento local.

impacto para o Desenvolvimento Local. 69fl. 2015. Dissertação. Programa de pós graduação em desenvolvimento local em contexto de territorialidades. Universidade Católica Dom Bosco.

ABSTRACT

This work is the result of research carried out in the Benevolent Association of Campo Grande Santa Casa de Campo Grande, in order to demonstrate the role of the Trauma Unit in local development. Said Trauma Unit, still under construction, is located in an annex pavilion at Santa Casa de Campo Grande for exclusive service to users of the Unified Health System (SUS). For this unit into operation, professionals, colleagues performed studies to ascertain what will be required to put this complex operation and know the local and regional impact of the same exercise. This unit will be attending the capital, 78 municipalities in the state and even other states and neighboring countries. Thus we present the impact within the local development that the capital will have with this new venture in healthcare. In the whole context of this work, we show how the health sector have to develop to do a good job the population therefore work in order to serve as a base to reach the population indicators within the local development having as prerogatives to history Benevolent Association of Campo Grande Santa Casa making a brief history and showing its entire structure, developing a history of philanthropic hospitals in Brazil, putting the important points of these services, listing health points and local development and then the Trauma Unit itself, throughout the study we conducted regarding the structure to be developed for this unit is put into operation to carry out calls to SUS users. It has been demonstrated statistical studies regarding the care and all the services that today the Santa Casa performs and services that will be held in Trauma Unit. Among the services study was carried out to check the amount of meals and quantity of washed clothes that are require unity of the Holy House, given that these support services will be demanded of the Holy House. a wide verification therefore was held as a percentage of expenditures to be made by the Trauma Unit. All this work was carried out focused on the target audience who are the patients that will be attended by the Unified Health System - SUS. It is expected that this unit is opened and investments are available for their operation, providing hospital beds and various other services to meet the huge demand arising from the population.

KEY-WORDS: Santa Casa de Campo Grande, Trauma Unit, NHS , Local development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	Capacidade instalada da Santa Casa de Campo Grande, 2014.	51
Tabela 02:	Indicadores hospitalares da Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.	53
Tabela 03:	Principais exames realizados na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.	53
Tabela 04:	Cirurgias realizadas nos ambientes da Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.	54
Tabela 05:	Cirurgias realizadas pelo SUS, convênio e particular e particular na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.	54
Tabela 06:	Total de cirurgias classificadas nas categorias da Santa Casa de Campo Grande - MS.	54
Tabela 07:	Atendimentos aos pacientes do Centro Cirúrgico na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.	55
Tabela 08:	Refeições disponibilizadas na Santa Casa de Campo Grande – MS no período de outubro de 2013 a março de 2014.	61
Tabela 09:	Quantidade de roupas utilizadas pelos pacientes no Centro Cirúrgico na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.	62
Tabela 10:	Estimativa da quantidade de Profissionais para Unidade do Trauma da Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.	63
Tabela 11:	Estimativa de custo em % da Unidade de Trauma da Santa Casa de Campo Grande -MS.	64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 HOSPITAL	13
2.1 Origem	13
2.2 Breve história sobre os hospitais	13
2.3 Classificação hospitalar no Brasil	17
2.4 Funções do hospital	19
2.5 Hospitais filantrópicos – uma empresa sem fins lucrativos	21
3 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	23
3.1 Conceituações de administração hospitalar	23
3.2 Gestão hospitalar	23
3.3 Organização	24
3.4 Qualidade	24
3.5 Planejamento e análise de custos	25
3.6 O lado econômico de outras questões de saúde	26
3.7 Recurso utilizado para a produção de saúde	28
3.8 Processos e produtos	28
3.9 Indicadores	29
3.10 O administrador hospitalar reestruturando	29
4 A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO LOCAL	30
4.1 Produção de saúde	31
4.2 A Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)	31
4.3 Os gestores do SUS em cada esfera de Governo	31
4.4 Antecedentes e contexto da saúde no Brasil	32
4.5 Desenvolvimento Local	33
4.6 Território e territorialidade	35
4.7 Espaço, local e lugar	37
5 SANTA CASA E SUA HISTÓRIA	39
6 DIVERSIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO: SANTA CASA	41
6.1 Identificação	51
6.2 Estrutura operacional	51
6.3 Produção hospitalar: dados e indicadores hospitalar	53
6.4 Principais exames realizados no período de 12 meses	53
6.5 Cirurgias realizadas	53
7 O PROJETO DA UNIDADE DO TRAUMA: UMA VISÃO PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL	56
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68

1 INTRODUÇÃO

A Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa na busca de melhoria dos serviços de Saúde Pública, especialmente no atendimento emergencial no Pronto Socorro em vista do número elevado de pacientes com necessidades de atendimento em trauma ortopedia, juntamente com o Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e a rede municipal de saúde pública visualizaram a necessidade da criação da Unidade do Trauma. Reforça essa necessidade o fato de que não está instituída no Município de Campo Grande e no Estado de Mato Grosso do Sul a rede de atenção ao trauma ortopedia, além de que existem entraves no fluxo para pacientes que buscam como primeira escolha os serviços da Santa Casa.

A Unidade do Trauma encontra-se nas intermediações do Lote B da Santa Casa de Campo Grande, com uma área de aproximadamente 6.600 m² sendo uma unidade de saúde destinada ao serviço especializado em saúde na linha de cuidados em trauma ortopédico, cujo projeto foi desenvolvido com o objetivo de execução de reforma e ampliação por intermédio de recursos do Ministério da Saúde, Governo de Mato Grosso do Sul, via Secretaria de Estado de Saúde e Prefeitura Municipal de Campo Grande, por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Além da execução da obra, a instituição está pleiteando outras frentes de trabalho para a readequação de fluxos de trabalho, materiais e insumos, estrutura física, visando evitar problemas futuros de funcionamento. Para a implantação da Unidade de Trauma considera-se que o hospital é o único credenciado no Ministério da Saúde como Hospital tipo III em Urgência e Emergência, estando inserido no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Mato Grosso do Sul, conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do sistema DATASUS.

O planejamento é fixado em objetivos e leva em conta fatores indispensáveis à evolução do hospital sendo então necessário o conhecimento de suas particularidades, considerando as atividades desenvolvidas em face da eficácia e eficiência do serviço prestado.

O maior motivo deste trabalho se deve ao fato pela importância deste grande empreendimento no âmbito do interesse público, não somente ao desenvolvimento local no âmbito municipal, mas principalmente em toda a rede de atenção à saúde do Estado de Mato Grosso do Sul e regiões vizinhas. Com a inauguração da Unidade do Trauma na Santa Casa, o Pronto Socorro da instituição deverá ter uma diminuição no tempo de espera de leitos na especialidade de referência ao trauma, uma vez que os usuários que tiverem este diagnóstico serão encaminhados para esta nova unidade. Isso implicará melhoria no atendimento das

outras especialidades na porta de entrada do hospital, e com isso, os profissionais deverão realizar o atendimento assistencial com melhorias focadas ao tratamento humanizado, estabelecendo-se dessas diretrizes para fomentar a excelência no cuidado ao paciente na organização de saúde pública aos diversos ambientes do complexo hospitalar.

O objetivo geral da pesquisa aqui relatada é o de analisar os impactos gerados com a implantação da Unidade do Trauma da Santa Casa de Campo Grande para Desenvolvimento Local, tanto pela necessidade de atender às demandas da rede de saúde pública municipal, quanto aos serviços demandados pelas demais regiões no estado de Mato Grosso do Sul.

O Desenvolvimento Local da região pode estar relacionado com a produção assistencial especializado em saúde, atraindo usuários de outras regiões para esta localidade, além de ser foco de atenção para fornecedores e indústrias da linha hospitalar para apresentarem seus equipamentos e demais serviços para a linha de cuidado em trauma ortopédico nesta região, propiciando novas oportunidades para o desenvolvimento local, a exemplo do aumento da área de construções civil e mercado imobiliário para a acomodação de um público alvo eminente por conta de uma necessidade altamente relevante.

Em termos de objetivos específicos a pesquisa pretendeu a) Identificar as demandas assistenciais da Santa Casa, conforme os atendimentos que a instituição presta a sociedade; b) Identificar os serviços realizados pela Santa Casa, no intuito de analisar quais são os serviços que tem maiores demandas e c) Identificar as demandas necessárias para implantação do Hospital do Trauma, para que verifique se há necessidade da implantação desta Unidade.

Os demais informes metodológicos da pesquisa da pesquisa se encontram em tópico específico no corpo da dissertação.

A pesquisa teórica, apoiada, sobretudo nas análises exploratórias e caráter ilustrativo da história da Santa Casa de Campo Grande, oriundo de uma pesquisa de campo autorizada pela Diretoria do Hospital, considerou o período de 1917 a 2015.

No segundo momento foram levantados elementos extraídos de análises quantitativas geradas pela equipe de estatística e projetos da Santa Casa referente ao ano de 2014, compreendendo uma avaliação das atividades desenvolvidas internamente no Hospital Santa Casa, bem como uma projeção para o funcionamento da Unidade do Trauma.

A partir desses dados foram gerados indicadores que permitiram descrever os padrões e / ou ramo de atividade produtiva, além de demonstrar as necessidades na dinâmica de sustentabilidade, como geradora do Desenvolvimento Local. A fim de suprimir as demandas levantadas (geração de empregos, aquisição de insumos e materiais, expansão da produtividade quanto aos atendimentos de traumas ortopédicos) o estudo tem relevância para

todo o Estado de Mato Grosso do Sul dadas as transferências de pacientes para a Santa Casa de Campo Grande, a partir de outros municípios.

No que concerne a um possível enquadramento epistemológico da pesquisa pode-se dizer que a mesma se aproxima da tendência empírico-analítica, no que se refere à análise dos dados (primários) coletados a campo. Quanto à abordagem o estudo pode ser dito diagnóstico, por ter pretendido explicar como se encontra a Santa Casa de Campo Grande com a sua Unidade de Traumatologia, valendo-se de alguns dados quantitativos, obtidos via análise documental e revisão bibliográfica e fundamentação legal.

2 HOSPITAL

2.1 Origem

Segundo Cherubin e Santos (2002) a literatura hospitalar mostra que há divergência entre os especialistas sobre a origem da palavra hospital. Para alguns, deriva da palavra latina *hospedes* que significa hóspede. Neste caso, o hospital seria uma instituição que acolhe alguém.

A segunda definição refere-se ao termo *hospitium*, que significa o local onde se mantém alguém hospedado. Hospitais é um adjetivo qualificador de *hospitium* e significa hospitaleiro (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

No dicionário Aurélio está escrito que hospital vem de *hospitale* que, em latim, significa hospedaria.

Atualmente a palavra hospital decorre da própria definição de saúde que tem por finalidade “perfeito bem estar físico, social e mental, e não a simples ausência de doenças”, tendo como função atender a população em seus domínios (CHERUBIN ; SANTOS, 2002).

O atendimento da população é um dos fatores relevante para a humanização hospitalar, todas as instituições de saúde estão modificando suas metodologias, objetivando a melhoria no atendimento ao paciente, evitando reingresso ao hospital.

2.2 Breve história sobre os hospitais

Em sua grande maioria as pessoas se comportam como se fossem moléculas ou gotas da água de um rio e assim descem, ao sabor da correnteza, com seus trechos acidentados e outros de calmaria, até desaguar num grande oceano da eternidade onde todos se encontram (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Entenderemos melhor se resvalarmos cinco séculos abaixo e constatarmos que na metade do segundo milênio não haviam no mundo hospitais nem maternidades (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Pasteur não havia surgido com a descoberta pelo microscópio dos germes e bactérias que dizimavam tanto. O médico, fruto de uma experiência leiga, eis que não existiam escolas de medicina, fazia à domicílio cesariana ou amputação de membros após tirar e simplesmente lavar o instrumental que trazia em uma maleta (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Cirurgias feitas a frio, com o paciente amarrando e ainda contido por auxiliares musculosos, por que o dentista americano Horace Wells, só em 1845, descobria e anestesia pelo peróxido de azoto, com qual, ainda hoje se opera, aliado a outros gases, coração, cérebro, coluna, enxertos, transplantes e tudo mais. Passou-se a operar sem dor, mas o paciente, na maioria dos casos, falência de infecção pela falta de esterilização do material cirúrgico ou porque o ato se fazia para remover órgão já infectado, havendo contra esse arrasador apenas o uso, hoje desprezível e ridículo, das vacinas anti-piogenicas (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Só em 1935 surge o benfeitor alemão Gerhard J. P. Domack, que anuncia e comprova o benefício da sulfa. Melhorou então, expressivamente, o alto índice de óbitos por infecções (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Dez anos após em 1945, outro benfeitor, o inglês Alexander Fleming, surpreende o mundo com a descoberta de penicilina, criada a partir da ação do bacilo “penicillium notatus”, encontrado no mofo. Fantásticos os Benefícios da penicilina, à qual logo se desdobrou com o advento da terramicina, tetracilina etc. Comentamos atrás que até a metade do milênio passado não havia no mundo casa para tratamento clínico ou cirúrgico, época em que como já se disse, nascia-se tratava-se e morria em casa (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Seria injusto não constatar a existência dos desabrigados, míseros, que dormiam sob as pontes ou nas escadarias de igrejas (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Nessa época a rainha de Portugal D. Leonor, desolada com o falecimento de seu filho, príncipe herdeiro, num de seus exercícios de cavalaria, foi induzida por seu professor, frei Miguel Contreras, a se dedicar à criação de Casas de Misericórdia para recolher e tratar esses desabrigados quando doentes (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Surgiram assim as santas casas de misericórdias como fruto do espírito de fraternidade do povo lusitano, que se espalharam rapidamente pelo país e saltaram o oceano rumo à nova colônia: o Brasil (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Consideramos espantoso o fato de em 1546, portanto somente 46 anos após ter aqui aportado Pedro Álvares Cabral, onde encontrou só Índios, florestas e animais selvagens, tivesse surgido à primeira Santa Casa em Santos, seguida da de Vitória e Olinda, a de Ilhéus em 1564, depois a do Recife e a do Rio de Janeiro em 1572, esta encabeçada por José de Anchieta (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Os hospitais brasileiros surgiram logo após a descoberta no Brasil pelos portugueses e seguiram a filosofia de assistência médica típica das Santas Casas de Misericórdia de Portugal. A Santa Casa de Misericórdia do país foi criada em Santos, no estado de São Paulo,

em 1543 pelo Colonizador português, Brás Cubas integrante da expedição de Martin Afonso de Souza de quem recebeu a capitania de São Vicente e fundador da cidade santista. A Santa Casa de Santos foi também o segundo hospital das Américas. Construída antes da formação da Vila do Porto de Santos, foi chamada pelos historiadores de Casa de Deus para os Homens e de porta aberta ao mar (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Instalada hoje nos campos de Jabaquara, a primeira Santa Casa funcionou no início no Outeiro de Sant Catarina, em frente ao atual prédio da alfândega e mais tarde na Praça Mauá, ao lado do Monte Serrat.

A segunda irmandade da Santa Casa de Misericórdia brasileira é a da Bahia, fundada em 1549 por Tomé de Souza. Outra Santa Casa Bahiana, a de Salvador surgiu anos depois com o nome de Hospital Santa Izabel. A terceira Santa Casa criada no Brasil foi a de Pernambuco, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e Olinda, fundada em 1560. Na invasão holandesa, foi saqueada e incendiada, assim como outros estabelecimentos da cidade. Sua reconstrução começou no início do governo do príncipe João Mauricio de Nassau e foi concluída em 1654. Funcionou como hospital geral até 1831, quando foi extinta e seu patrimônio doado à Santa Casa de Recife (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O Rio de Janeiro ganhou sua irmandade da Santa Casa de Misericórdia em 1567, dois anos após a fundação da cidade em 1º de março de 1565. A construção realizada por Estácio de Sá foi uma determinação do rei de Portugal. A primeira sede funcionava na Arca e entendia aos doentes nas cabanas em que moravam (CHERUBIN; SANTOS, 2002)

Quinze anos depois, foi iniciada a construção do hospital da Confraria das Misericórdias pelo Padre José de Anchieta, providencial dos padres Jesuítas do Brasil. As obras foram concluídas em 24 de março de 1582, com a chegada no Rio de Janeiro da Armada Castelhana de Diogo Flores Baldes com centenas de homens doentes. Funcionava em um tosco galpão, junto da praia, construído de pau a pique (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

A construção do novo hospital da Misericórdia no Morro do Castelo foi iniciada em 1838 e inaugurada em 1852. A Santa Casa de Misericórdia coordenou a construção de uma série de hospitais cariocas, como os de Santa Luzia, no Botafogo, Caju e Gamboa, além de um sanatório de tuberculose com 200 leitos em Cascadura e outro para crianças, também com 200 leitos, no Morro do Castelo. A instituição chegou a contar com 1.600 leitos (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O Espírito Santo também ganhou um Hospital da Misericórdia na então Vila de Vitória, hoje Vitória, Capital do Estado, em 1606. Embora com data não bem definida, nesse mesmo período foi fundada a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, por iniciativa dos

vereadores da recém-criada comarca de São Paulo de Piratininga. Em 1630 surgiu a Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, uma iniciativa de Duarte Gomes da Silveira. O hospital funcionou até 1914, quando foi substituído pelo hospital Santa Isabel, construído em Tambiá pelo engenheiro Francisco Dias Cardoso (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O Hospital da Caridade do Largo da Sé, em Belém do Pará, começou a ser construído em 1785, uma obra da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do Pará. Demolido mais tarde por não comportar mais a demanda, deu local a outro hospital com o mesmo nome inaugurado em 15 de agosto de 1900. Em 1853 foi erigido o Hospital de Caridade de Manaus, por iniciativa da Irmandade da Santa Casa daquela cidade (CHERUBIN; SANTOS, 2002)

A segunda Santa Casa de Misericórdia em Pernambuco foi construída em 1858, com a constituição da Misericórdia do Recife e a construção do atual Hospital Pedro II. Foi a partir do século XVIII que começaram a surgir, no Brasil, as Reais e Beneméritas Sociedades Portuguesas de Beneficência, por iniciativa da colônia portuguesa. Elas se espalharam por todo o país como entidades filantrópicas. O objetivo era dar assistência aos integrantes da colônia adeptos do movimento. Hoje atendem toda a comunidade (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Missionários religiosos, católicos e protestantes, construíram centenas de hospitais no Brasil. Poucos missionários religiosos permaneceram confessionais. A maioria passou a integrar o grupo de hospitais filantrópicos e atende sem distinção. Os hospitais com fins lucrativos pertencentes a médicos começaram a surgir no início do século XX. Ao longo dos anos, a maioria dos hospitais do país ganhou esta característica, poucos hospitais foram construídos pelo governo federal, estadual e municipal. A participação do setor público no sistema hospitalar é muito pequena (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Os hospitais da medicina de grupo apareceram por volta de 1960 e envolviam grupos e cooperativas médicas, hoje somam mais de cem. A expansão, manutenção e desempenho dos hospitais brasileiros foram sempre muito influenciados pela assistência hospitalar. Essa influência foi determinada por três períodos. O primeiro vai até 1930, quando a assistência hospitalar era prestada a pessoas em geral, sem que pudessem exigir como direito, a não ser mediante pagamento (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

A partir da década de 30, com o adjetivo dos institutos de previdência, parcela muito expressiva da população passou a gozar do direito à assistência gratuita. Os benefícios eram os previdenciários urbanos. Com a unificação dos institutos de previdência em 1966, o atendimento chegou a beneficiar metade da população. O Funrural, criado em 1984, dava a cobertura a cerca de 30% da população brasileira estabelecida nas zonas rurais. Os indigentes

atendidos apenas pelas santas casas e por hospitais filantrópicos estavam excluídos do sistema (CHERUBIN; SANTOS, 2002)

A reforma da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde estenderam a toda a população brasileira o direito à assistência hospitalar sem nenhum tipo de diferença. Essas novidades mudaram de forma significativa o perfil do sistema (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

De acordo com os tópicos acima, pode-se observar que ao longo dos anos houve uma grande evolução em relação aos hospitais brasileiros e consequentemente uma melhora gradativa dos serviços prestados observando sempre o envolvimento político e econômico nas tomadas de decisões.

2.3 Classificação hospitalar no Brasil

A origem da classificação hospitalar no Brasil tem muito a ver com o modelo norte americano. Limitou-se, porém, a estudos isolados e ensaios pessoais, sem nenhum resultado prático.

Os antigos Institutos de Previdência Social lavraram um primeiro roteiro, muito reduzido, para ser aplicado nos hospitais conveniados, faltando-lhes, porém, o respaldo técnico e legal, reduzindo-se a uma simples declaração de intenções.

Em 1966, ao ser feita a fusão dos Institutos Nacionais de Previdência Social (INPS), surgiu a primeira Classificação Hospitalar, por meio da Resolução nº 726/66, do Conselho Diretor do Departamento Nacional de Previdência Social, do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Aplicada experimentalmente em São Paulo, constatou-se que os hospitais não estavam preparados para qualquer tipo de avaliação. Como foram utilizados pontos para a configuração de categorias e estas eram remuneradas com valores diferenciados, o que se constatou foi que os preços pagos aos hospitais foram enormemente reduzidos piorando ainda mais sua situação (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Em 25 de julho de 1968, o Conselho Diretor do Departamento Nacional de Previdência Social, por meio da Resolução nº 300/68, elaborou e implantou novo estudo classificatório. Baseada predominantemente em padrões físicos e não levando quase em consideração os componentes administrativos dos hospitais, a Classificação 300/98 colheu como resultado, nos cinco anos que vigorou, um empobrecimento gradativo e inexorável dos hospitais. Em vez de aperfeiçoamento, chegou-se a um estado de total insegurança para os pacientes (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Em 1973 a Secretaria de Assistência Médica e Social do Ministério do Trabalho, divulgou novo estudo classificatório que denominou de Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR) e que ostentou ainda com maior evidência as inadequações das classificações anteriores. Enquanto o RECLAR era testado e preparado para sua implantação, o Ministério da Saúde, por ação da Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar (CAMH) preparou novo estudo que denominou de Classificação Hospitalar Brasileira. Para Cherubin e Santos (2002) essa classificação tinha os seguintes objetivos:

- 1º) Defesa do paciente: O paciente é a razão do ser do hospital. A recuperação do paciente é obra humanitária e deve constituir meta obrigatória de toda a comunidade;
- 2º) Melhoria do Hospital: O hospital deve sofrer constantes revisões para melhorar permanentemente a assistência, a preparação do quadro funcional, seus equipamentos e instalações;
- 3º) Adequação com as necessidades: a inexistência de legislação específica que tolera o surgimento indiscriminado de instituições, as vezes sem nenhuma adequação social, econômica, técnica e administrativa, seria atenuada pela aplicação desta classificação;
- 4º) Compatibilização entre investimento, recursos humanos e materiais e a remuneração pelo serviço prestado: esse era um dos pontos altos da Classificação Hospitalar Brasileira. Determinava inclusive, que essa classificação fosse administrada por um Conselho representado pelos órgãos que fixavam o tipo de serviço e valor a ser pago e os prestadores dos serviços.

Segundo o Ministério da Saúde, a Classificação Hospitalar Brasileira seria aplicada em todos os hospitais do país e não só nos que mantivessem convênio com órgãos oficiais, pois deveria ser o instrumento zelador de todas as pessoas atendidas (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

A classificação Hospitalar Brasileira foi elaborada por um grupo de técnicos e representantes de entidades de classe hospitalares e órgãos oficiais. Foi publicada no livro Avaliação do Hospital, publicado e distribuído a todos os hospitais do Brasil, pelo Ministério da Saúde. O grande mérito da Classificação Hospitalar Brasileira foi o de estabelecer condições mínimas para que um hospital pudesse ser autorizado a funcionar. Além das condições básicas que poderiam oscilar, acrescentava uma relação de requisitos suplementares (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Os hospitais seriam classificados em quatro categorias: A, B, C e D. A fixação de um hospital numa categoria dependeria do número de pontos que variava de 100% até 60%.

Abaixo desse último percentual o hospital receberia valor mínimo e só seria classificado se não houvesse outro melhor no local (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

A Classificação Hospitalar Brasileira nunca chegou a ser aplicada, mesmo após a assunção, pelo Ministério da Saúde, de todas as atividades de saúde do país. No entanto, este modelo ainda é levado em consideração. No dia 28 de janeiro de 1974 a Secretaria de Assistência Social baixou a portaria SAMES nº.8, aprovando os modelos do Formulário de Classificação Hospitalar, do Relatório de Classificação Hospitalar e o Comprovante de Classificação Hospitalar (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O Relatório de Classificação Hospitalar foi dividido em três grupos de itens, aplicáveis em cada uma das Unidades Administrativas do Hospital: Planta Física – Equipamentos, utensílios e instalações – Organização. Para cada um dos quatro itens acrescidos também uma tabela suplementar. Os hospitais eram classificados em quatro categorias. De 0,51 a 100% dos pontos, e os valores das diárias e taxas também obedeciam a esse critério. Em 1989, com a criação do Sistema Único de Saúde para o Ministério da Saúde, o RECLAR não foi mais aplicado. (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O próprio Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde elaboraram e estão aplicando dispositivos que servem só para a acreditação dos hospitais e serviços. Os valores pagos aos hospitais são absolutamente iguais em todo o território nacional. Em que pese ser uma forma de remuneração injusta, pois não em consideração o padrão de atendimento de cada hospital, tem sua justificativa. Os valores pagos são tão reduzidos que podem ser comparados a um simples subsídio (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Os hospitais-escola têm pagamento diferenciado que varia de mais 25 e mais 75% do total pago aos demais hospitais. Com a inexistência de um instrumento classificatório oficial, apareceram, no início de 1990, algumas iniciativas de cunho particular, com vistas à introdução de dispositivos que conseguissem aquilatar o padrão de assistência dos hospitais e sua possível melhoria. Entre outras, está tomando expressão, já com aplicação prática em algumas regiões do país, o Manual de Acreditação da Organização Panamericana de Saúde, elaborado pelos doutores Humberto Novais e José Paganini (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

2.4 Funções do hospital

Segundo Cherubin e Santos (2002) a comissão de especialistas elaborou as funções para o hospital, no sentido de:

1. Prevenir a doença – pode ser realizada durante o pré-natal e vigilância no parto; vigilância no crescimento das crianças e dos adolescentes; luta contra as doenças transmissíveis; educação sanitária e saúde do trabalhador;
2. Restaurar a saúde – diagnóstico, tratamento, readaptação e assistência à saúde;
3. Exercer as funções educativas – refere-se atuação no centro de estudos; as pesquisas devem abranger aspectos físicos, psicológicos, sociais, enfermidades, nutricionais, métodos técnicos e administração hospitalar.

Segundo Cherubin e Santos (2002) em administração hospitalar, alguns estudos são relevantes, tais como:

1. Métodos administrativos;
2. Avaliação de novas técnicas;
3. Elaboração de estatísticas adequadas;
4. Processamento de dados;
5. Adequação de métodos e resultados;
6. Análise e desenvolvimento de sistemas organizacionais mais eficientes;
7. Revisão e análise do funcionamento operacional para a adoção de métodos administrativos mais eficientes;
8. Avaliação das entidades mantenedoras;
9. Organização do corpo clínico;
10. Liberação de alvarás de funcionamento;
11. Atendimento ao paciente;
12. Estudo de normas e rotinas de cada serviço;
13. Controles econômicos e financeiros.

Os estudos acima indicam que vários hospitais já estão conseguindo realizar o atendimento ao paciente com mais eficiência e eficácia, com isso iniciam um processo contínuo para que possam ser estabelecidas rotinas nos processos internos e inserir os dados coletados no planejamento estratégico, visando a mensuração quantitativa e qualitativa de todo o processo.

2.5 Hospitais filantrópicos – uma empresa sem fins lucrativos

Entidades sem fins lucrativos são instituições organizadas para fornecer bens filantrópicos ou serviços comunitários e que obtêm suas receitas, em grande parte, por doações. Embora muitas se enquadrem nesta categoria, tal definição não é conceitualmente adequada nem faz uma distinção econômica importante (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

O setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País, constituindo-se em importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da saúde suplementar (PORTELA *et al.*, 2004).

Os hospitais filantrópicos obtêm a maior parte de suas receitas da venda de bens e serviços a preços similares aos de suas concorrentes que têm fins lucrativos. Estas por sua vez obtêm mais de 90% de sua receita com “vendas e recebimentos” (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

É objeto de programas especiais do Ministério da Saúde, das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica, tais como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) (PORTELA *et al.*, 2004).

Nesse sentido, esse setor requer ser mais bem conhecido para formulação de políticas governamentais visando ao seu desenvolvimento e maior integração ao sistema de saúde brasileiro, nas esferas pública e privada. Pela regulamentação vigente são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (PORTELA *et al.*, 2004).

Várias condições são exigidas para a obtenção desse Certificado. Para os hospitais, destacam-se duas alternativas previstas pelo Decreto nº 4.327/2002:3 a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações são SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS (PORTELA *et al.*, 2004).

O referido decreto prevê uma terceira alternativa para a obtenção do Certificado, a classificação do hospital como estratégico para o SUS. Entretanto, a definição de critérios

para tal classificação e de uma lista de hospitais neles enquadrados, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2002, foi revogada no início de 2003 (PORTELA *et al.*, 2004).

Hospital filantrópico algumas condições necessárias:

- a) Assistência integral à saúde sem qualquer tipo de discriminação;
- b) Ter um quadro limitado de sócios;
- c) Possuir assembleia geral como órgão soberano;
- d) Cumprir com as finalidades estatutárias;
- e) O eventual superávit deve ser aplicado em atividades sociais;

Nenhum membro da diretoria pode receber de bonificações ou vantagens financeiras. (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

3 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

3.1 Conceituações de administração hospitalar

São três os conceitos mais usados para a definição do que seja uma classificação hospitalar. Os três são utilizados como sinônimos, embora tenham uma abrangência específica inconfundível, segundo o que defende Cherubin e Santos, (2002), nos seguintes termos:

1. Acreditamento é um roteiro de padrões, envolvendo a entidade mantenedora do hospital, a administração, a planta física, os equipamentos e os recursos humanos do mesmo. Aplicados a um determinado hospital, o credenciam ou não a funcionar.
2. Classificação é uma relação de requisitos pré-estabelecidos, envolvendo tanto a administração, quanto os elementos físicos, o contingente de recursos humanos e o desempenho do hospital e que, aplicados, fixam a aproximação do mesmo ao número total de pontos atribuídos aos padrões, configurando uma escala de valores. Pode ser utilizada tanto para credenciar hospitais a funcionarem, quanto para aquilar o padrão do seu desempenho. É chamado também de Padrão Hospitalar.
3. Avaliação é a aferição do desempenho do hospital e ou de cada um de seus serviços para averiguar a adequação do que está sendo conseguido e o que preconizam suas finalidades.

Essa classificação dá-se em função da organização, para que sejam realizados todos os procedimentos, desde a entrada do paciente até a alta do mesmo, visando a plena qualidade do atendimento.

3.2 Gestão hospitalar

Para que se consiga realizar um atendimento com excelência é preciso entender que os pacientes não finalizam o atendimento após obter alta hospitalar, e sim, com o tratamento pós-hospitalar, no que se refere aos serviços externos da instituição, para verificar se após a alta o paciente obteve alguns outros sintomas (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Segundo a OMS o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é atender a comunidade, disponibilizar a assistência à saúde tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos (assistência à família a domicílio) e ainda um campo de formação e pesquisa para os profissionais da área da saúde (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

3.3 Organização

No âmbito das organizações, elas devem estar alinhadas com as regras básicas que as instituições seguem para que se realize um atendimento satisfatório aos clientes, e para tanto devem focar na visão, missão e seus valores (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Segundo Cherubin e Santos (2002) em todas as situações do dia a dia as organizações estão presentes, ou seja, as normas que regem o comportamento das pessoas, no entanto cada situação está vinculada a uma determinada ideologia ou regimento.

Seguem algumas bases da autoridade organizacional, quais sejam: carisma; tradição; formalidade; impessoalidade; profissionalismo; particularismo; interesses pessoais; excesso de regras; hierarquia e individualismo; mecanicismo; resistência a mudanças; despersonalização das relações; dificuldade no atendimento ao cliente (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

Essas disfunções acima interferem no âmbito organizacional. A organização formal é o padrão de divisão de tarefas e poder entre as demais posições em um hospital e as regras devem orientar o comportamento dos colaboradores, o que mais uma vez reforça a necessidade da atuação do administrador (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O administrador hospitalar deve estar alinhado com os gestores de cada serviço para que essas disfunções não ocorram e realizar acompanhamento em campo para verificar se o regimento da instituição está sendo cumprido com êxito (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

3.4 Qualidade

Os hospitais buscam cada dia mais a qualidade nos serviços prestados, no entanto, os mesmos necessitam de estudos prévios para a viabilidade destes serviços, que vezes não são

realizados e acabam tendo dificuldades financeiras para se manterem (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O aumento na qualidade dos tratamentos contribui para o aumento nos gastos. Normalmente, o foco consiste em assegurar a qualidade por meio de licenciamento e certificação profissional e, especialmente no caso de hospitais, pelos programas de garantia da qualidade (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Ao mesmo tempo, surgem preocupações sobre o acesso a tratamentos de alta qualidade por pessoas não seguradas ou com seguro mínimo. Algumas pessoas também se preocupam com o excesso de qualidade de tratamento, como nos Estados Unidos, especialmente no que diz respeito a tratamentos de “alta tecnologia”. Nesses casos, o custo dos recursos pode exercer os benefícios para os pacientes. A inter-relação entre seguro, tecnologia e consumo é de grande interesse para os economistas (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Nos hospitais esta relação entre os tratamentos de alta qualidade e o acesso para obtê-las está sendo de forma regulada, que os pacientes sejam atendidos igualmente em sequência e de forma sistêmica (CHERUBIN; SANTOS, 2002)..

3.5 Planejamento e análise de custos

O estudo organizacional é muito importante para a realização da atividade fim do hospital, então, deste modo, o planejamento é um dos aspectos mais importantes para a abertura de um serviço (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

O planejamento hospitalar é a fixação dos objetivos e dos fatores de ordem dinâmica (organização) e estática (planta física) necessárias para evolução do hospital economistas (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Para se realizar um bom planejamento faz-se necessário conhecer o número de leitos disponíveis para a internação dos pacientes principalmente em casos emergenciais em que a eficiência do serviço não deve sofrer nenhum prejuízo (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

A administração do hospital em estudo realiza periodicamente análise das estatísticas para mensurar o andamento dos serviços realizados, e por isso cada dia mais consegue com maior eficiência checar suas decisões, antes de iniciar um novo serviço economistas (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

A relação entre planejamento hospitalar e gerenciamento de custos representa um dilema relacionado à falta de recursos e o excesso de demanda. Desta forma, o administrador deve atuar a partir de uma visão sistêmica gerenciando planos de ação que contemple os projetos e atividades a serem desenvolvidos (TASCA, 1999 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os projetos não correspondem às ações rotineiras e sim na criação de critérios de avaliação: de orçamento, de responsabilidade e tempo na execução de cada atividade (TASCA, 1999 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Nesse mesmo sentido Tasca (1999) indica as finalidades do sistema de custos, como seguem:

1. Construção de indicadores;
2. Mensuração de ociosidade e ineficiência;
3. Custos unitários por cada serviço;
4. Levantamento da remuneração dos serviços;
5. Avaliação da relação custo e receita.

3.6 O lado econômico de outras questões de saúde

Segundo Folland, Goodman e Stano (2008) o estudo da economia da saúde é importante e interessante por três razões:

- 1^a) Pelas dimensões da contribuição do setor de saúde para o total da economia;
- 2^a) Pelas preocupações com as políticas nacionais, em função da importância que tantas pessoas atribuem aos problemas econômicos que enfrentam ao procurar obter e manter a sua própria saúde;
- 3^a) Pelo número de problemas de saúde dotados de um elemento econômico substancial.

Por conta dessas três razões a economia chega a um equilíbrio diante do mercado de instituições de saúde, onde os órgãos devem estar caminhando alinhados com o andamento das situações, observando as desestabilizações da economia (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Produção, custos e seguro são naturalmente questões que envolvem a economia, porém, muitas outras questões têm componentes econômicos, ainda que possam parecer preocupações puramente médicas (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

A escolha de um tratamento parece uma questão puramente médica para algumas pessoas, mas médicos e outros prestadores estão cada vez mais cientes de que

tratamentos alternativos podem ser avaliados e comparados numa base econômica (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

É necessário examinar os custos de técnicas alternativas. Os médicos também estão cada vez mais sensíveis ao lado econômico do relacionamento médico-paciente. As preferências dos pacientes são consideradas válidas ao se determinar a adequação de um dado tratamento (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

As pessoas cuidam-se bem, algumas vezes, e mal. O estado de saúde desejado por alguém pode ser compreendido como uma escolha com significado econômico. Até mesmo o vício numa substância nociva pode ser mais bem compreendido quando analisado como uma escolha econômica racional (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Outras questões de saúde têm claramente um aspecto econômico, como o papel que o governo deveria desempenhar, através de investimentos em saúde um país em desenvolvimento deveria fazer, a proibição da propaganda de cigarros e outras mais, que como estas que não sendo apenas econômicas, implicam fatores econômicos (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Esse tema é um dos mais abordados na área da saúde, as instituições cada vez mais se profissionalizam para obter êxito em suas atividades tornando-se altamente competitivas (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

A economia da saúde merece atenção pelas suas dimensões, constituindo uma grande parcela do produto interno bruto (PIB) na maioria dos países. Ela também representa um substancial investimento de capital e uma grande e crescente parcela da força de trabalho (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Concomitante a isso, é preciso que as instituições hospitalares ao se profissionalizarem devem realizar altos investimentos em aparelhagem e tecnologia, bem como na capacitação e atualização de seus profissionais (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Este capital deve ser interligado com as necessidades da instituição de saúde, tendo em vista que tudo que será investido terá o retorno para o custeio deste investimento, que em muitas das vezes o retorno não supre o valor investido (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Como a economia da saúde responde por uma grande parcela do produto interno, além dos gastos com aparelhos tem-se ainda outros indicadores importantes: (1) parcela da renda gasta em tratamentos médicos e (2) número de empregos na economia da saúde (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

3.7 Recurso utilizado para a produção de saúde

Muitos recursos utilizados nas instituições filantrópicas são importantes para a produção de saúde. Via de regra são as contribuições voluntárias vindas de pessoas e/ou empresas que auxiliam no atendimento dos serviços da saúde (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Dados sobre despesas, mão de obra e capital em assistência à saúde refletem apenas alguns dos itens usados pelas pessoas para produzir saúde. Outros insumos, que não são comprados nem vendidos no mercado, também são importantes. Dentre esses estão às contribuições das pessoas em termos de tempo e esforço para produzir assistência à saúde, e estas acarretam custos reais para a sociedade (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

Enfatizam-se os insumos, mas a contribuição dos recursos de saúde para a economia é em última análise, uma medida do valor do produto – a própria saúde. O valor das melhorias à saúde é medido tanto no consumo quanto na produção. Atribui-se valor à saúde tanto por si mesma quanto pela sua contribuição à produção de outros bens. O valor intrínseco de se estar saudável é, em última análise, o valor que se atribui a vida, aos braços e pernas, que as pessoas normalmente descrevem como infinito, em certas circunstâncias, e pelo menos como substancial, em outras (FOLLAND, GOODMAN e STANO 2008).

3.8 Processos e produtos

Para um melhor aproveitamento, os profissionais em saúde elaboram processos cada vez mais simples e com eficiência nos seus serviços e métodos que possibilitam a praticidade do profissional no momento do atendimento aos seus pacientes (FOLLAND; GOODMAN; STANO 2008).

A relação entre produtos e resultados do processo é melhor compreendida quando são realizados fluxogramas detalhados dos processos referente a atividades hospitalares e estes possibilitam a normatização de cada passo, que funciona como uma rotina detalhada a ser seguida minimizando as dificuldades tendo em vista que é determinado quem faz e porque fazer cada atividade (BASSANI, 1999 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

3.9 Indicadores

Para a realização de estudos dos serviços hospitalares, as instituições em saúde utilizam os indicadores para posicionar quais são os serviços que necessitam de maiores trabalhos no intuito de realizarem o serviço com excelência (MALIK, 2000 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os indicadores referem-se a um dos métodos disponíveis para o administrador hospitalar, que pode ser utilizado para representar quantitativamente a caracterização dos processos e produtos. Este método não precisa ser necessariamente cartesiano, também pode ser um indicador qualitativo. Os indicadores podem ser classificados em diferentes categorias, como: atividade hospitalar, produtividade, qualidade e satisfação dos clientes (MALIK, 2000 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A atividade hospitalar expressa uma serie de atividades que ocorre no hospital, que consomem tempo, trabalho e recursos, mas que não interferem de forma direta na produtividade ou na qualidade de trabalho (MALIK, 2000 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Já a produtividade refere-se ao número de roupas disponibilizadas e utilizadas em um dado período. Mesmo contendo um aumento da produtividade pode não ter uma relação com a qualidade da assistência. O indicador qualidade relaciona-se com a taxa de infecção hospitalar que pode ser ocasionada pela má higienização das roupas ou ainda a demora na disponibilização da mesma para a enfermaria ou centro cirúrgico (MALIK, 2000 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Assim, a gerência hospitalar deve atuar em diversas dimensões em todas as suas áreas facilitando a tomada de decisão, levando em consideração a demanda (necessidade de roupas higienizadas de acordo com o número de pacientes), desempenho dos processos (refere-se a produtividade e qualidade dos serviços oferecidos) e a qualidade da assistência (infecção hospitalar, aumento do número de cirurgias, aumento da mortalidade) (MALIK, 2000 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

3.10 O administrador hospitalar reestruturando

Para que ocorra uma organização nos procedimentos que serão desenvolvidos na nova unidade, a administração do hospital estará se reestruturando organizacionalmente para que não ocorra prejuízo no atendimento dos pacientes do SUS. A reestruturação do hospital ou de

um setor hospitalar requer um desempenho que se fundamenta em três razões: as fases econômicas das empresas; estratégia de capacitação e remuneração disponibilizando incentivos financeiros; a influencia de fatores políticos (CAMARGO, 2000, *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No primeiro momento deve-se atuar em três elementos: a construção de uma visão estratégica; definição de metas qualitativas; identificação dos instrumentos gerais que servem como orientadores do trabalho.

Segundo Camargo (2000) esses três elementos podem ser discriminados da seguinte forma:

1. Visão estratégica:

- a) Orientação global da oferta, para maior alcançar maior eficiência na alocação de recursos;
- b) Modernização gerencial, para alcançar eficiência técnica na utilização de recursos;
- c) Enfoque em resultados, com ênfase na definição de objetivos e avaliação de resultados.

2. Metas

- a) Qualidade do produto final;
- b) Cumprimento de Orçamentos;
- c) Redução de custos;
- d) Produtividade;
- e) Motivação;
- f) Investigação e desenvolvimento.

3. Instrumentos gerais

- a) Planejamento Estratégico;
- b) Delegação de Autoridades;
- c) Definição de Responsabilidade

Todas essas etapas já estão sendo trabalhadas e inseridas no planejamento estratégico da instituição, de modo que, todas elas estejam alinhadas para um bom desempenho da unidade.

4 A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO LOCAL

4.1 Produção de saúde

A produção de saúde é uma preocupação central para os economistas da saúde e para as políticas públicas. Uma vez que o papel da assistência à saúde na sociedade, incluem o atendimento prestado pelos médicos, é em última análise, uma questão de produção (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

Na produção de saúde, os hospitais estão realizando estudos que identificam onde estão sendo os gargalos nesta produção, tanto no âmbito à assistência a saúde quanto na saúde em si, pois os estudos comprovam que após a alta hospitalar os pacientes devem ser revistos para que os médicos verifiquem o estado de saúde dos mesmos e orientem para que não ocorram novamente os mesmos problemas de saúde. Os hospitais estão trabalhando de forma que os atendimentos destes pacientes sejam feitos na residência do paciente (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

4.2 A Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 1990).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90. A partir daí, vem sendo, socialmente, construído especialmente por meio de Normas Operacionais feitas em consenso pelas três esferas de governo e materializadas em Portarias Ministeriais (BRASIL, 1990).

Os princípios do SUS, fixados na Constituição federal em 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90 e n. 8.142/90), foram o resultado de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à

população brasileira (BRASIL, 1990).

4.3 Os gestores do SUS em cada esfera de Governo

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, principalmente em razão do processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo – nacional, estadual e municipal –, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde há os seguintes conceitos:

- 1) Gerência: como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços do SUS.
- 2) Gestão: como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (SCOTI; OLIVEIRA, 1995).

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante definir quem são os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o que são as funções gestoras no SUS (SOUZA, 2002).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (SOUZA, 2002).

A atuação do gestor do SUS se efetiva por meio do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e

práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde. Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções (macrofunções) gestoras na saúde (SOUZA, 2002). Cada uma dessas compreende uma série de subfunções e de atribuições dos gestores:

- a) formulação de políticas/planejamento;
- b) financiamento;
- c) coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados);
- d) prestação direta de serviços de saúde.

Na macrofunção de formulação de políticas/planejamento, estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, a identificação das prioridades e a programação de ações (SOUZA, 2002).

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nas três esferas de governo significa identificar as especificidades da atuação no que diz respeito a cada uma dessas macrofunções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Com os princípios e os objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da Atenção na Saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros) (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Este processo tem sido orientado pela Legislação do SUS e pelas Normas Operacionais que definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir suas funções no processo de implantação do SUS (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

4.4 Antecedentes e contexto da saúde no Brasil

No Brasil o processo de alteração demográfica é dinâmico uma vez que este está relacionado à queda das taxas de mortalidade e de fecundidade tem ocasionado rápida variação na estrutura etária brasileira, com diminuição da proporção de crianças e jovens, aumento da população adulta e considerável tendência na elevação de idosos (IBGE, 2010).

As Diretrizes do Pacto pela Saúde as prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

O *Pacto pela vida* é um compromisso nacional de intervenção nas principais causas de adoecimento e morte dos brasileiros, partindo do fortalecimento da atenção básica e desenvolvendo políticas voltadas para grupos vulneráveis da população (saúde do: idosos, trabalhador, mental e do homem; doentes de câncer de mama e colo do útero; redução da mortalidade infantil e maternal; doenças emergentes e endêmicas; promoção da saúde; atenção básica; fortalecimento do Sistema quanto à saúde dos deficientes; e atenção integral à pessoa com risco de violência) (DOBASHI, 2014).

O *Pacto em defesa* do SUS significa uma reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS e previa a mobilização da sociedade por mais recursos na saúde (DOBASHI, 2014).

E por ultimo o *Pacto de gestão*, que se propunha a qualificar as ferramentas de gestão tais como: a regionalização; a responsabilidade sanitária compartilhada; o planejamento; o financiamento; a regulação; participação social e a gestão do trabalho e educação na saúde (DOBASHI, 2014).

Em 2010/2011 foram revistos os conteúdos e finalmente pactuadas onze prioridades dentro da nova versão do Pacto pela Vida (BRASIL, 2009)

As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Em 2011 o Ministério da Saúde definiu as principais Diretrizes Nacionais que foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que devem orientar o planejamento Inter federativo das intervenções e o desenvolvimento das políticas estaduais, orientada à Garantia da atenção integral à saúde de pessoas idosas e dos portadores de doenças crônicas com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção (BRASIL, 2011).

Para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Instituiu-se o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implantação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento os acordos estabelecidos (BRASIL, 2011).

4.5 Desenvolvimento Local

O termo desenvolvimento local se encontra em evidência nos mais variados segmentos, seja tecnológico, urbano, social, internacional. Percebe-se que a palavra desenvolvimento vem sofrendo transformações e agregando conceitos como o desenvolvimento regional, subdesenvolvido, desenvolvimento sustentável, Desenvolvimento Local, dentre outros (LEITE; ROMERO, 2015).

Após a revolução industrial, o desenvolvimento passou a ser visto, comumente, como sinônimo de progresso, capaz de gerar riqueza às cidades, oportunizar novas formas de trabalho e desenvolvimento, tanto para o indivíduo quanto para a localidade. Contudo, vincular o desenvolvimento de um determinado local, simplesmente com aglomeração de fábricas e indústrias encontradas no mesmo, é um equívoco, que, na atual conjuntura, não se pode cometer (LEITE; ROMERO, 2015).

O desenvolvimento já foi associado somente à economia, contudo, como salienta Souza (1997):

[...] o desenvolvimento não deve ser entendido como sinônimo de desenvolvimento econômico". No contexto globalizado em que a sociedade tem vivido, permeado por influências externas, *status* e muitas vezes desvalorização de determinados locais, faz-se necessário um referencial teórico que subdivida estudos que façam emergir o posto dessa realidade (SOUZA, 1997, p. 06).

Segundo Ávila *et al* (2000) o melhor o conceito de Desenvolvimento Local é:

O Desenvolvimento Local consiste no efetivo desabrochamento das capacidades, habilidades e competências de uma comunidade definida e delimitada com presença intrínseca de interesses próprios, identidade coletiva, identidade cultural, solidariedade, colaboração e confiança para que verdadeiramente as amarras sejam rompidas a fim de que a comunidade utilize suas potencialidades locais (endógeno), desmistificando o modelo antigo que enfatiza o assistencialismo e o paternalismo como fundamental para uma comunidade desenvolver-se (exógenos)" (ÁVILA *et al* ., 2000, p. 68).

O exposto acima mostra a diferença entre o conceito de Desenvolvimento Local e outras formas de desenvolvimento. No Desenvolvimento Local não há a possibilidade de se

pensar em um local por meio de uma visão geral, superficial, uma vez que é preciso considerar suas características e potencialidades (ÁVILA *et al.*, 2000).

Considerando que na perspectiva de Desenvolvimento Local devem-se ponderar as características do local e ter um olhar voltado não apenas pela lente econômica, é preciso se atentar para o atendimento das necessidades locais no sentido humano, ou seja, a riqueza da solidariedade, o pertencimento, protagonismo comunitário, dentre outras (ANTONIO ELIZALDE, 2000). As nove necessidades fundamentais na escala humana, que são:

[...] subsistência, proteção, afeto, entendimento, criação, participação, ócio, identidade e liberdade [...] da mesma maneira que seria muito difícil estabelecer se é mais importante em nossa biologia o sistema cardio-respiratório ou o sistema gastrointestinal ocorre algo parecido com as necessidades [...] todas tem uma importância similar [...] muda o conceito de pobreza associado exclusivamente à ausência de subsistência [...], há pessoas que morrem não somente de fome senão morrem também por carência de afeto ou por carência de identidade (ANTONIO ELIZALDE, 2000, p. 52).

Pensar em Desenvolvimento Local é pensar no local como um campo de intervenção particular. Projetar ou traçar uma meta de desenvolvimento a partir de outros lugares, de outras experiências e levar para ser executado no local foge totalmente da perspectiva dessa abordagem (ÁVILA *et al.*, 2000).

Nesse sentido, Ávila (2000) diferencia o Desenvolvimento no Local e Desenvolvimento Local, nos seguintes termos:

[...] desenvolvimento no local: quaisquer agentes externos se dirigem à ‘comunidade localizada’ para promover as melhorias de suas condições e qualidade de vida, com a ‘participação ativa’ da mesma; [...] e no [...] Desenvolvimento Local: a comunidade mesma desabrocha suas capacidades, competências e habilidades de agenciamento e gestão de suas próprias condições e qualidade de vida, ‘metabolizando’ comunitariamente as participações efetivamente contributivas de quaisquer agentes externos [...] (ÁVILA *et al.*, 2000, p. 68).

A diferença entre Desenvolvimento Local e desenvolvimento no local é notada de forma muito clara nas teorizações realizadas por Ávila (2000).

Tais conceitos são essenciais ao estudar o Desenvolvimento Local. Segundo Buarque (1999) a diferença, ao enfatizar que são termos contrários e não contraditórios. Ao entender o Desenvolvimento Local semelhantemente ao que ocorre como uma sistemática capilar, contribui destacando o Desenvolvimento Local enquanto um processo endógeno.

É um processo endógeno registrado em pequenas unidades territoriais e agrupamentos humanos capaz de promover o dinamismo econômico e a melhoria na qualidade de vida da população [...] Represeta uma singular transformação nas bases econômicas e na organização social em nível local, resultante da mobilização das energias da sociedade, explorando as suas capacidades e potencialidades específicas (BUARQUE, 1999, p. 9).

Estudar o local pela perspectiva do Desenvolvimento Local é considerado como singular. Observar suas peculiaridades é fundamental no Desenvolvimento Local, deve-se analisar uma comunidade com diversas potencialidades e diferentes protagonistas e a dinâmica social local segundo (KLIKSBERG, 2001).

Buscar compreender como a cultura é expressa e incorporada nos hábitos e na rotina dos indivíduos em um local específico também é inerente quando se analisa determinado local pela perspectiva do Desenvolvimento Local, pois segundo Kliksberg, a cultura incide claramente sobre o estilo de vida dos grupos sociais". (KLIKSBERG, 2001).

Dentre os movimentos que influenciaram e contribuíram para a teorização do Desenvolvimento Local podem ser citadas as cartas elaboradas pela Organização das Nações Unidas no pós-guerra, (1945), e os movimentos ambientais como a Conferência das Nações Unidas realizada em Estocolmo em 1972. Tais Movimentos projetaram:

[...] um novo olhar sobre a dinâmica dos fluxos econômicos, que repousa sobre a possibilidade de promover autodeterminação das populações locais [...] atores sociais [...] ruptura dos círculos viciosos do mau desenvolvimento [...]” (FONTAN, 2011, p. 39).

No Desenvolvimento Local não se considera mais a visão de níveis verticais, mas horizontais, em que o estado e a comunidade interagem em níveis de conhecimentos de mesmo valor, cuja ênfase é dada às pequenas localidades, consideradas a partir de seus valores endógenos, articulados com os fatores exógenos, suas tradições e identidades (LE BOURLEGAT, 2011).

Para se pensar em Desenvolvimento Local devem-se considerar as potencialidades de cada local, tais como a solidariedade local, cultura, patrimônio material e imaterial e entender que esse local deve estar articulado com outras regiões. É preciso ponderar as potencialidades locais, e reconhecer que a sociedade está cada vez mais complexa e interligada, exigindo, assim, articulações permanentes junto a diferentes organizações. O Desenvolvimento Local não propugna o isolamento. Ao contrário, o agente de desenvolvimento deve atentar-se aos perigos do localismo, em que se supervaloriza uma localidade que se considerada autossuficiente, sem se relacionar e articular com outros locais (LE BOURLEGAT, 2011).

4.6 Território e territorialidade

Ao longo da história da humanidade é possível perceber que as pessoas buscaram e ainda buscam viver em comunidade, tribos, grupos etc. por diversas razões, seja por motivo

de sobrevivência, interesses comuns, sentimento de pertença ou necessidade passageira (ÁVILA, 2000).

Para o entendimento do Desenvolvimento Local é inerente conhecer as características físicas, culturais, potencialidades, entraves, atores sociais, suas redes, porque cada local é naturalmente peculiar. Isso reforça a perspectiva de que as comunidades quando se encontram imponderadas, possuem inúmeras possibilidades para a gestão local, utilizando de suas experiências, iniciativas e articulação com diversas instâncias para alcançar seus objetivos (ÁVILA, 2000). Nesse sentido, as comunidades buscam a:

[...] metabolização comunitária de insumos e investimentos públicos e privados externos, visando a busca de soluções para os problemas, necessidades e aspirações de toda ordem e natureza que mais direta e cotidianamente lhe dizem respeito (ÁVILA, 2000, p. 68).

Ao se analisar um local pela ótica do Desenvolvimento Local é necessário mensurá-lo como um conjunto de possibilidades, desafios e entraves existentes de forma capilar e complexa (RAFFESTIN, 1993).

Nesse sentido, faz-se pertinente referenciar Raffestin (1993) com sua contribuição ao conceituar território e espaço. Segundo mesmo é essencial compreender que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreto ou abstratamente (por exemplo, pela representação). O território, nessa perspectiva, é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a “prisão original”, o território é a prisão que os homens constroem para si.

Pela contribuição de Raffestin, (1993), entende-se que as relações são construídas no espaço. Há uma interação entre o espaço e o indivíduo, nesse sentido, os atores criam o território de acordo com as relações estabelecidas neste, a cultura de quem o povoa e assim relações com o local são estabelecidas.

Segundo Albagli e Maciel (2004), há de se ter a percepção da existência de uma conexão entre as extensões socioculturais e territoriais, tanto em escala individual quanto em grupos sociais, esta desponta em diversas escalas geográficas.

As questões que envolvem a territorialidade ao apontar as mudanças que ocorrem nos territórios com o passar dos anos. Englobando as rápidas mudanças arquitetônicas nos locais, a exemplo de novas construções, que hoje são realizadas em escalas e modificam um local que representava características daquele local (SANTOS, 1994).

É de extrema importância compreender o quanto estão imbricadas as relações entre as pessoas e os territórios nos quais elas estão inseridas, pois a dinâmica social de um local e as representações sociais e de poder de um local dizem muito a respeito de si (SANTOS, 2002).

Na mesma perspectiva, Santos (2002) chama a atenção para a análise histórica do território, pois este foi tecido por vários atores, um território “híbrido” que mesmo em transformação possui sua história e esta não pode ser negligenciada, há de se realizar uma “análise social”, ou seja, buscar conhecer a dinâmica de determinado local, pois ele não surgiu sem uma história, há de se pensar como o território foi formado, como foram tecidas as relações nele estabelecidas, os objetivos das pessoas que moravam naquele território, a cultura, os hábitos o cotidiano de quem vivia no local.

A territorialidade define-se como um “conjunto de relações que se originam em um sistema tridimensional, sociedade, espaço e tempo em vias de atingir a maior autonomia possível e compatível com os recursos do sistema”, ou seja, a territorialidade ocorre quando os indivíduos não somente se apoderam do território, mas fazem parte do mesmo (RAFFESTIN, 1993).

4.7 Espaço, local e lugar

É muito comum em um contexto informal a utilização das palavras; espaço, local e lugar serem utilizadas como sinônimos, porém, elas não têm o mesmo significado. Ao que concerne ao Desenvolvimento Local, é fundamental compreender as diferenças desses vocábulos, considerando que têm diferentes funções e interpretações (ÁVILA, 2000).

A interdisciplinaridade é uma característica que se insere na perspectiva de Desenvolvimento Local, ofertando subsídios e aportes teóricos de diferentes áreas, especialmente quanto se refere às questões relativas ao espaço, lugar, território, local, temas em que muitas das referências partem da geografia, sociologia, economia, filosofia, dentre outras (SANTOS, 1978). É preciso compreender que:

O espaço deve ser considerado como uma totalidade, a exemplo da própria sociedade que lhe dá vida [...] o espaço deve ser considerado como um conjunto de funções e formas que se apresentam por processos do passado e do presente [...] o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que se manifestam através de processos e funções (SANTOS, 1978, p.122).

No aporte de Santos (1978), comprehende-se o valor mais social e humano que o autor dá ao espaço, não o descrevendo como um simples ambiente a ser ocupado por pessoas ou uma localidade sem vida. O autor expõe o espaço como algo que passa por processos, transformações e representações protagonizadas por pessoas que fazem parte do seu cotidiano.

O espaço se apresenta como um ambiente construído dialeticamente. Os significados e representações surgem a partir das ações e sentidos abstratos dados pela comunidade que o habita. Na mesma perspectiva Martins (2002) aponta para “prática espacial” que ocorre no espaço por meio das “representações sociais”.

O espaço está sempre em processo, pois se considera tanto suas ações no sentido de totalidade, do passado quanto do presente, pois elas têm e tiveram finalidades específicas para cada período, pois o espaço, embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia (SANTOS, 1978).

A contribuição de López (1991) expõe de modo claro a diferença entre espaço e local. A autora relaciona a vida cotidiana das pessoas a um determinado local. Embora existam as representações simbólicas que podem ser tanto abstratas quanto concretas, o habitar, trabalhar e relacionar com o outro é concreto.

Ao visualizar o sentido de local no que se refere ao Desenvolvimento Local, Martins (2002) destaca que tal acepção relaciona-se ao intuito de acompanhar melhor determinado local, valorizar “à escala das inter-relações pessoais da vida cotidiana, que sobre uma base territorial constroem sua identidade”. O lugar passa, então, a ser um espaço no qual as pessoas projetam seus simbolismos, memórias, lembranças a partir de suas vivências, recordações como apresenta (LE BOURLEGAT, 2000).

É no lugar que as pessoas passam a fazer referência a determinado território, por se remeter a aquele com seus simbolismos e características criadas a partir do físico para o subjetivo. Assim, deve ser valorizada a identidade local, cultura e aspectos que fazem de um local um lugar (LE BOURLEGAT, 2000).

Desse modo, o lugar cativa indivíduos, que por ele passa, fomentando o pertencimento, relações de solidariedade possíveis articulações em escalas mais amplas.

5 SANTA CASA E SUA HISTÓRIA

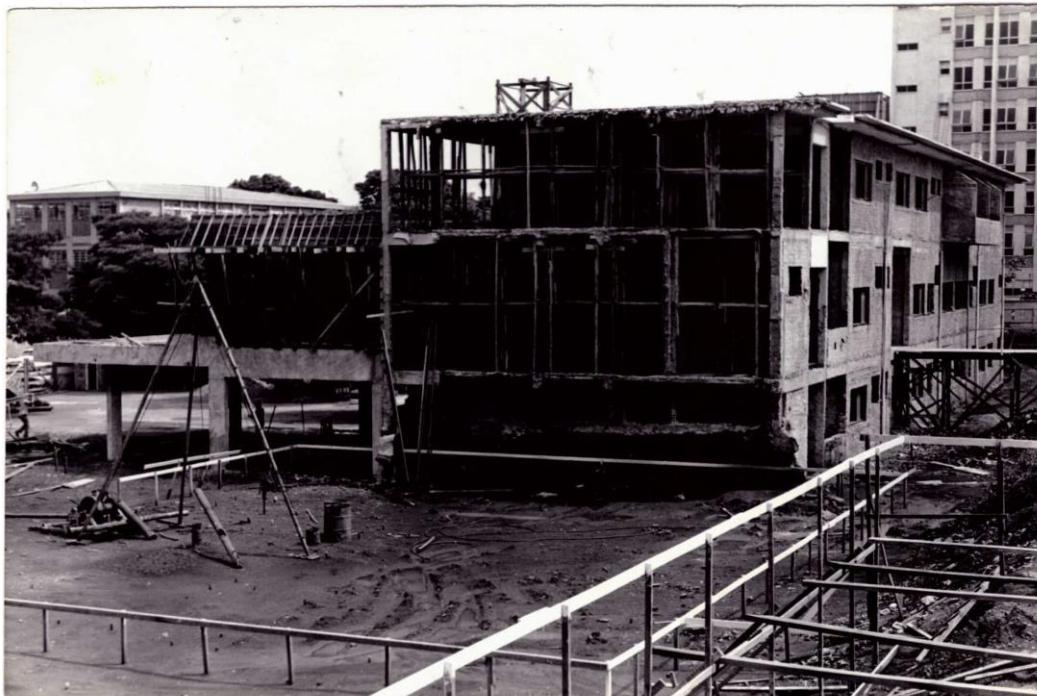
No ano de 1917, uma comissão composta por Eduardo Santos Pereira, Augusto Silva, Otaviano de Mello, Bernardo Franco Baís, Benjamin Corrêa da Costa, Enoch Vieira de Almeida e Capitão Médico Eusébio Teixeira encabeça uma lista com os seguintes dizeres: “Lista destinada à inscrição das pessoas que contribuem, dando uma esmola, para a criação da Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande, refúgio, em breve tempo, dos doentes pobres e desvalidos”. Seguem-se 178 assinaturas com o valor doado variando de 500\$000 (quinhentos mil réis) a 5\$000 (cinco mil réis) e totalizando 27.080\$000 (vinte e sete contos e oitenta mil réis) (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Pela Lei Estadual de 16 de julho de 1918 Campo Grande foi elevada à categoria da cidade e em junho de 1919 reuniu-se, a final, um numeroso grupo de inspirados líderes e constituem a “Sociedade Beneficente de Campo Grande”, elegem o primeiro presidente na pessoa do Dr. Eusébio Teixeira e Vice-Presidente Bernardo Franco Baís, e aprovam um Estatuto que foi mandado imprimir em Cuiabá (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Não se tem conhecimento de registro a respeito, mas consta que a Intendência destinara a área onde hoje se situa o Estádio Belmar Fidalgo para a recém-criada Sociedade Beneficente, não aprovando a sua Diretoria a ideia de ali se construir o Hospital dada a proximidade de uma unidade de Artilharia, onde poderiam ser dados tiros de festim que sobressaltariam os doentes. (Esse agrupamento de artilharia foi o primeiro contingente militar a se instalar em campo Grande, desmembrando o de Aquidauana, e aqui teve, dentre seus oficiais, dois tenentes que galgaram projeção nacional, Antônio José de Lima Câmara e Newton Estilac Leal, este como prestigioso Ministro de Guerra (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Com a aprovação em estatuto em 03 de junho de 1919, institui-se a Associação Beneficente de Campo Grande, entidade mantenedora da Santa Casa, a fim de suprir a deficiência de atendimento na cidade que não dispunha de qualquer tipo de assistência médico-hospitalar (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Foto nº 1: Construção do complexo da Santa Casa de Campo Grande



Fonte: Arquivos da Santa Casa

Nessa ocasião foi eleito o Dr. Euzébio Teixeira como primeiro presidente da Sociedade, seguido por Benardo Franco Bais, em cuja gestão, em 1924, inicia-se a edificação do pavilhão pioneiro numa área por ele comprada e doada em 1920, área essa medindo 164 metros para a Avenida Mato Grosso, por 365 metros dando fundos para atual Rua Eduardo Santos Pereira.

Esse pavilhão de 40 leitos, com uma sala cirúrgica e dependências necessárias, projetado por Camilo Boni, após quatro anos de construção, foi inaugurado em dezembro de 1928, na gestão de Eduardo Santos Pereira. Segue-se como presidente o respeitável cidadão Juvenal Alves Correa que, por treze anos, ensejou o crescimento da Entidade pela construção de três pavilhões, um para maternidade, doado pelo pecuarista Laucídio Coelho, outro para pediatria, doado por Naim Dibo e um menor por Elisberio Barbosa, este para isolamento.

Campo Grande crescia a passos acelerados e com a mesma ânsia, até hoje incontida, de crescer para tornar-se um dia a grandiosidade metrópole do Oeste. Para tanto foram decisivas nesta fase, além da ligação ferroviária completada em 1914, também a instalação

planejada por Calógeras da 1ª. Circunscrição Militar e de novas unidades, um Batalhão de Infantaria e um Regimento de Artilharia Misto, após a edificação de seus quartéis (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

O comércio se desenvolvia, pequenas indústrias se organizavam, profissionais liberais aportavam, inúmeras famílias de fazendeiros de uma vasta região fixavam residência, enquanto a pecuária se expandia, ainda que em campos nativos, e os trens carreavam para as invernadas se São Paulo bois aos milhares, sem mercado antes da ferrovia.

Todos trabalhavam afinco. O pequeno fazendeiro Laucídio Coelho salta à frente com sua insuperada capacidade, seguido de Elisbério de Souza Barbosa e muitos outros. Até o carroceiro Nain Dibo Torna-se comerciante, grande comerciante e forte fazendeiro (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Laucídio Coelho, Naim Dibo e Elisbério Barbosa doam a Santa Casa o valor necessário à construção de novos pavilhões que por longos anos abrigaram os serviços de Maternidade, Infantil e Isolamento (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

No período de 1º de abril de 1932 a 31 de dezembro de do mesmo ano, por 9 meses ocupou a presidência da Entidade o Dr. Eduardo Olimpo Machado, sucedido pelo ilustre associado Juvenal Alves Corrêa, que exerceu de 1º de janeiro de 1933^a 31 de dezembro de 1946, por treze longos e profícuos anos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Mas a Santa Casa se via forçada a se ampliar para continuar a suprir a carência de leitos para a população civil que não dispunha de nenhum outro ambiente hospitalar. Surge então a figura de outro imigrante que aqui chegou muito jovem e galgou um brilhante conceito, graças a sua finura de trato e ao seu dinamismo, e que por longos anos presidiu e sedimentou a Associação Comercial. Era Aikel Mansour, que assume a presidência da Sociedade Beneficente de Campo Grande em 1º de janeiro de 1947 e a exerce ate 31 de dezembro de 1961, período em que edifica o primeiro pavilhão de dois pisos com vários quartos e centro-cirúrgico de quatro salas, além do amplo ambulatório de frente para Avenida Mato Grosso (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Outro prestigioso líder do comércio, José Nasser, sucede a Aikel Mansour em 1º de janeiro de 1962, exercendo a predência até 31 de dezembro de 1972, e em cujo mandato inaugura um pavilhão de três pisos acoplado ao anteriormente concluído na gestão de Aikel Mansour (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Fases áureas essas, de muito trabalho e abnegação, infelizmente seguidas de um período de 1972/1973 descuidos e anarquia financeira, a par de contratos já compromissados

e visando grandes investimentos imobiliários, em Torre de consultórios médicos e blocos de apartamentos residenciais, projetados no restante da área da Santa Casa. Estranho Desvirtuamento de Entidade que, exangue nos seus 45 anos de existência, com seus pavilhões mais antigos seriamente deteriorados, sem Laboratórios de Análises Clínicas e tendo uma velha geladeira como Banco de Sangue, Radiologia dotada de dois arcaicos aparelhinhos de raio-x, um Philips de 100 M.A e outro de 200 M.A, acanhada cozinha e lavanderia de enormes rachaduras, um centro de hidratação infantil para indigentes e segurados do INPS e Funeral lotado no pavilhão pioneiro, de forro apodrecido e instalações sórdidas, onde se registrava um alarmante índice de óbitos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

A maioria das acomodações especiais composta de dois quartos conjugados e servidos pelo mesmo banheiro que incluía uma grande banheira, concepção de há muito condenada em ambiente hospitalar. Inesquecível, pela aflição que todos invadiam, a visão da caixa d'água elevada 50.000 litros, terrivelmente inclinada sobre um dos pavilhões e que, na opinião de três engenheiros consultados, poderia tombar a qualquer momento. Acrescia a Dramaticidade desse quadro os apelos da imprensa que em manchetes encarecia a paciência dos credores da Santa Casa, cuja dívida era considerada impagável (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Atrás, uma grande área sem muros e tomada de um alto capinzal onde marginais se escondiam. Essa era realmente a Santa Casa nos primeiros dias de 1974, com seus 360 leitos, fruto que foi do sonho, do esforço, do talento, da abnegação e do sacrifício de tantos e que, ameaçava pelo desastre, e à beira de um vergonhoso abismo, decide reencetar pela ação corajosa da maioria dos diretores, e destacadamente das irmãs Salesianas, a trilha gloriosa pela qual vinha sendo conduzida pelos patriarcas do passado que tinham um só compromisso – o de servir aos supremos interesses da nossa gente (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Cidadãos do bem esses que, acalentando um porvir de fraternidade, puderam levantar um monumento de fé e altruísmo, graças ao emparceiramento e à devoção de legítimos sacerdotes da Medicina que reverenciamos na citação de alguns: Vespasiano Martins, César Galvão, Costa Manso, Fernando Corrêa da Costa, Nicolau Fragelli, Arthur de Vasconcelos Dias, Peri Alves Campos Arthur Jorge, Alberto Neder, Walfrido de Arruda, Amando de Oliveira Filho, Alfredo Neder, Ito Mariano, João Rosa Pires, Alcindo de Figueiredo, Marcílio de Oliveira Lima, Manoel Guimarães, Cícero de Castro Farias, Ademar Barbosa, Rubem Teixeira, Coriolano Ferraz Baís, Hélio Mandeta, João Basmage Elias Nasser Neto, Willian Maksoud, Tsuneo Shinzato, João Naidor da Silva, Kalil Rahe, Fernando Vascocelos, Salvador Miranda Sá Jr., Nélson e Roger Buainaim, Dioscoro Gomes Cláudio Fragelli, Radi Jafar,

German Mejia Rios, Kleber Vargas, Joel Daroz, Hugo Pereira do Valle, Fernando Fernandes, Astrogildo Carmona, Edgar Sperb, Guaraci Vieira de Almeida, Vitor Rabelo Gonçalves, Benjamim Asato, Habib Fahed, Juvenal Corrêa Neto, Fruze Adri, Geny Nacao, Yassuko Ueda Purisco, Samuel Chaia, Roberto Yamaciro, Silvio Torrencilha, Delmiro Pedrosa Monteiro e Isidoro Dias Lopes de Oliveira (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Esses eram, até o final da década de 1960, os médicos da Santa Casa que nos primeiros vinte anos da admissão no Corpo Clínico assumiram com extrema dedicação o tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes não pagantes, então denominados indigentes (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

A história da Santa Casa é também a história da participação de seu Corpo Clínico, das Irmãs da Congregação de Nossa Senhora Auxiliadora, dos seus anônimos funcionários e cooperadores (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

A história da Santa Casa é também a participação de pessoas, voluntários que por vários de seus atos se tornaram beneméritos da instituição: Pedro Pedrossian, Coriolano Ferraz Bais, Clóvis Antônio Orsi, Jair de Oliveira Soares, Fernando Correa da Costa, Galeão João Baptista de Oliveira Figueiredo, Dr. Luis Salvador de Miranda Sá Junior, Dra. Yassuko Ueda Purisco, Kleber Soline Monteiro Vargas, entre outros.

Ao nos aproximar das nove décadas de vida estamos a meditar sobre o comportamento da humanidade através dos séculos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

A decorrência desta expansão exitosa levou-nos hoje a contar com mais de duas mil Santas Casas no país, dentre as quais a de Campo Grande – MS que é a quarta, sendo a maior a de Porto Alegre, abaixo a de São Paulo e a de Belo Horizonte (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Sem dúvida estas casas de caridade, desde seus primórdios, foram destinadas aos atendimentos dos denominados indigentes, mantidas por doações da comunidade e administradas por voluntários. As santas casas sempre foram as precursoras no atendimento à população, as quais, com a evolução dos tempos, e sem que surgissem soluções governamentais para o socorro aos não indigentes, tiveram que assumir também este ônus (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Desta forma elas surgiram no Brasil, cresceram e algumas se credenciaram com grandes centros de excelência médica, algumas até como afamadas faculdades de medicina (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Merecidamente os membros, associados e mesários dessas Santas Casas constituem um dos mais respeitados movimentos de voluntariado (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Surge então à figura igualmente marcante de Aikel Mansour, exercendo a presidência por 14 anos, até 1961, período em que edifica o grande ambulatório e um pavilhão de dois pisos para enfermarias e apartamentos. Aikel Mansour é sucedido por outro prestigioso comerciante, José Nasser, que exerce a presidência até dezembro de 1972, criando o centro de ortopedia e edificando um pavilhão de dois pisos e um subsolo também para enfermarias e apartamentos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Fases áureas essas todas de muito trabalho e abnegação, infelizmente seguidas de um período, de 1972 – 1973, de descuidos, desvios e anarquia financeira (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

A diretoria cuidava de um absurdo projeto imobiliário com uma empresa que construiria na grande área anexa, onde se situa o atual hospital, uma torre de dez andares de consultórios para serem vendidos a médicos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Semelhante projeto criminoso mereceu coquetel de lançamento, distribuição de folders, sendo que essas despesas somadas ao custo dos projetos da construção, deixaram pendentes (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Por discordarem dos rumos adotados pela então diretoria da Sociedade e para a contrapor a uma chapa já lançada e comprometida com a concretização desse plano, diretores e associados liderados pelos Dr. Coriolano Ferraz Bais, Helio bais Martins, Nerone Maiolino, Alfredo Saad e Jorge Rahe dentre outros e estimulados fortemente, pela inesquecível Irmã Diretora Maria José Machado, encabeçaram um movimento com nossa eleição para o período fevereiro 1974 a fevereiro 1976 (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

É triste recordar a repercussão das notícias até em manchetes que a imprensa vinculava de uma dívida tida com impagável e de apelos à paciência dos credores da Santa Casa (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Entre surpresos e acossados pela pressão sob nossa pessoa, sem nenhuma vinculação ou experiência de hospital, não tivemos opção, e nos vimos forçados a aceitar um mandato de dois anos para sanar financeiramente a Sociedade. Dessa forma é que em sete de fevereiro de 1974 adentramos o velho hospital e sentamos com presidente na pequenina sala da presidência, onde, imediato, reunimos ali com os poucos funcionários da então área administrativa: dois na tesouraria, um da contabilidade, quatro do faturamento, um do almoxarifado, um da farmácia, os dois do departamento de pessoal, e a única telefonista (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Seria longo relatar as medidas ali tomadas, e a consequência da obsessão de todos pelo trabalho, de recuperação (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Como primeira medida cuidamos de cancelar o contrato famigerado com a Planoeste da farra imobiliária, tão draconiano que dele só nos livramos graças ao trabalho voluntário de dois renomados causídicos: Dr. Heitor Medeiros e Dr. Wilson Barbosa Martins (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Atualmente o espaço físico é de 42.665,87 m², com uma capacidade instalada de 685 leitos ativos e está em construção um novo Anexo Hospitalar de mais 6.124 m². (ARQUIVOS SANTA CASA, 2016).

Foto nº 02: Frontispício principal da Santa Casa de Campo Grande



Fonte: elaboração própria

A Santa Casa de Campo Grande constituiu-se por sua estrutura física e quantidade de serviços prestados na unidade Hospitalar do Estado de Mato Grosso do Sul, sua relevância é reconhecida pela comunidade e poder público, que habilitou inúmeros serviços especializados que a capital, 78 municípios do Estado e até mesmo outros Estados e países vizinhos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014). Hoje a nova Unidade do Trauma contará com mais 110 leitos novos leitos para atendimento de uma demanda crescente de pacientes da ortopedia (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Foto nº 3: Vista frontal da Unidade de Trauma da Santa Casa [em construção]



Fonte: elaboração própria

Foto nº 4: Vista diagonal da Unidade de Trauma da Santa Casa [em construção]



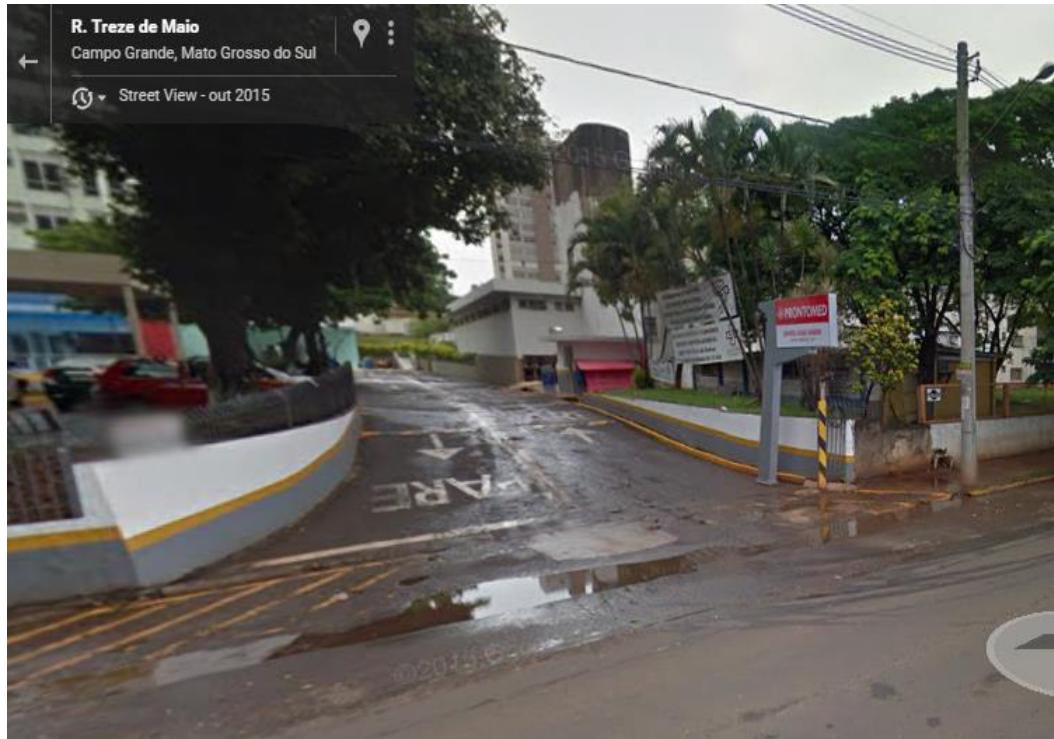
Fonte: elaboração própria

Foto nº 5: Vista área situacional do complexo da Santa Casa de Campo Grande



Fonte: google maps

Fonto nº6: Acesso à Santa Casa pela rua 13 de maio



Fonte: elaboração própria

6 DIVERSIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO: SANTA CASA

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados da pesquisa quantitativa sobre o padrão e o perfil de localização dos ramos de atividades realizadas na Santa Casa de Campo Grande – MS.

6.1 Identificação

A Santa Casa de Campo Grande localiza-se na Rua Eduardo Santos Pereira, número, 88 Centro e o quadrilátero das ruas Eduardo Santos Pereira, Rua 13 de maio, Avenida Mato Grosso e a Rua Rui Barbosa com três portas de entrada, uma porta localizada na Rua Rui Barbosa, outra localizada na Rua Eduardo Santos Pereira e a terceira na Rua 13 de maio.

6.2 Estrutura operacional

Conta com uma estrutura operacional complexa e articulada entre as várias unidades de produção constituída por unidades de internação, leitos especializados, centros cirúrgicos, serviço de diagnóstico e ambulatório de especialidade Tabela 01.

Tabela 01 - Capacidade Instalada da Santa Casa de Campo Grande - MS, 2014.

Descrição da Capacidade Instalada	Leitos Existente	Oferta ao SUS
Leitos de internação cirúrgica – diversas especialidades	271	230
Leitos de internação clínica – diversas especialidades	160	116
Leitos de UTI adulto – Tipo III	59	57
Leitos de internação em pediatria clínica	50	46
Leitos de internação obstétricia cirúrgica	23	16
Pacientes crônicos	21	21
Leitos de Internação em pediatria cirúrgica	18	14
Pacientes psiquiatria	15	10
Leitos de UTI pediátrica – Tipo III	14	10
Leitos de internação obstétricia clínica	14	11
Leitos de unidade intermediária neonatal	11	11
Leitos de UTI neonatal – Tipo III	08	07
Leitos de unidade de isolamento	02	02
Total da Capacidade Instalada	670	551

Fonte: Santa Casa, 2014

A demanda da Santa Casa de Campo Grande está diretamente ligada aos serviços acima relacionados. Em vista disso os leitos de internação são divididos em internação cirúrgica, clínica que são disponibilizados para pacientes que necessitam do centro cirúrgico e pós-cirúrgico.

Os leitos de obstetrícia cirúrgica e clínica são divididos em pacientes que necessitem da realização de partos e pós-partos.

Nos casos de leitos de internação pediatria cirúrgicos e clínica são disponibilizados para pacientes crianças que necessitem de atendimento cirúrgico e pós-cirúrgico.

Os leitos de unidade de isolamento são disponibilizados para pacientes que obtêm um diagnóstico que possa de alguma forma transmitir algum tipo de vírus ou bactérias que para outros pacientes.

Para os leitos de UTI Adulto, neonatal e pediátrico são disponibilizados para pacientes que necessitam de atendimento de unidade de terapia intensiva. Nos casos de leitos de unidade intermediária neonatal são disponibilizados para pacientes bebês recém-nascidos que necessitem de atendimento hospitalar.

Para os leitos de atendimento de pacientes crônicos são disponibilizados para pacientes que tenham algum diagnóstico de uma doença crônica para se restabelecerem.

Nos casos dos leitos para pacientes da psiquiatria são disponibilizados para aqueles com diagnóstico psiquiátrico que necessitem de cuidados especiais para o restabelecimento.

Esses serviços acima indicados atendem todas as especialidades, tanto adulto, quanto pediátrico, bem como vários outros que constituem a demanda da Santa Casa Campo Grande. Para tanto, há no complexo, setores específicos, tais como:

- a) Salas de Serviços de Apoio e Diagnósticos: laboratório, banco de sangue, endoscopia, ultrassonografia, eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico; hemodinâmica, litotripsia, estudos urodinâmicos, tomografia, ressonância, fisioterapia, hemodiálise, entre outros;
- b) Serviços de Apoio: cozinha, lavanderia, central de material esterilizado, manutenção, almoxarifado de materiais e almoxarifado de farmácia;
- c) Serviços Administrativos: administração, departamento de pessoal, contabilidade, faturamento e outras unidades administrativas.

Essa estrutura favorece que sejam estabelecidos arranjos de trabalho que considera as recentes discussões nacionais acerca do papel da Atenção Hospitalar, por isso a Santa Casa de Campo Grande vem em um movimento interno proativo procurando estruturar seu modelo de Gestão e modelo Assistencial, que devem otimizar a utilização de todos estes serviços disponíveis.

6.3 Produção hospitalar: dados e indicadores hospitalar

Na Tabela 02 abaixo, seguem os indicadores hospitalares referentes ao ano de 2014 com relação ao total produzido em cada serviço: media mensal de produção e média diária dos serviços realizados.

Tabela 02 - Indicadores hospitalares da Santa Casa de Campo Grande - MS, 2014

INDICADOR	TOTAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA DIÁRIA
Internações	28.035	2.336	78
Altas	28.052	2.338	78
Atendimento de Urgência e Emergência	104.530	8.711	290
Atendimento de Ambulatório	62.299	5.192	173
Cirurgias	29.607	2.467	82
Pacientes Dia	180.328	15.027	501
Média de Permanência	07		
Taxa de Ocupação	76,71%		

Fonte: Santa Casa, 2014

6.4 Principais exames realizados no período de 12 meses

Estão identificados na Tabela abaixo os principais exames realizados de Janeiro a Dezembro de 2014, e evidenciando que 83% dos exames realizados foram em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 03 - Principais exames realizados na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.

EXAMES	SUS	CONVÊNIO	TOTAL
Radiologias	100.351	22.653	123.004
Tomografia	15.857	2.550	18.407
Ultrassonografia	7.756	1.978	9.734
Eletrocardiogramas	9.027	465	9.492
Ecocardiogramas	2.948	417	3.365
Hemodinâmica	2.461	644	3.105
Endoscopias	753	164	917
Ressonânciac	160	85	245
Litrotripsia	162	277	439
Urodinâmica	06	344	350

Fonte: Santa Casa, 2014

6.5 Cirurgias realizadas

Na tabela abaixo, mostra-se os resultados de cada serviço realizado nos centros cirúrgicos no ano de 2014 em uma amostragem quantitativa das cirurgias realizadas nos

ambientes Centro Cirúrgico Geral, Centro Cirúrgico Obstétrico e Centro Cirúrgico Oftalmológico.

Tabela 04 - Cirurgias realizadas nos ambientes na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.

CENTRO CIRÚRGICO	TOTAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA DIÁRIA	%
Centro Cirúrgico Geral	22.632	1.886	63	76,44
Centro Cirúrgico Obstétrico	3.713	309	10	12,54
Centro Cirúrgico Oftalmológico	3.264	272	9	11,02
Total	29.609	2.467	82	100

Fonte: Santa Casa, 2014

Na tabela abaixo mostra o total, média mensal, média diária e o percentual de cirurgias realizadas no ano de 2014 separadamente em atendimentos realizados pelo SUS, convênio e particular.

Tabela 05 – Cirurgias realizadas pelo SUS, convênio e particular na Santa Casa de Campo Grande - MS, 2014.

NATUREZA	TOTAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA DIÁRIA	%
SUS	24.932	2.078	69	84,20
Convênio	4.199	350	12	14,18
Particular	478	40	1	1,62
Total	29.609	2.468	82	100

Fonte: Santa Casa, 2014

Na tabela abaixo, explicitam-se todas as cirurgias realizadas no ano de 2014, classificadas nas categorias pequena, media e grande porte/especiais em sua totalidade, média mensal, média diária e o percentual do todas as cirurgias realizadas.

Tabela 06 - Total de cirurgias, classificadas nas categorias na Santa Casa de Campo Grande – MS.

CATEGORIAS	TOTAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA DIÁRIA	%
Pequeno porte	10.566	881	29	35,69
Médio porte	14.130	1.178	39	47,72
Grande porte/especiais	4.913	409	14	16,59
Total	29.609	2.467	82	100

Fonte: Santa Casa, 2014

Conforme tabela abaixo elenca-se a produção semanal dos atendimentos dos pacientes no centro cirúrgico no ano de 2014 na sua totalidade, produção mensal, diária e percentual de atendimentos.

Tabela 07 - Atendimentos aos pacientes do Centro Cirúrgico na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.

DIA	TOTAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA DIÁRIA	%
Segunda-feira	4.821	402	13	16,28
Terça-feira	4.744	395	13	16,02
Quarta-feira	4.569	381	13	15,43
Quinta-feira	4.778	398	13	16,14
Sexta-feira	4.542	379	13	15,34
Sábado	3.312	276	9	11,19
Domingo	2.843	237	8	9,60
Total	29.609	2.467	82	100

Fonte: Santa Casa, 2014

Vê-se que na Tabela nº 01 o predomínio de leitos dá-se para atendimentos em leitos de internação cirúrgica – diversas especialidades, seguidos dos leitos destinados à internação clínica – diversas especialidades, mostra a necessidade de implantação da Unidade de Trauma, pois como podemos ver, a demanda nos leitos de Internação clínica, cirúrgica e nas UTI irão diminuir pois a Unidade irá atender 100 leitos de internação e 10 leitos de UTI. Na Tabela nº 02 observa-se que o atendimento de urgência e emergência compreende o maior número de atendimento diário, seguido do atendimento ambulatorial, que com a implantação da Unidade esta demanda com diagnóstico de trauma será encaminhada diretamente para a Unidade deixando de sobrecarregar o Pronto Socorro da instituição.

Na Tabela nº 03 vê-se que o maior número de atendimentos se dá em radiologia, seguida de tomografia, apontando a necessidade dos serviços que serão realizados na Unidade em estudo.

Na Tabela nº 04, vê-se que o atendimento no Centro Cirúrgico Geral corresponde a 76,44%, seguido do Centro Cirúrgico Obstétrico com 12,54%. Na sequência, na Tabela nº 05 nota-se que 84% da demanda existente correspondem a atendimentos dos pacientes pelo SUS. Na Tabela nº 06 vê-se que as cirurgias de médio porte correspondem a 47,72%, seguidas das cirurgias de grande porte com 35,69%. Por fim, na Tabela nº 07 nota-se que há um equilíbrio de atendimento nos dias da semana, com média de 14.28%. No ano de 2014 o atendimento médio diário foi de 82 pacientes nos distintos centros cirúrgicos, com média mensal de 2.467, totalizando no ano 29.609 casos.

7 O PROJETO DA UNIDADE DO TRAUMA: UMA VISÃO PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados da pesquisa quantitativa sobre as projeções e estimativas para implantação da Unidade do Trauma da Santa Casa de Campo Grande – MS

A Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa de Misericórdia na busca dos serviços de Saúde Pública, especialmente no atendimento emergencial em Pronto Socorro em vista do número elevado de pacientes com trauma ortopédico, juntamente com instituições de saúde pública, visualizou a necessidade de dar continuidade na conclusão de reforma e ampliação da Unidade do Trauma. Salienta-se que não está constituída no Município de Campo Grande e no Estado de Mato Grosso do Sul a rede de atenção ao Trauma. Existem entraves organizados de fluxo para pacientes que buscam como primeira escolha o serviço da Santa Casa (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

A Unidade do Trauma é um projeto em desenvolvimento que implica uma série de fatores, que vai desde a subdivisão de serviços especializados até a sua complexidade: fluxos de trabalho, materiais e insumos, estrutura física, visando o controle de infecção nas unidades e no hospital como um todo, tendo como premissa de análise a RDC nº. 50 de 21 de Fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

A Unidade de Trauma está sendo implantada na Santa Casa de Campo Grande com o objetivo de fortalecer a rede de atenção à urgência e emergência no âmbito da macrorregião de Campo Grande, considerando que o hospital é o único credenciado pelo Ministério da Saúde como Hospital Tipo III em Urgência e está inserido no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Mato Grosso do Sul (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Quando se observa importância deste projeto, pode-se vislumbrar o impacto para o desenvolvimento local do estado de Mato Grosso do Sul, gerando atendimento humanizado no âmbito SUS, dando dignidade aos usuários que serão atendidos de forma igualitária, com equidade e universal.

Com a abertura desta nova unidade (exclusiva para o SUS) a instituição passa a proporcionar o aumento da oferta de serviços à rede, pois contará com 100 leitos de internação, 10 leitos de UTI, 05 salas cirúrgicas e 18 leitos de observação. O anexo em construção (Unidade de Trauma) está localizado fora do edifício sede, conforme imagem aérea em anexo. Portanto, esta nova Unidade necessita de equipamentos e mobiliários

específicos para o seu funcionamento. Quando esta nova unidade entrar em funcionamento estima-se que a instituição irá produzir mais: 5.800 internações/ano; 6.000 cirurgias/ano; 500 internações de pacientes críticos/ano; 3.500 atendimentos de Urgência e Emergência/ano, além de outros serviços de diagnóstico (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Na execução da reforma da unidade também prevê a construção de uma passarela metálica para “ligar” a Santa Casa com a Unidade de Trauma, tendo em vista que a nova unidade irá utilizar os serviços de lavanderia, cozinha, central de esterilização de materiais entre outros, que estão concentrados no edifício sede.

Cabe ressaltar que a entrada principal do complexo Santa de Campo Grande é realizada pela Rua Eduardo Santos Pereira n. 88. A entrada do Pronto Socorro (Urgência e Emergência) se dá pela Rua Rui Barbosa. A Unidade de Trauma se dá pela Rua 13 de Maio.

O pavimento térreo será uma unidade de visita, onde será desenvolvido o acolhimento, controle de acesso de clientes internos e externos à Unidade de Trauma. Haverá uma recepção no ambulatório com a estratégia de estabelecer o fluxo e o acolhimento, registro, marcação de consultas e articulação entre todas as esferas e serviços dentro da Instituição para os pacientes pós - alta hospitalar ou pós consulta/procedimento no pronto atendimento. As atividades desenvolvidas serão a prestação de atendimento de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial, atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Para a realização das consultas, a Unidade de Trauma contará com 03 consultórios que terá como estratégia de fluxo a realização de consultas aos pacientes previamente agendados para atendimento em regime ambulatorial (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Será realizado atendimento na sala de gesso aos pacientes internos (Enfermarias, UTI) e externos Ambulatório), para realização de imobilização ortopédica (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Todos os três pavimentos da Unidade de Trauma terão salas dotadas de tanque de lavagem para guarda de materiais de limpeza, aparelhos e utensílios. Ainda no pavimento térreo haverá sala de procedimento que será desenvolvida para a realização de procedimento médico de pequeno porte e procedimentos de enfermagem (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Para os pacientes que forem encaminhados para a realização de exames de raios-X, a Unidade de Trauma terá uma sala onde será feito o atendimento da demanda de pacientes internados e aos pacientes em regime ambulatorial (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

No andar térreo haverá 27 leitos que serão destinados preferencialmente aos pacientes pré-operatórios, onde será feito o atendimento de equipe multiprofissional. Ainda no mesmo pavimento, haverá uma sala de faturamento onde as escriturárias ficarão dispostas nos setores de internação, cujo serviço de faturamento ficará centralizado no prédio principal da Santa Casa, para otimização dos recursos envolvidos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

O serviço de higienização terá como dimensão geral o pavimento térreo. O fluxo de coleta de resíduos será realizado três vezes em cada período nos pontos de geração, devidamente acondicionados, e transladados mediante o uso de veículos apropriados para tal até o local do abrigo externo localizado no prédio central da Santa Casa. Também ocorrerá a higienização e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis, redução ou destruição de micro-organismos patogênicos; o controle de disseminação de contaminação biológica, química etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas hospitalares (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Dentre os serviços de limpeza e higienização será realizada a limpeza concorrente cujo procedimento será realizado diariamente em todas as unidades do estabelecimento com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

No serviço de limpeza terminal será realizada uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas. Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

A Unidade do Trauma contará com as copas que estarão dispostos nos três pavimentos e será adotado o fluxo referente a um sistema centralizado de produção através da cozinha central, onde as refeições serão distribuídas em embalagens fechadas com identificação do paciente e da dieta prescrita, para as copas de cada unidade de internação para redistribuição, este processo deverá ser realizado em carrinho térmico (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

As dietas enterais serão produzidas no laboratório de Nutrição Enteral e distribuídas em caixas térmicas, através das copeiras do laboratório nos horários pré-determinados e terá como atividade desenvolvida o recebimento das refeições e distribuição das mesmas, incluindo água (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Na Unidade do Trauma em estudo, haverá um apoio da lavanderia onde será colocado como estratégia de fluxo o processo de cuidado com a rouparia. A lavanderia se localiza no prédio central da Santa Casa. A rouparia limpa será encaminhada duas vezes em cada período, e recolhida a rouparia utilizada também duas vezes em cada período, com recebimento, armazenamento e distribuição para as unidades de internação (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

O serviço de Endoscopia e Cistoscopia atualmente realizados no prédio principal da Santa Casa será transferido para a Unidade de Trauma (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

O serviço relacionado ao almoxarifado e farmácia será feito duas vezes por semana para atender a Unidade de Trauma. As atividades desenvolvidas implicam a guarda do sub estoque e distribuição de materiais e medicamentos, manutenção e controle de estoque-padrão de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, bem como a distribuição de medicamentos por doses individualizadas para todas as Unidades de Internação e Unidades de Apoio (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Ainda no primeiro pavimento, haverá uma sala de apoio à central de materiais, que terá como estratégia de fluxo o abastecimento da Central de Materiais Especializados para a Unidade de Trauma: material de consumo e vias respiratórias uma vez ao dia; materiais instrumentais serão transportados duas vezes em cada período e mais vezes se necessário (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Na sala de utilidades e distribuição da Central de Materiais Esterilizados do primeiro pavimento, será recebido o material pré-higienizado das unidades e será realizado lavagem do instrumental através da termodesinfectadora e acondicionamento para transporte para a CME do prédio principal, onde se fará a montagem dos materiais e caixas de instrumentais para serem esterilizados. Os materiais serão disponibilizados nos CTI com base de troca e nas enfermarias com mecanismo de senha (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

No segundo pavimento haverá um total de 53 leitos de enfermaria, cuja estratégia de fluxo destinará tais leitos preferencialmente para pacientes pós-operatório. Serão disponibilizados 10 leitos para a Unidade de Terapia Intensiva com a estratégia de fluxo de atendimento a pacientes preferencialmente procedentes do centro cirúrgico ou unidades de internação, com necessidade de cuidados intensivos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

No segundo pavimento haverá também um centro cirúrgico contendo 05 (cinco) salas cirúrgicas que será como estratégia de fluxo a realização de procedimentos ortopédicos de pequeno, médio e grande porte, de pacientes previamente classificados no pronto

atendimento, centralizado no prédio principal da instituição e definidos como trauma-ortopédico; realização de procedimentos dos pacientes internados e em regime ambulatorial. O Centro cirúrgico terá uma sala de material esterilizado para atender às necessidades das cirurgias, onde será desenvolvida a recepção de material limpo, armazenagem, distribuição para as salas cirúrgicas e Unidade de Terapia Intensiva (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Serão recolhidos os materiais das salas cirúrgicas ao término dos procedimentos e posteriormente encaminhados em containers fechados para sala de utilidades no primeiro pavimento, onde será conferido, lavado na termodesinfectadora e em containers fechados e posteriormente encaminhados à Central de Materiais Esterilizados no prédio central da Santa Casa (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Neste pavimento haverá uma sala de recuperação pós-operatória, contendo 08 (oito) leitos para recebimento, monitoramento, assistência médica, de enfermagem e realização de pequenos procedimentos (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

O segundo pavimento contará com 23 (vinte e três) leitos de enfermaria destinados preferencialmente para pacientes pós - alta da Unidade de Terapia Intensiva e pacientes pós-operatório (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Dentre os serviços de apoio que serão realizados na Unidade de Trauma-ortopédico, haverá o Laboratório, que utilizará os equipamentos do prédio central da Santa Casa e terá um espaço físico localizado no segundo pavimento – próximo ao Centro cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. Este Laboratório será utilizado para centralização dos exames, cuja coleta de material de rotina ocorrerá duas vezes por período e uma vez no noturno. As urgências serão atendidas em todas as solicitações, com plantão no noturno (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Haverá o serviço de Banco de Sangue com espaço físico no segundo pavimento - próximo da Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico, constando de geladeira, freezer, Plaquetário, balcões, armários, telefone e computador. A coleta de material e os exames solicitados serão executados no prédio central. Também a unidade contará com o serviço de Tomografia/Ressonância/ Ultrassom (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

A Unidade de Trauma-ortopédico contará com serviço de PABX, o que facilitará a comunicação com a central telefônica existente (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Haverá na Unidade de Trauma-ortopédico tecnologia do Sistema MV, 2 ramais, Sistema remoto (RADMIM). Atualmente a Santa Casa tem 43 módulos divididos em 5 (cinco) gestões: Gestão de Atendimento, Gestão Clínica, Gestão Financeira, Gestão Suprimentos e Gestão Apoio (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Para esta nova unidade de saúde, foi feito um estudo de impacto ambiental referente aos resíduos sólidos e o mesmo já foi finalizado e está em fase de adequação com a obra desta Unidade, mediante reforma e ampliação do Abrigo de Resíduos Sólidos da Santa Casa, adequando às necessidades de todo o complexo hospitalar, após à inclusão desta nova unidade de saúde em trauma ortopédico. Para se demonstrar o que será gasto na Unidade de Trauma-ortopédico no que se refere a serviços de apoio, deve-se conhecer o quantitativo de pacientes que serão atendidos na unidade. Para isso, explicita-se a seguir o cálculo para tal:

INTERNAÇÃO

Pac/dia internação = nº leitos X 30 dias X tx ocupação,

Logo, Pac/ dia = 100 X 30 X 0,85 = 2.550 PAC/DIA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pac/dia UTI = nº leitos X 30 dias X tx ocupação,

Logo, Pac/dia = 10 X 30 X 0,90 = 270 PAC/DIA

TOTAL DE PAC/DIA DO TRAUMA = 2.550 + 270 = 2.820

Sabendo-se que o total de paciente dia que a Unidade de Trauma-ortopédico irá atender serão previstos 2.820 pacientes. Segue amostra de alguns serviços de apoio que a Unidade de Trauma-ortopédico terá para o seu funcionamento, elencam-se o serviço de refeição e o serviço de lavanderia para mostrar a média de refeições e rouparia que serão utilizados nesta unidade. O estudo foi realizado no período de Outubro de 2013 a março de 2014 (ARQUIVOS SANTA CASA, 2014).

Tabela 08 - Refeições disponibilizadas na Santa Casa de Campo Grande – MS no período de outubro de 2013 a março de 2014.

	out	nov	dez	jan	fev	mar	total	Média mensal	Média diária
Pacientes	73.248	66.85	61.206	63.699	61.059	66.966	393.036	65.506	2.184
Funcionários	30.274	28.355	31.142	33.615	33.003	37.154	193.543	32.257	1.075
Médicos	4.884	4.673	4.326	4.269	4.407	4.884	27.443	4.574	152
Acompanhantes	5.757	5.176	8.724	5.508	5.235	5.235	35.635	5.939	198
Total	114.163	105.062	105.398	107.091	103.704	114.239	649.657	108.276	3.609
Pacientes dia	15.552	14.637	13.838	14.280	13.374	15.543	87.224	14537,30	484.578
Refeições por pac/dia	7,34	7,18	7,62	7,50	7,75	7,35	7,45	7,45	4577,45

Fonte: Santa Casa, 2014

Na tabela acima, verifica-se que, no período de outubro de 2013 a março de 2014 houve uma média diária de refeições disponibilizadas pela Santa Casa um total de 649.657 de refeições, neste mesmo período acima citado e de 3.609 refeições por dia e 108.276 refeições por mês.

Nota-se também que a quantidade de refeições por paciente dia é de 7,45 refeições por pac/dia mês. Sabendo que a Unidade de Trauma terá 2.820 pac/dia, é possível estimar um consumo próximo de 21.009 refeições/mês.

$$\text{Número de Refeições na Und Trauma} = \text{Refeições por Pac/Dia} \times \text{Pac/Dia} \text{ no período} \\ \text{Logo, } 2.820 \times 7,45 = 21.009$$

A Tabela 09, refere-se aos indicadores serão trabalhados para que não ocorra demora na entrega das roupas e de outros materiais que a Unidade de Trauma irá necessitar para o atendimento dos pacientes.

Tabela 09 - Quantidade de roupas utilizadas pelos pacientes no Centro Cirúrgico na Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.

	Out	Nov	dez	jan	fev	mar	Total	Media mensal	Média diária
Roupas lavadas (Kg)	11.066	110.641	120.836	120.231	116.220	133.413	718.407	119.735	3.991
Roupas por Kg / pac/ dia	15.552	14.637	13.838	14.280	13.374	15.543	87.224	14537,30	484,578
	7,53	7,56	8,73	8,42	8,69	8,58	8,58	8,24	8,24

Fonte: Santa Casa, 2014

Na tabela acima, verifica-se que, no período de outubro de 2013 a março de 2014 houve uma média diária de quilos de roupa lavada disponibilizadas pela Santa Casa um total de 87.224 de quilos por paciente dia, neste mesmo período acima citado e de 485 quilos por paciente dia por dia e 14.537 quilos por paciente dia por mês. Nota-se também que a quantidade de quilos por paciente dia é de 8,24 quilos de roupa por pac/dia mês. Sabendo que a Unidade de Trauma terá 2.820 pac/dia, é possível estimar um consumo próximo de 23.236 quilo de roupas por paciente dia por mês.

$$\text{Quantidade de quilos de roupas na Unidade de Trauma} = \text{Quilo de Roupa por Pac/Dia} \times \text{Pac/Dia} \text{ no período, Logo, } 2.820 \times 8,24 = 23.236 \text{ Kg/pac-dia.}$$

A Tabela 10 refere a quantidade de Recursos Humanos que será necessário para que a Unidade do Trauma funcione adequadamente. Esta quantidade também é geradora de

impacto para o desenvolvimento local, pois aumenta a disponibilidade de vagas de trabalho, melhorando a qualidade de vida, gerando renda a comunidade. Outro aspecto importante é que esta nova unidade também aumenta as demandas para o comércio local, principalmente nas imediações da Santa Casa (mais hotéis, mais estabelecimentos de alimentação, medicação, dentre outros), também sendo geradora de renda.

Tabela 10 - Estimativa da quantidade de Profissionais para Unidade do Trauma da Santa Casa de Campo Grande – MS, 2014.

FUNÇÕES	QTD
Ascensoristas	15
Assistentes sociais	3
Auxiliar de escritório	7
Auxiliar de higienização	46
Auxiliares de farmácia	14
Bioquímico	1
Chefia de enfermagem	1
Copeiras	12
Enfermeiros	35
Escrutária	8
Farmacêuticos	4
Fisioterapia	13
Psicólogo	2
Fonoaudióloga	2
Médico hospitalar	65
Plantonista hospitalar	4
Maqueiros	12
Nutricionistas	3
Porteiros	14
Recepção	5
Técnico de banco de sangue	2
Técnico de immobilização ortopédica	8
Técnico em radiologia	18
Técnicos de enfermagem	270
Total	564

Fonte: Santa Casa, 2014

Hospitais filantrópicos do SUS, necessitam estar com seus custos operacionais organizados, a fim de realizar uma contratualização de forma adequada para suprir as necessidades e demanda da Unidade (Tabela 11).

Tabela 11 - Estimativa de Custo em % da Unidade de Trauma da Santa Casa de Campo Grande -MS.

	%
Despesas com pessoal	56,81
Subtotal Das Despesas com Pessoal	56,81
Honorários Médicos	
Subtotal dos Honorários Médicos	4,08
Materiais e Medicamentos	
Subtotal Materiais e Medicamentos	20,81
Exames de Diagnósticos e Tratamento	10,17
Serviços Públicos	
Subtotal Dos Serviços Públicos	1,19
Outros Custos Indiretos	
Subtotal De Outros Custos Indiretos	6,95
Total de Custos Diretos e Indiretos	100

Fonte: Santa Casa, 2014

Na Santa Casa, todos os processos são realizados por meio de normativas que indicam os procedimentos que os colaboradores devem realizar para que exista uma sinergia no desempenho das atividades.

A Santa Casa está realizando um estudo de viabilidade da implantação da Unidade do Trauma, afim de estimar o custeio, tanto em recursos materiais, quanto em recursos humanos, além de equipamentos e mobiliários necessários para equipar esta unidade de saúde, tornando-a estruturada suficientemente para a finalidade a que se destina.

Além disso, a Santa Casa realiza periodicamente a análise das etapas previstas no planejamento estratégico no sentido de avaliar cada serviço executado e quais deverão ser realizados segundo o plano de ação, visando primordialmente a qualidade dos trabalhos e a diminuição nos gastos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a Santa Casa de Campo Grande é hospital de muita importância pelos aspectos históricos abordados, tendo em vista que o referido nosocômio possui grande relevância para os atendimentos de alta complexidade, sendo que o mesmo está credenciado como centro de referência às diversas especialidades, no entanto, sua capacidade de leitos em trauma ortopedia é insuficiente para atender as demandas da rede de saúde local e regional. Houve, portanto, a necessidade de realizar um projeto frente às entidades do poder público no âmbito federal, estadual e municipal para reformar a unidade de saúde para a implantação de serviços especializados ao atendimento dos usuários em trauma ortopedia, visando o aprimoramento de procedimentos internos e externos, que em última instância resultariam na otimização dos procedimentos hospitalares.

Concomitantemente ao projeto supramencionado, o hospital está realizando estudos de viabilidade econômica para adequar os serviços de apoio necessários para suprir as necessidades da Unidade do Trauma, ou seja, adequando a gestão de suprimentos, serviço de lavanderia e rouparia, serviço de nutrição e dietética, entre outros que se fizerem necessários para o aprimoramento de seus processos, no intuito de alinhar e controlar as suas atividades internas para que haja uma sustentabilidade econômica da instituição, realizando com êxito as suas atividades e executando a sua produção com efetividade, frente à regulação dos processos.

Além do impacto econômico da própria instituição, a Santa Casa também vem desenvolvendo estudos que permeiam os trabalhos sociais da organização, verificando impactos levantados a partir dos atendimentos realizados, por intermédio da assistência social aos usuários do serviço em saúde pública, utilizando-se do acolhimento ao paciente e demais acompanhantes, com escuta ética e adequada das necessidades do próprio usuário no momento de sua procura ao serviço de saúde. Levando-se em conta a importância na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

Para que se obtenha melhora da qualidade dos indicadores analisados há necessidade que a gestão seja realizada de forma a acompanhar os processos de apoio e demandas institucionais.

A Unidade do Trauma representa um impacto para o desenvolvimento local, tanto para os usuários do município de Campo Grande, quanto para toda a demanda reprimida na região do estado de Mato Grosso do Sul. Espera-se que esta unidade seja inaugurada em 2017, tendo

em vista que os investimentos já estão sendo disponibilizados para a execução da obra, além de toda a mobilização necessária para o seu funcionamento, tanto em serviços de retaguarda dentro do complexo hospitalar, quanto em equipamentos e mobiliários a serem adquiridos para equipar a nova unidade do hospital. O trabalho de contingência reflete também no dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades do usuário para esta especialidade em questão, ou seja, focado em trauma ortopédico, articulando equipes técnicas para pontuar os conjuntos de práticas capazes de potencializar a atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência. Este trabalho abrangente resultará na horizontalização do cuidado, ou seja, na forma organizada do trabalho e atenção à saúde por intermédio de uma equipe multiprofissional de referência, totalmente atuante nesta linha de cuidado.

A Unidade do Trauma terá grande relevância aos gestores da saúde pública, ou seja, com a implantação desta nova unidade de saúde, haverá grandes benefícios aos gestores do SUS, tanto para a Secretaria Municipal de Saúde, quanto para a Secretaria de Saúde do Estado de MS, principalmente com relação ao impacto assistencial refletido em seus mecanismos de regulação, como o Núcleo Interno de Regulação (NIR), que constitui a interface com as Centrais de Regulação para mapear o perfil de complexidade assistencial da referida instituição de saúde no âmbito do SUS disponibilizando de forma estruturada as consultas ambulatoriais, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, como também os leitos de internação, de acordo com critérios pré-definidos ao atendimento. A implantação de novas enfermarias, salas cirúrgicas e leitos de UTI da Unidade do Trauma propiciará ao NIR uma considerável diminuição no tempo de espera por vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, considerando as dificuldades atuais para a disponibilização dos leitos de internação e vários outros serviços para atender a enorme demanda advinda da população.

No que tange ao desenvolvimento socioeconômico da região, a Santa Casa está estimando em seu estudo de viabilidade um investimento de aproximadamente 15 milhões de reais em equipamentos e mobiliários necessários para equipar a nova unidade de saúde, atraindo indústrias e demais organizações para a região no intuito de concentrarem seus investimentos e serviços contínuos para o atendimento da Santa Casa, sendo esta a única qualificada como centro de referência em trauma ortopédico do estado, de acordo com o Sistema Nacional de Cadastros de Estabelecimentos em Saúde (SCNES). A mobilização de novas parcerias na região será relevante para a economia local, movimentando o mercado imobiliário por conta das instalações de empresas e de outras representações do ramo hospitalar.

Além disso, a Santa Casa de Campo Grande também estima a contratação de aproximadamente 450 novos profissionais para a Unidade de Trauma, que será negociado frente aos entes públicos que contribuirão financeiramente por meio de uma contratualização dos serviços prestados ao SUS. Serão diversos profissionais da enfermagem, administrativo, serviços de apoio, serviços de diagnóstico, entre outros que farão parte de uma rede de saúde abrangente nesta linha de cuidado, ou seja, rompendo as barreiras do hospital e alcançando os usuários por meio do acolhimento humanizado para um tratamento satisfatório. O aumento no quadro trará resultados positivos, gerando empregos e favorecendo para a qualidade de vida dos profissionais ali instalados.

Portanto, conclui-se que a Unidade do Trauma possui uma notória relevância, tendo em vista a sua importância para melhorar a expectativa assistencial da população, que abrange não somente a região municipal, como também aos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, levando em conta a capacidade de absorver uma demanda reprimida ao tratamento especializado em trauma ortopédico. Esta notoriedade também deve atingir com certa relevância o desenvolvimento econômico da região sul-mato-grossense, por intermédio das novas oportunidades de negócio, altamente atrativas para o mercado da linha hospitalar, movimentando de forma crescente a economia desta região devido ao tratamento contínuo e especializado em trauma ortopedia, um diferencial que pode atrair usuários de outras regiões do país.

REFERÊNCIAS

- ALBAGLI, Sarita; MACIEL, Maria Lúcia. Informação e conhecimento na inovação e no Desenvolvimento Local. 2004. **Ciência da Informação**, V. 33, n. 3, p.9-16, set./dez. 2004. Brasília: 08.
- ÁVILA, Vicente Fideles de et al. Formação Educacional em Desenvolvimento Local: relato de estudo em grupo e análise de conceitos. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local**: Campo Grande (MS), v.1, n.1, p. 63-76, 2000.
- ÁVILA, Vicente Fideles de et al. **Formação educacional em desenvolvimento local**: relato de estudo em grupo e análise de conceitos. Campo Grande: UCDB, 2001.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988
- BUARQUE, Sérgio. Metodologia de planejamento do Desenvolvimento Local e municipal sustentável. **Projeto de Cooperação Técnica INCRA/IICA**. Brasília, 1999.
- CHERUBIM, N.A e SANTOS, N.A. **Administração hospitalar**: fundamentos. 3.ed.São Paulo:Loyola,2002.
- ELIZALDE, Antonio. **Desarrollo a escala humana**: conceptos y experiências. 2000. Revista Internacional de Desenvolvimento Local – Interações. v. 1, n. 1, p. 51- 62. Campo Grande: 09.
- FOLLAND Sherman, GOODMAN Allen C., STANO Miron. **A economia da saúde**, 5.ed,[s/l, s/n], 2008,
- FONTAN, Jean-Marc e Vieira P. F. Por um enfoque sistêmico, ecológico e “territorializado”. In: Trembaly, G. e Vieira, P. F (org’s). **O papel da universidade no Desenvolvimento Local**. Florianópolis: Editora Secco, 2011.
- KLIKSBERG, Bernardo. Capital social e cultura: chaves esquecidas do desenvolvimento. Brasília-DF, 2003. KOGA, D. e NAGANO, K. Perspectivas Territoriais e Regionais para políticas públicas brasileiras. **Cadernos Abong**, 2003.
- LE BOURLEGAT, C. A. Desenvolvimento Local na abordagem territorial do atual sistema-mundo. In: Trembaly, G. e Vieira, P. F (org’s). **O papel da universidade no Desenvolvimento Local**. Florianópolis: Editora secco. 2011.
- LEITE, Leandro Henrique e MARQUES, Heitor Romero et. al., **Assistência Social e desenvolvimento local com enfoque territorial**. Verlag: Novas Edições Acadêmicas.
- LÓPEZ, Tereza. Servicio social y desarollo local. In: **Colegio de Asistentes Sociales**. Chile, 1991.
- MARTINS, Sérgio Ricardo Oliveira. Desenvolvimento Local: questões conceituais e metodológicas. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local – Interações**. Campo Grande, v. 3, n. 5, p. 51-59, set. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão hospitalar:** uma visão atual do futuro. Administração Hospitalar Brasil. Brasília, 2000.

PORTELA, M.C. *et al.*, Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** V. 38, n. 06, Rio de Janeiro, 2004.

RAFFESTIN, Claude. **O que é o Território?** In: Por uma Geografia do Poder. São Paulo: Ática, 1993.

ARQUIVO SANTA CASA, Relatório de atividades, 2014.

_____. **Históricos da Associação Beneficente de Campo Grande - Santa Casa,** 2016.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, M. et al. **Território:** globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.

SOUZA, F. M. e SOARES, E.. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo refletivo. **Revista brasileira de enfermagem**, v.59, n. 05, Brasília, set/out, 2006.