

RÔMULO GUSTAVO DE MORAES OVANDO

**HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
COMPLEXO HOSPITALAR DA ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SANTA CASA DE
CAMPO GRANDE/MS**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2019**

RÔMULO GUSTAVO DE MORAES OVANDO

**HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
NO COMPLEXO HOSPITALAR DA ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SANTA CASA DE
CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades – mestrado e doutorado acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência final para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob a orientação da Professora Doutora Cleonice Alexandre Le Bourlegat. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)
Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana

096h Ovando, Rômulo Gustavo de Moraes
 Humanização dos serviços de saúde no complexo hospitalar
 da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande-MS/
 Romulo Gustavo de Moraes Ovando; orientação da Prof^a
 Dr^a Cleonice Alexandre Le Bourlegat.-- Campo Grande,
 MS : 2019.

117 p.: il.;

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande-MS, 2019

Bibliografia: p. 99 a 107

1. Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande-MS
- Administração. 2. Hospitais - Campo Grande (MS)
- Humanização. 3. Riscos hospitalares - Responsabilidade
judicial. I. Bourlegat, Cleonice Alexandre Le. II.
Título.

CDD: Ed. 21 -- 362.11098171

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: “Humanização dos serviços de saúde no complexo hospitalar da associação beneficente Santa Casa de Campo Grande/MS”.

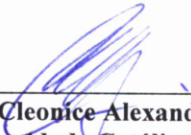
Área de concentração: Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Dinâmicas de Inovação em Desenvolvimento Territorial.

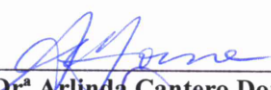
Dissertação submetida à Comissão Examinadora designada pelo Conselho do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

Exame de Defesa aprovado em: 16/08/2019

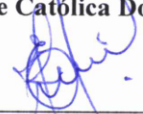
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Cleonice Alexandre Le Bourlegat
Universidade Católica Dom Bosco



Profª Drª Arlinda Cantero Dorsa
Universidade Católica Dom Bosco



Profª Drª Elisaide Trevisam
Universidade Católica Dom Bosco

"Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou teu DEUS; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça." Isaías 41:10.

*A todos os que trabalham e
pesquisam a relevância dos
tratamentos médicos
humanizados como forma de
inclusão social, desenvolvimento
humano e local e garantidor da
dignidade da pessoa humana.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar e acima de tudo a Deus, por ter me concedido o dom da sabedoria, proporcionado força, perseverança, dedicação, resiliência e paciência para seguir em frente e concluir não somente este trabalho, mas também o curso tão almejado e sonhado. A Ele toda honra e glória!

Aos meus pais, Luiz Alberto Ovando e Clotildes de Moraes Ovando, pelo amor incondicional, valores e princípios concedidos e que, sem os quais, nada seria; foram eles o meu alicerce, sustentando e guiando-me nos caminhos da sabedoria com muita ajuda, compreensão e carinho. Aos senhores, que muitas vezes renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, compartilho a alegria deste momento. Os senhores são e sempre serão a minha motivação diária para alçar novos voos e alcançar novos objetivos.

Aos meus amados irmãos Sanmila de Moraes Ovando, Luiz Alberto Ovando Filho e Ramon Gustavo de Moraes Ovando, pelo entusiasmo, carinho e pela grande atenção e ajuda. A distância não nos separa, pois o meu coração sempre estará com vocês e o de vocês sempre estará comigo. Amo-os infinitamente!

À minha amada, doce, meiga e maravilhosa esposa Raíssa Varrasquim Pavon Ovando, mulher sábia e que edifica o seu lar, mulher virtuosa que Deus me concedeu para caminhar sempre ao meu lado. Sem você esse sonho jamais poderia ter se tornado realidade, pois você foi essencial e continua sendo imprescindível para alcançarmos juntos novas conquistas, sempre me fortalecendo nos momentos de adversidades e me incentivando a acreditar em mim mesmo e a prosseguir. Muito obrigado por não desistir de mim e acreditar no meu potencial. Te amo!

Aos meus sogros Walter Pavon e Akéber Nazarét Varrasquim Pavon, por receberem a mim e a minha família com tanto amor e carinho.

À minha professora orientadora e exemplo profissional, Cleonice Alexandre Le Boulergat, que caminhou incansavelmente ao meu lado do início ao fim do programa de pós-graduação *stricto sensu*, sem pestanejar e sempre com palavras inspiradoras nos momentos de maiores dificuldades e angústias, bem como por todo conhecimento transmitido, paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

A todos os meus estimados professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local, os quais sempre transmitiram o vasto e imensurável conhecimento que possuem de maneira polida, compreensiva e com muita seriedade. Estendo meus

agradecimentos, de forma especial, a Arlinda Cantero Dorsa, Heitor Romero Marques, Pedro Pereira Borges, Michel Constantino, Maria Augusta de Castilho e Dolores Pereira Coutinho, professores os quais guardo muita admiração, respeito e estima.

Aos meus colegas de curso, pois juntos caminhamos do princípio ao fim; muitas vezes fraquejamos, mas sempre nos apoiamos para não desistirmos e seguirmos em frente.

À Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS por toda integridade, disponibilidade e informação científica cedida para consulta e realização do presente trabalho.

Aos entrevistados que se dispuseram e se prontificaram a fornecer um pouco de seu tempo para a realização de entrevistas que deram suporte e embasamento a esta dissertação.

Ao Instituto Histórico e Geográfico de Mato Grosso do Sul, na pessoa de Maria Madalena Dib Mereb Greco, por ter fornecido, de maneira altruísta e voluntária, um grande acervo histórico a respeito da origem da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, que muito contribuiu para esta dissertação.

À Universidade Católica Dom Bosco meus sinceros agradecimentos e sentimentos de afeto, admiração e estima pelo acolhimento e amparo, sempre embasados nos princípios de Dom Bosco, desde o meu ingresso, na qualidade de acadêmico do curso de direito, nesta honrosa instituição no ano de 2008.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por ter tornado viável financeiramente a concretização deste sonho por intermédio da concessão de bolsa de estudo para o mestrado acadêmico.

Por derradeiro, a todos que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho e, por conseguinte, para a materialização do sonho de me tornar mestre.

OVANDO, Rômulo Gustavo de Moraes. Humanização dos serviços de saúde no complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande/MS. 117f. 2019. Dissertação. Mestrado em Desenvolvimento Local. Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi identificar, no contexto em que foi constituída e funciona atualmente a Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, as iniciativas e o protocolo de gerenciamento de riscos relativos ao atendimento humanizado, no sentido de garantir esse direito humano à saúde. Para o encaminhamento da pesquisa foi adotado o método da complexidade, procurando-se inserir o objeto de pesquisa em seu devido contexto, para melhor compreendê-lo. Além de um referencial bibliográfico e documental inicial, foram utilizadas as fontes documentais e informações institucionais construídas no âmbito desse ambiente hospitalar. A pesquisa permitiu verificar que, a exemplo de outras Santas Casas no Brasil, sua constituição inicial se destinou ao atendimento dos segmentos mais pobres e vulneráveis, com apoio financeiro de uma elite e do trabalho voluntário, regida pelo princípio da misericórdia. No decorrer dos anos, a estrutura foi ampliada e se tornou complexa, até essa instituição ser inserida nas redes do SUS como instituição filantrópica. Esse processo alterou parte de sua natureza inicial e a ABCG passou a se enquadrar nas exigências dos princípios de humanização do SUS, entre 2015 e 2017. Ainda que esse complexo hospitalar, a exemplo de outras Santas Casas, venha enfrentando dificuldades internas de reestruturação de natureza física, financeira e administrativa, a pesquisa permitiu verificar que as iniciativas e gerenciamento de riscos relativos ao processo de humanização têm sofrido relativos avanços.

Palavras - Chave: Humanização da saúde; Gerenciamento de riscos; Judicialização; Desenvolvimento local.

OVANDO, Rômulo Gustavo de Moraes. Humanização dos serviços de saúde no complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande/MS. 117f. 2019. Dissertação. Mestrado em Desenvolvimento Local. Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify in the context in which the Santa Casa de Campo Grande – MS Beneficent Association was constituted and currently operates, the initiatives and the risk management protocol related to humanized care, in order to guarantee this human right to health. For the forwarding of the research was adopted the complexity method, trying to insert the research object in its proper context, to better understand it. In addition to an initial bibliographic and documentary framework, the documentary sources and institutional information constructed within this hospital environment were used. The survey found that, like other Santas Casas in Brazil, its initial constitution was intended to serve the poorest and most vulnerable segments, with financial support from an elite and voluntary work, governed by the principle of mercy. Over the years the structure was expanded and became complex, until this institution was inserted in SUS networks, as a philanthropic institution. This process changed part of its initial nature and ABCG began to meet the requirements of SUS humanization principles between 2015 and 2017. Although this hospital complex, like other Santas Casas, has been facing internal difficulties of restructuring, either Physical, financial and administrative nature, the research allowed to verify that the initiatives and risk management related to the humanization process have undergone relative advances.

Keywords: Humanization of health; Risk management; Judicialization; Local development.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Projeto de Firmo Dutra & Cia da obra da Santa Casa de Misericórdia.....	63
Figura 2	Obra do pavilhão de 750 leitos iniciada em 1977.....	65
Figura 3	Vista parcial do complexo hospitalar da Santa Casa de Campo Grande –MS	78
Figura 4	Classificação de incidentes e eventos adversos.....	92
Figura 5	Metodologia prescrita no Protocolo de Londres.....	93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução do número de processos de saúde em 1ª instância.....	22
Gráfico 2	Evolução do número de processos de saúde distribuídos por ano em 2ª instância.....	23
Gráfico 3	Número de processos de saúde por assunto no período de 2008-2018.....	24
Gráfico 4	Classificação geral da ABCG.....	85
Gráfico 5	Informações recebidas no Atendimento Inicial no âmbito do SUS.....	86
Gráfico 6	Tempo de espera para o atendimento médico no âmbito do SUS.....	86
Gráfico 7	Respeito à privacidade do usuário em relação a outras pessoas e pacientes no âmbito SUS.....	87
Gráfico 8	Escolha pelo hospital.....	87
Gráfico 9	Cordialidade e atenção hospitalar com os usuários no âmbito SUS.....	88
Gráfico 10	Orientações médicas fornecidas.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Falhas no atendimento que culminam em “condições desumanizantes”.....	36
Quadro 2	Princípios do tratamento humanizado.....	38
Quadro 3	Linhas de ação na promoção da humanização.....	39
Quadro 4	Unidades da Infraestrutura Física do Complexo Hospitalar.....	75
Quadro 5	Objetivos geral e específicos da Comissão de Humanização.....	80
Quadro 6	Princípios da Humanização adotados na ABCG.....	81
Quadro 7	Formulários de pesquisa do SAC (ABCG).....	84
Quadro 8	Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS.....	91
Quadro 9	Categorias de consequências e respostas.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCG – Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARTS. – Artigos
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão
CATES – Câmara Técnica em Saúde
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTI – Centro de Terapia Intensiva
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
EAs – Eventos Adversos
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO – International Organization for Standardization
NBR – Norma Brasileira
ONU – Organização das Nações Unidas
OMS – Organização Internacional da Saúde
PA – Pronto Atendimento
PGE – Procuradoria Geral do Estado
PNH – Programa Nacional de Humanização
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRONTOMED – Pronto-atendimento Médico
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	JUSTIFICATIVA E REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	21
2.1	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	21
2.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	28
2.2.1	Método.....	28
2.2.2	Objeto da Pesquisa.....	29
2.2.3	Procedimentos Metodológicos.....	29
2.2.4	Organização, análise e interpretação dos dados da pesquisa.....	30
3	O DIREITO À SAÚDE ANTE O ARRIMO CONSTITUCIONAL DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	31
3.1	O DIREITO À SAÚDE: PRINCÍPIOS APLICÁVEIS AO TRATAMENTO HUMANIZADO.....	31
3.2	HUMANIZAÇÃO EM ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	35
3.3	HUMANIZAÇÃO COMO UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E LOCAL.....	42
3.4	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL.....	43
3.5	GESTÃO HOSPITALAR NO MODELO DE SAÚDE HUMANIZADA: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES.....	46
3.6	GERENCIAMENTO LEGAL DO RISCO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	49
4	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE – MS.....	53
4.1	ORIGEM DA SANTA CASA E O COMPROMISSO COM A MISERICÓRDIA.....	53
4.1.1	Origem das Santas Casas de Misericórdia no contexto histórico português.....	53
4.1.2	Origem da Santa Casa de Misericórdia no contexto histórico brasileiro	56
4.1.3	Origem da Santa Casa de Misericórdia em Campo Grande – MS.....	61
4.2	INSERÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEU COMPROMISSO COM O ATENDIMENTO HUMANIZADO.....	66
4.2.1	Breves considerações a respeito da origem do SUS no Brasil.....	66
4.2.2	Princípios que embasam o SUS e suas respectivas características.....	68
4.2.3	Integração dos Entes Federativos e redes: regionalização e hierarquização da saúde.....	69
4.2.4.	Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande - MS integrada ao SUS.....	70
5	COMPLEXO HOSPITALAR DA ABCG: PERFIL ESTRUTURAL, INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO E PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	74
5.1	PERFIL ESTRUTURAL DO COMPLEXO HOSPITALAR.....	74
5.2	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO DA ABCG: INICIATIVAS DE ATENDIMENTO HUMANIZADO.....	79

5.3	SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A ÓPTICA DOS USUÁRIOS (SAC).....	83
5.4	PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	99
	ANEXOS.....	108

1 INTRODUÇÃO

Ao tratar dos serviços de saúde existentes no território nacional, mostra-se importante frisar que, não obstante os esforços empenhados pelo Sistema Único de Saúde, agora denominado SUS, inúmeros fatores contribuem para a não redução da problemática associada a questões como: filas quilométricas para atendimentos, tratamentos desrespeitosos e insensibilidade de alguns profissionais diante do sofrimento humano, isolamento das pessoas em relação às suas redes sócio-familiares, práticas de gestão não raramente autoritárias, deficiências nas condições concretas de trabalho, bem como degradação nos ambientes e nas próprias relações de trabalho.

Por outro lado, as inovações constantes na medicina podem colocar o profissional da saúde em situações não antes experimentadas, como: eutanásia, reprodução assistida, transplantes, esterilização humana, dentre outros. Isso vem contribuindo para o aumento expressivo de processos judiciais decorrentes tanto de desconhecimento do profissional ou do próprio paciente sobre o procedimento a ser aplicado, quanto dos conhecidos erros médicos, caracterizando a chamada “judicialização da saúde”.

Nessa esteira, o Poder Judiciário se tornou a principal via para solucionar os conflitos relacionados aos serviços médicos em geral, como: o acesso a medicamentos, próteses, vagas para internação no SUS e hospitais privados, erros médicos, negativas de tratamentos por planos de saúde, falta de informação aos pacientes sobre o tratamento, dentre outros. Por tal razão, houve grande aumento dos casos apresentados ao Judiciário em face dos profissionais da saúde, envolvendo, principalmente, indenizações cíveis descomunais em decorrência do erro médico, ações criminais decorrentes da omissão de socorro, homicídios, exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica, etc., e, administrativos em face de profissionais da saúde, hospitais, clínicas, dentre outros, em razão de, por exemplo, deixar de atender pacientes injustificadamente.

Por conseguinte, os profissionais da saúde se veem diante de circunstâncias que os obrigam a assumir o compromisso de serem mais zelosos no exercício de suas funções e atribuições. Objetiva-se evitar desgastes emocionais com seus pacientes e, até mesmo, dissabores muito maiores com as demandas judiciais eventualmente intentadas, culminando em inconvenientes de ordem material, financeira e moral em desfavor dos profissionais.

Diante de tal contexto, o interesse do pesquisador pelo tema veio da atuação como advogado especializado em direito médico e hospitalar, bem como do convívio diário com

profissionais da saúde no seio de sua própria família. Essa experiência permitiu constatar o papel primordial que a medicina exerce na preservação e/ou restabelecimento da saúde daqueles que dela se socorrem, assim como da importância da prestação do atendimento humanizado e adequado por todo o conjunto de profissionais nele envolvidos.

Destarte, é preciso lembrar ainda que esse atendimento faz parte do chamado Direito à Saúde, consagrado no Ordenamento Jurídico Brasileiro como um dos Direitos Fundamentais de cunho social, previsto no artigo 6º da Constituição Federal e que integra o próprio direito à vida, previsto no artigo 5º da referida Carta Maior. Em relação ao Direito à Saúde, também é importante destacar as mudanças mais recentes na mentalidade social e comportamental em relação ao tratamento humanizado na saúde, com foco na pessoa humana que dele se socorre.

Essa forma de atendimento mais humanizado leva em conta novos valores e princípios, dentre eles a dignidade humana à qual se refere a Carta Magna. Essas novas práticas implicam grandes responsabilidades aos hospitais públicos e privados, clínicas e laboratórios, que precisam se atentar para as constantes atualizações que a medicina e sua legislação específica sofrem, no sentido de minimizar os eventos adversos que possam implicar em riscos de gestão.

Neste particular, a presente pesquisa se reporta ao complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande, o maior hospital do estado de Mato Grosso do Sul que, ao se integrar ao Sistema Único de Saúde, levou seus profissionais a envidado esforço para melhor se adequarem ao atendimento humanizado de seus pacientes. No entanto, um conjunto de fatores convergentes ainda parece dificultar esse processo, confirmado pela existência de um grande número de processos judiciais relacionados ao atendimento considerado inadequado por parte de pacientes, dificultando a gestão de risco hospitalar.

Assim, a presente pesquisa se mostra de todo relevante para o desenvolvimento humano e local, na medida em que possibilita a análise dos serviços relacionados à saúde dispensados no complexo da Santa Casa de Campo Grande – MS sob a perspectiva humana a tais serviços submetidos. A valorização do ser humano, com o atendimento humanizado e adequado à supressão de suas necessidades de saúde, afeto e cuidado, é um dos caminhos a serem trilhados na busca do mais pleno desenvolvimento, estruturado no ser e não no ter, na construção e não na imposição, tendo como resultado uma sociedade próspera, justa e igualitária.

Importante destacar que a presente pesquisa se amolda à linha de pesquisa 2 do Programa de Pós Graduação *stricto sensu* – mestrado e doutorado acadêmicos em Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades, identificada como “Políticas Públicas e Dinâmicas de Inovação em Desenvolvimento Territorial”, em seu grupo temático 1: “Políticas Públicas de Desenvolvimento Territorial”.

Diante dessa problemática vivida por grande parte dos hospitais e outras organizações relacionadas aos serviços em prol do atendimento humanizado da saúde, a presente pesquisa se voltou para o contexto específico em que se coloca a Santa Casa no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, para fazer o seguinte questionamento: **Quais têm sido as iniciativas do atendimento humanizado e o processo protocolar de gerenciamento de riscos utilizados no ambiente da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS?**

O objetivo geral da pesquisa foi identificar, no contexto em que foi constituída e funciona atualmente, a Associação Beneficente Santa Casa no Município de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, as práticas do atendimento humanizado, no sentido de garantir esse direito à saúde.

De modo mais específico pretendeu-se:

1-Contextualizar as funções de serviço de saúde delegadas à Santa Casa, desde suas origens em Campo Grande – MS e a partir de quando passou a fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS);

2-Analisar as iniciativas práticas e o protocolo de gerenciamento de riscos relacionados ao tratamento humanizado com o fim de garantir a dignidade da pessoa humana e o pleno acesso ao direito à saúde.

O trabalho foi desenvolvido através do método da complexidade, levando-se em consideração a complexa estrutura do hospital, inserido no contexto histórico de sua trajetória e da rede de atenção à saúde do SUS. Apoiou-se em fontes secundárias, incluindo um extenso material bibliográfico e documental, além de fontes documentais específicas geradas pela instituição objeto da pesquisa.

De mais a mais, buscou-se com a presente pesquisa ter o mais fidedigno conhecimento a respeito da situação atual das Santas Casas em seu comprometimento com os princípios de humanização da saúde, a efetividade de um tratamento humanizado e condigno com a patologia apresentada pelo usuário e a formulação de políticas públicas mais adequadas à sua participação na Rede SUS.

A redação do trabalho foi estruturada, além da introdução e considerações finais, em quatro capítulos. No primeiro deles foi delineada a principal justificativa do trabalho relacionada ao direito humano à saúde, assim como os referenciais metodológicos utilizados para tanto.

O segundo capítulo aborda o referencial teórico selecionado a ser utilizado na interpretação dos dados coletados e organizados.

No terceiro capítulo, fez-se a contextualização histórica da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, desde suas origens em Portugal e no cenário brasileiro, até a sua fundação em Campo Grande – MS com o compromisso assistencialista, para então buscar compreender sua inserção no SUS e sua transição para o compromisso com o atendimento humanizado.

Por fim, no último capítulo, foi analisada a organização estrutural do complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, bem como as iniciativas de atendimento humanizado e o protocolo de gerenciamento de riscos em uma abordagem do desenvolvimento humano e local.

2 JUSTIFICATIVA E REFERENCIAL METODOLÓGICO

Objetivou-se apresentar a justificativa da pesquisa em relação à crescente judicialização da saúde e suas implicações para o tratamento humanizado no ambiente hospitalar, assim como o método e a metodologia utilizados na implementação da pesquisa.

2.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

O direito à saúde foi previsto na Constituição Federal de 1988. É tido como direito fundamental, tendo em vista a dignidade humana e a essência do Estado Democrático. Disso, a Lei Orgânica da Saúde ou Lei do SUS (Lei nº 8.080/90) procurou dotar esse direito humano fundamental em seus vários aspectos e abrangência de situações e necessidades. No entanto, em face da precariedade dos serviços oferecidos, aliado a outros fatores, o usuário ingressa com ação judicial, buscando garantir seus direitos frente à iminência de permanecer sem o atendimento adequado ao seu caso.

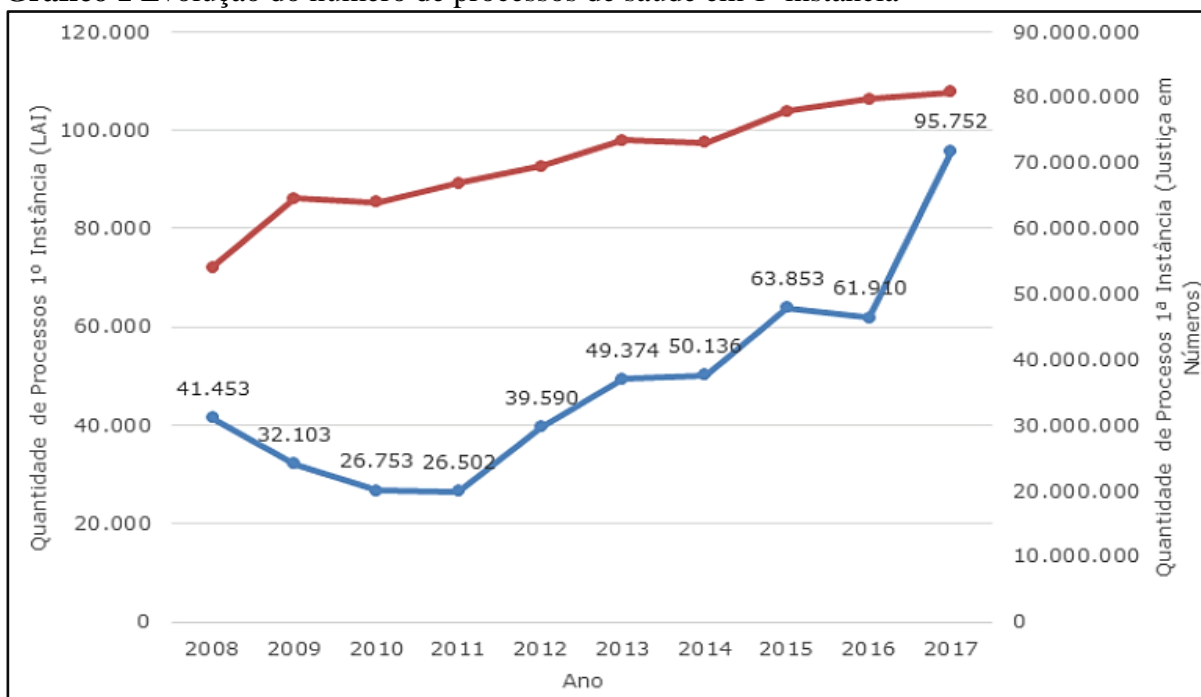
Desse modo, a judicialização da saúde, também conhecida como judicialização da medicina, tem sido compreendida como a busca ao Poder Judiciário pelo cidadão como a última alternativa para obtenção de determinado medicamento, incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ou não. O cidadão também busca por tratamentos específicos outrora negados pela administração pública (direta ou indireta) ou pelos planos de saúde, bem como os casos relacionados às imperícias, imprudências ou negligências cometidas pelos profissionais da saúde (FRANÇA, 2014; SOUZA 2017).

Além disso, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) define a judicialização da saúde como sendo um frequente conflito entre aspectos políticos e judiciais. Isso se dá devido ao fato de que os préstimos de saúde envolvem a distribuição de recursos escassos em uma sociedade complexa, com padrões epidemiológicos que equiparam o Brasil a países desenvolvidos e, ao mesmo tempo, a países subdesenvolvidos. Isso torna imprescindível especificar o que deve ser prioritário e qual deve ser o foco dessas prioridades, o que indubitavelmente gera, por consequência, disputas. Em síntese, a judicialização da saúde é compreendida através desta disputa estrutural por recursos, porém alcança patamares mais significativos em comparação com a relevância no mundo das relações socioeconômicas (CNJ, 2019).

Nessa esteira, o termo passou a ser utilizado com maior frequência dada a garantia e a promulgação dos direitos fundamentais e sociais por intermédio da Carta Magna de 1988, de forma que o país passou a experimentar a inovação da ordem constitucional. As políticas públicas passaram a ser discutidas diretamente em sede judiciária a partir da Constituição de 1988 e o Poder Judiciário passou a ter possibilidade de influenciar em questões ligadas a direitos sociais (VIANNA *et al*, 1999).

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça, houve um crescimento de 130% no número de processos judiciais ajuizados em primeira instância no Poder Judiciários relacionados ao direito à saúde no período compreendido entre 2008 e 2017. Referido percentual se mostra muito superior ao número total de processos judiciais que tramitam em primeira instância no Poder Judiciário (vide gráfico 1), conforme se infere do relatório do CNJ "Justiça em números" de 2008 a 2017 (CNJ, 2019).

Gráfico 1 Evolução do número de processos de saúde em 1ª instância



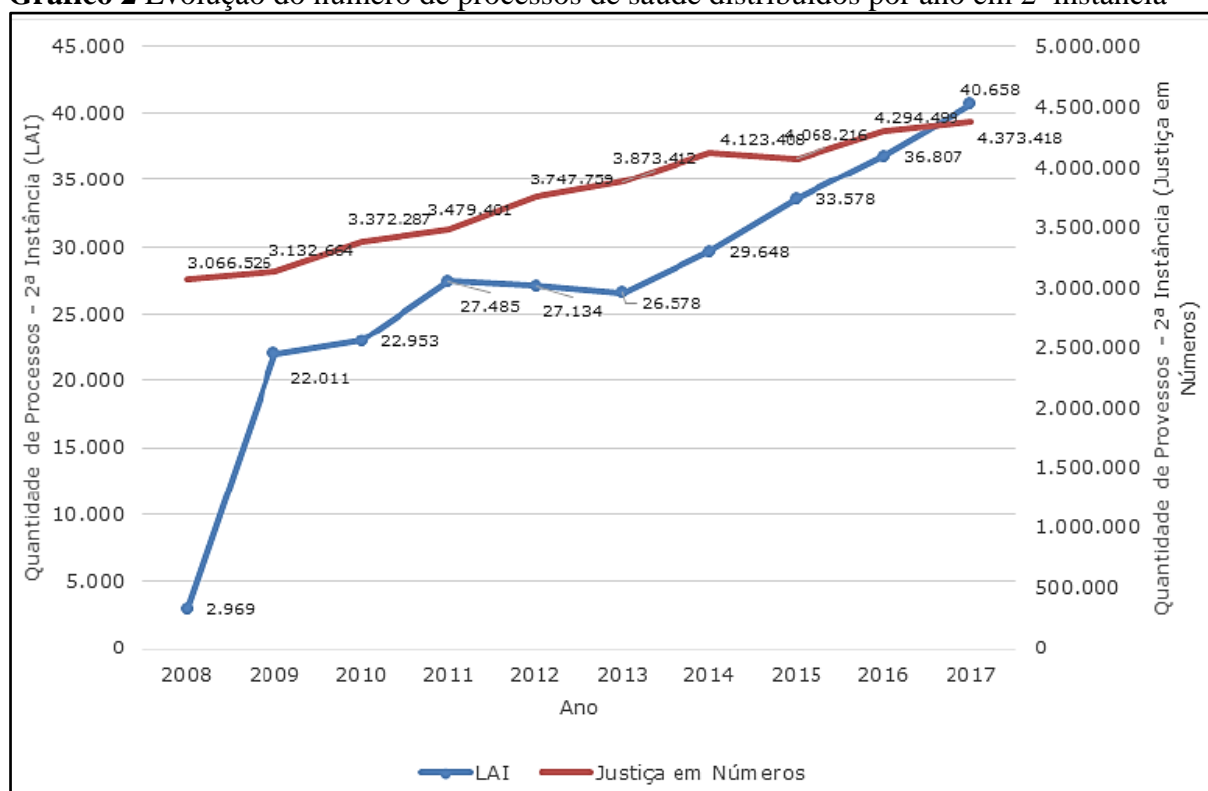
Fonte: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

No que tange aos processos ajuizados em segunda instância, o CNJ (2019) observou que, no ano de 2008, foram consignados apenas 2969 processos, sendo que, nos anos posteriores, o número de processos superou o patamar de 20 mil. Assim, de acordo com os relatórios obtidos pelo "Justiça em números", em 2008 havia 3.066.526 processos em trâmite na instância superior, ao passo que, nos anos posteriores, esse número foi aumentando de

maneira gradativa, com 3.132.664 no ano de 2009 até alcançar o patamar de 4.373.418 no ano de 2017.

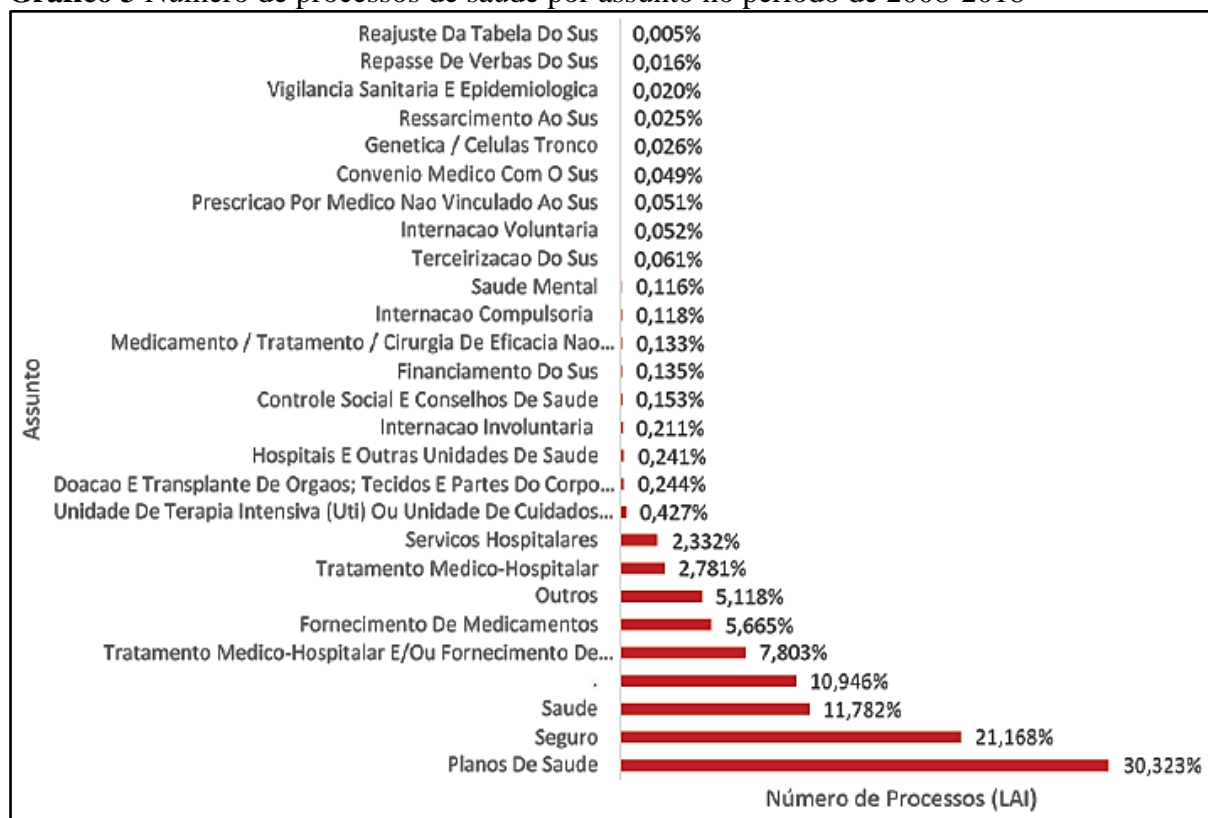
No número de processos ajuizados entre 2009 e 2017, foi observado pelo CNJ um aumento de aproximadamente 85% no número de ações relacionadas ao direito à saúde. Assim, restou apurado que houve um crescimento de 40% no número de processos ajuizados no período delineado acima, sendo que referido percentual, de acordo com o CNJ, é maior do que o dobro do verificado para o período em comparação ao número total de processos.

Gráfico 2 Evolução do número de processos de saúde distribuídos por ano em 2ª instância



Fonte: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

À vista disso, o CNJ (2019) também observou o percentual de processos judiciais, no âmbito nacional, por "assuntos" intrinsecamente ligados de maneira direta e indireta à saúde. Apurou-se-os na ordem a seguir: "Plano de saúde", "Seguro" e "Saúde", vindo logo em seguida de "Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de medicamentos". Verifica-se, portanto, um aumento expressivo dos processos judiciais envolvendo planos de saúde e seguro, demonstrando a pertinência e a relevância do litígio judicial no âmbito da saúde suplementar.

Gráfico 3 Número de processos de saúde por assunto no período de 2008-2018

Fonte: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

Logo, ante a garantia constitucional expressa no sentido de que a saúde é um direito social inerente a todos os cidadãos e também em decorrência do princípio constitucional da inafastabilidade do Poder Judiciário, várias ações judiciais começaram a ser ajuizadas em virtude do aparato deficitário estatal.

Trata-se, portanto, do reflexo de um sistema de saúde extremamente ineficaz e que não corresponde aos preceitos fundamentais estabelecidos na Constituição Federal, especificamente o disposto nos artigos 6º e 196. Além disso, podem ser vistos também como pontos referenciais para proporcionar políticas públicas e sociais de acesso do cidadão à saúde de forma integral e plena, respeitando-se o princípio da dignidade da pessoa humana inscrito no artigo 1º da Lei Maior.

Com efeito, da célere análise dos dispositivos mencionados, o legislador constituinte e ordinário buscou, através das legislações, minimizar os prejuízos com sequelas físicas ou psicológicas, ou até mesmo econômica e social, e também na ordem do relacionamento entre os vários seguimentos sociais com maior poder ou influência unilaterais, potencialmente agressores ou opressores individuais e coletivos com prejuízo ao desenvolvimento dos

talentos e capacidades da pessoa humana. Em síntese, é possível concluir que as legislações, no sentido lato, são a preocupação social e estatal com a preservação dos direitos humanos.

O Código de Ética Médica (RESOLUÇÃO CFM Nº 2217/2018) apresenta 25 princípios que norteiam a prática médica em prol de um objetivo comum: o bem estar do outro que, no caso específico, recebe o nome de paciente. No item I do capítulo I, apresenta-se que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza. No item II há um reforço do princípio inicial, com discreta redundância quando mostra que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Em contrapartida, os profissionais da saúde acabam se enveredando pelos caminhos da tecnologia e informatização da medicina em detrimento do tratamento humano e pessoal do paciente (ISMAEL, 2002; SOUZA, 2017). Isso fere o princípio fundamental que é o da ciência a serviço da saúde do ser humano (RESOLUÇÃO CFM Nº 2217/2018).

Paradoxalmente, há convivência dos familiares que não têm condições técnicas ou mesmo científicas de questionar determinados procedimentos e até chegam a estimulá-los. Os profissionais da saúde acreditam que tal atitude tem a finalidade de melhorar a condição clínica do paciente quando, na verdade, visa outros resultados que não o bem estar do paciente, deturpando, assim, a natureza da relação quase sagrada entre paciente e medicina (ISMAEL, 2002; KFOURI NETO, 2013; FRANÇA, 2014; SOUZA, 2017).

O profissional da saúde, no exercício de sua profissão, possui o dever de informar o paciente ou a sua família, apresentar o diagnóstico, indicar a metodologia e a técnica que deverão ser utilizadas e ainda mencionar os riscos e as possibilidades de cura que o paciente poderá ter (GONÇALVES, 2009). Da mesma maneira, os aspectos relativos aos fatores de risco que podem levar a eventos adversos e, por consequência, à judicialização são incalculáveis diante das situações que podem ocorrer no dia-a-dia de um nosocômio ou até mesmo em uma simples consulta entre o paciente e o profissional da saúde.

Por razões tecnológicas, informativas e sociais, é facilmente perceptível que se tornou frequente na sociedade o debate acerca da judicialização da saúde e, por conseguinte, alguns dos motivos que podem ensejá-la. Entre estes estão: o aumento da tensão entre profissional e paciente, maior facilidade de acesso ao Poder Judiciário, facilitação da defesa em juízo do chamado consumidor hipossuficiente (encontra-se em uma posição desfavorável na relação de consumo no que se refere aos aspectos econômicos, jurídicos e técnicos), possíveis vantagens

econômicas, erros médicos, iatrogenia (alteração patológica causada no paciente em decorrência de conduta humana), ausência ou negativas injustificadas de cobertura dos planos de saúde, ausência de fornecimento de medicamentos por parte dos Entes Federativos, precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS), falta de condições de trabalho dos profissionais da saúde, dentre outros (SOUZA, 2017).

Ademais, condutas simples como o compromisso da atuação profissional pode fazer toda a diferença para o enfermo que busca uma solução para sua patologia, haja vista que é dever dos profissionais da saúde buscar melhores condições de atendimento e não considerar a enfermidade como um resultado infeliz, inerente à fatalidade.

Além dos fatores supramencionados, há um extenso leque de possíveis razões facilitadoras da tão temida judiciliação da saúde, como: a mercantilização da medicina, a utilização da tecnologia na comunicação e avaliação do paciente em detrimento da análise clínica pessoal, as condições precárias de trabalho, abandono de pacientes, ausência de obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente ou de seu representante, desgastes na relação profissional da saúde e paciente, falsas garantias de resultados dos tratamentos, procedimentos realizados por profissionais não habilitados, dentre outros.

Ocorre, como bem lembra Silva (2013) que, diante do previsto na Constituição Federal, da necessidade imperiosa de garantir a proteção da dignidade ao ser humano frente a uma situação de ampla pobreza e má distribuição de renda, a efetivação desses direitos depende essencialmente do Estado. O grande problema da judicialização da saúde, nesse sentido, segundo essa autora, tem sido o custo dessas ações para o Estado, colocando em risco o prejuízo de outras políticas públicas. Essa situação se torna mais grave quando tais ações são interpostas aos municípios, possuidores de orçamentos menores e que não podem se furtar à responsabilidade imposta pelo Judiciário. Entre outras, pode surgir uma questão de ordem democrática, quando o Supremo Tribunal Federal, por exemplo, invalida o comando ou se sobrepõe a decisões presidenciais, gerando uma situação contramajoritária (SILVA, 2013).

É preciso ainda levar em consideração que a saúde é atualmente concebida de forma muito mais abrangente e complexa, envolvendo não só o aspecto curativo e preventivo, mas também o promocional. No caso da promoção, esta se liga a outras questões como: meio ambiente, qualidade de vida, cidadania e promoção da vida. Isso atribui forte complexidade ao seu entendimento e às decisões a serem tomadas diante de ações judiciais em saúde.

Importante o alerta que faz Silva (2013) para o fato de que no ordenamento jurídico brasileiro, previsto no Art. 6º, *caput*, e nos Arts. 196 e seguintes da Constituição, a saúde, como direito fundamental, é um dever tanto do Estado como da sociedade. Espera-se, nesse caso, que cada cidadão seja solidariamente responsável, uma vez que ele detém o poder político em suas mãos.

Desse modo, torna-se fundamental que se manifeste uma comunidade proativa na defesa dos preceitos constitucionais, especialmente quando lhes é concernente (SILVA, 2013). Afinal, um Juiz, por mais que possua capacidades, estas se restringem à área jurídica. Assim, ele terá maiores dificuldades para decidir problemas complexos como os da saúde. Entre as várias proposições, uma delas é a parceria com outras competências, via grupos de trabalho, que viabilizem decisões mais ajustadas.

Outro caminho apontado para dirimir as questões relativas ao direito em saúde, tem sido a juridicização, envolvendo a discussão de problemas do ponto de vista jurídico, antes de serem encaminhados na forma de demanda judicial. Implica, segundo Silva (2013), na formação de grupos de trabalho, com o suporte da comunidade, que favoreçam o levantamento de dificuldades e possíveis soluções.

Em Mato Grosso do Sul, conforme afirmam Nantes e Dobashi (2015), sob o impacto das demandas judiciais no orçamento da saúde, o governo estadual se deparou com a necessidade de organizar e promover a integração entre os gestores de saúde, advocacia pública, sistema judiciário e Secretaria Estadual de Saúde, visando reduzir o número de demandas judiciais em saúde. Afinal, o acúmulo de decisões judiciais começava a desorganizar a programação dos Núcleos Regionais de Saúde, conforme afirmas Nantes e Dobashi (2015).

Em função disso, em 2005, foi criado o Núcleo da Procuradoria Geral do Estado (PGE), inicialmente com um procurador, tendo evoluído até 2015 para seis procuradores do estado, atuando direta e exclusivamente junto às demandas judiciais em saúde. Paralelamente, ligado diretamente ao gabinete da Secretaria Estadual de Saúde, foi criada a Coordenadoria de Ação Judicial, composta de uma equipe multiprofissional, com a finalidade de monitorar e assessorar a secretaria no cumprimento das ações judiciais. Os dois grupos operavam em um mesmo ambiente físico, facilitando a comunicação entre os integrantes.

Por outro lado, a Secretaria Estadual de Saúde teve assento nas reuniões do Comitê Executivo Estadual de Saúde, criado junto ao Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Ainda, por meio de convênio estabelecido entre o estado, Tribunal de Justiça e o município de

Campo Grande – MS, criou-se a Câmara Técnica em Saúde (CATES), com o apoio de profissionais da saúde, visando subsidiar o Poder Judiciário com informações técnicas (NANTES; DOBASHI, 2015). De acordo com as autoras, muitos avanços ocorreram com essas iniciativas, sem que os resultados estivessem atingido o plenamente desejável, qual seja, o de reduzir o número de demandas judiciais em saúde, pois elas continuaram em curva ascendente.

A medida considerada mais efetiva para reduzir as demandas judiciais, segundo Nantes e Dobashi (2015), foi a nova tentativa que envolveu a integração da Secretaria Estadual de Saúde e o Poder Judiciário com equipes dos gestores municipais, por meio de viagens realizadas ao interior do estado. Nas reuniões, passou-se inicialmente a explicar rapidamente sobre Assistência Farmacêutica no SUS, Atenção à Saúde, Regulação Assistencial e Compra Pública. Em seguida, partiu-se para uma mesa redonda com todos os membros envolvidos nos conflitos da saúde local, para debaterem e dirimirem as dúvidas necessárias.

2.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

2.2.1 Método

Optou-se pelo método da complexidade, definido com base na teoria da complexidade de Edgar Morin (1999), tendo em vista a compreensão da questão colocada na pesquisa, que envolve a complexa estrutura hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, inserida no contexto histórico de sua trajetória e da rede de atenção à saúde do SUS, nas atuais turbulências de uma realidade em franca transformação, em uma situação de constante incerteza.

Tendo em vista o princípio hologramático, para se compreender o objeto de pesquisa, em sua complexidade e dinâmica, faz-se necessário inseri-lo em seu devido contexto, tanto histórico como na rede de relações (redes de atenção do SUS) do qual faz parte.

Os esforços de compreensão das questões envolvidas nessas situações complexas também exigem, segundo Morin (1999), abordagens mais interdisciplinares, visando religar diferentes saberes, de modo a tornar mais inteligível questões complexas envolvendo grande número de variáveis articuladas entre si.

O princípio metodológico da dialógica de Morin (1999) é utilizado na pesquisa como fio condutor na apreensão e compreensão da dinâmica dessa realidade complexa. Nesse processo, o pesquisador procura se inserir na realidade pesquisada, buscando manter contato com seus integrantes mediante instrumentos específicos de pesquisa, para melhor refletir criticamente e, assim, poder apreendê-la, ainda que de forma inconclusa. Para Paulo Freire (2005), esse diálogo com a realidade é uma forma de estar no mundo com o mundo. Por outro lado, a reflexão é pensar como é esse mundo, para poder apreendê-lo e compreendê-lo.

2.2.2 Objeto da pesquisa

O objeto dessa pesquisa foi o complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa, localizado no Município de Campo Grande, no estado de Mato Grosso do Sul, que já conta com uma Comissão de Humanização.

2.3.3 Procedimentos metodológicos

A imersão na realidade do objeto da pesquisa foi antecedida e acompanhada por uma revisão bibliográfica e documental. A revisão bibliográfica foi considerada fundamental para a construção do referencial teórico e para subsidiar as estratégias de investigação e análise dos dados a serem obtidos.

O complemento desse referencial por fontes documentais favoreceu ainda a identificação dos contextos necessários para se verificar as especificidades do objeto de pesquisa. Destacaram-se, de um lado, os documentos que permitiram recompor o contexto da origem e trajetória histórica da Santa Casa de Misericórdia e, de outro, o portal do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), fonte de pesquisa dos processos judiciais relacionados ao direito social e fundamental da saúde.

A imersão na realidade do complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS permitiu o acesso a fontes documentais específicas, geradas institucionalmente.

A página da ABCG na *internet* reúne parte das informações necessárias à pesquisa, especialmente, em relação a alguns aspectos históricos da instituição e à sua infraestrutura física.

Durante as visitas ao ambiente do complexo hospitalar foram obtidos documentos produzidos no âmbito da Diretoria Técnica, da qual faz parte a Comissão de Humanização, permitindo identificar os fundamentos da política de humanização (Regimento Interno/2017) e do protocolo de gerenciamento de riscos utilizados pelo hospital. Também foram empregados os resultados de uma pesquisa de satisfação paciente/acompanhante – comparativo realizado pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) –, no período compreendido entre janeiro e junho do ano de 2019, atingindo o número de 5.717 sujeitos pesquisados.

2.3.4 Organização, análise e interpretação dos dados da pesquisa

Mediante suporte da revisão bibliográfica, foram construídas as principais categorias conceituais que ajudaram a direcionar as estratégias de pesquisa e a refletir sobre os dados obtidos, tais como: direito à saúde, humanização da saúde, gestão legal do risco hospitalar, direitos humanos, desenvolvimento humano e local e cultura de humanização democrática.

Os documentos e outras formas de registros obtidos foram organizados criteriosamente. Num primeiro momento, tais documentos foram utilizados de forma estruturada para a construção do contexto histórico de origem e trajetória, assim como da inserção da Santa Casa de Misericórdia nas redes de atenção do SUS.

Os processos relativos à judicialização da saúde, obtidos junto ao Conselho Nacional da Justiça (CNJ) também foram organizados e classificados, de modo a vislumbrarem os principais motivos que levam os cidadãos usuários a fazer valer os seus direitos no acesso aos serviços desse complexo hospitalar.

Por fim, da coleta de dados institucionais obtidas junto à Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, foi possível definir a estrutura do complexo hospitalar analisado, assim como as iniciativas e as estratégias de gerenciamento de riscos do hospital relacionados à humanização.

Os resultados dos dados organizados foram analisados e refletidos mediante suporte do referencial teórico previamente estabelecido.

3 O DIREITO À SAÚDE ANTE O ARRIMO CONSTITUCIONAL DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O presente capítulo trouxe o referencial teórico selecionado para servir de apoio à implementação do processo de pesquisa, assim como à análise dos resultados obtidos.

3.1 O DIREITO À SAÚDE: PRINCÍPIOS APLICÁVEIS AO TRATAMENTO HUMANIZADO

O princípio da dignidade da pessoa humana está previsto expressamente na Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH (ONU, 1948), especificamente em seu artigo 1º. Também foi refletido na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 1º, inciso III, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

O referido princípio possui inúmeros valores semânticos e teleológicos, de forma que, no que tange o presente tema, pode ser compreendido como a busca da equidade entre os cidadãos sujeitos de direito, estabelecendo-se critérios para o desenvolvimento da sociedade, desde que devidamente respeitada à igualdade entre as pessoas. O princípio abordado teve grande relevância no universo jurídico, pois reformou os critérios relativos à definição e à aplicação daquilo que se conceitua como justiça, bem como a criação de normas jurídicas abstratas a serem aplicadas em situações concretas.

Além disso, trouxe consigo a ideia de valoração da pessoa humana, deixando expresso que o desenvolvimento humano é o valor máximo da democracia vigente no Estado Democrático de Direito Brasileiro. Acerca do desenvolvimento humano, Pavon (2018, p. 69) expõe que:

Entende-se que o Desenvolvimento Humano é um processo de ampliação das liberdades do indivíduo, relacionados às suas oportunidades de escolher e construir a vida que deseja ter, com a integral satisfação de suas necessidades essenciais. Este processo de expansão inclui aspectos de participação social, políticos, legais, religiosos, comunitários, relacionados à saúde, meio ambiente, economia e educação, elementos necessários para garantir ao indivíduo um leque de oportunidades dentro de um ambiente propício para que cada pessoa possa exercer seu potencial pleno.

Nesse sentido, é possível afirmar que o princípio da dignidade da pessoa humana compõe o mandamento basilar de todo o regramento jurídico. Os demais princípios existentes

são oriundos do princípio da dignidade da pessoa humana, pois tal fator se justifica pelo simples fato de que só é possível atingir a materialização dos demais direitos fundamentais do cidadão através da garantia da dignidade da pessoa humana.

Diante disso, é de suma importância demonstrar o viés filosófico a respeito do princípio da dignidade da pessoa humana. Nessa óptica, o homem, com a sua racionalidade, foi a última criação divina e, ao se encontrar na posição de centro do mundo, foi-lhe concedida a possibilidade de enxergar as coisas de maneira privilegiada, tendo, inclusive, a capacidade de decidir a respeito de si próprio, isto é, o livre-arbítrio e determinar o rumo que deseja seguir (MIRANDOLA, 2001). Para o autor, a dignidade do ser humano decorre de sua capacidade de criação, inovação e transformação de si mesmo e da própria natureza, buscando sempre o seu aperfeiçoamento e, por consequência, aproximando-se cada vez mais da imagem e semelhança de Deus.

Corroborando com o exposto, o homem pode ser considerado o centro do universo, visto que possui racionalidade e, portanto, daí decorre a sua dignidade (KANT, 1986). De acordo com o autor, o homem é considerado um fim em si mesmo, de forma que a dignidade deve ser apreciada sempre se considerando o fato concreto, não podendo atribuí-la de maneira genérica e desarrazoada. Isso se dá, pois aquilo que pode ser considerado digno para determinado cidadão pode não ser para o outro.

Nessa esteira, complementando os fundamentos de Kant, oportunos são os ensinamentos de Sarmento (2002, p. 59-60) no que se refere à dignidade da pessoa humana, ao afirmar que:

Na verdade, o princípio da dignidade da pessoa humana exprime, em termos jurídicos, a máxima kantiana, segundo a qual o Homem deve sempre ser tratado como um fim em si mesmo e nunca como um meio. O ser humano precede o Direito e o Estado, que apenas se justificam em razão dele. Nesse sentido, a pessoa humana deve ser concebida e tratada como valor-fonte do ordenamento jurídico, como assevera Miguel Reale, sendo a defesa e promoção da sua dignidade, em todas as suas dimensões, a tarefa primordial do Estado Democrático de Direito. [...] Nesta linha, o princípio da dignidade da pessoa humana representa o epicentro axiológico da ordem constitucional, irradiando efeitos sobre todo o ordenamento jurídico e balizando não apenas os atos estatais, mas também toda a miríade de relações privadas que se desenvolvem no seio da sociedade civil e do mercado. A despeito do caráter compromissório da Constituição, pode ser dito que o princípio em questão é o que confere unidade de sentido e valor ao sistema constitucional, que repousa na ideia de respeito irrestrito ao ser humano - razão última do Direito e do Estado.

Em Pufendorf (2007) a noção de dignidade da pessoa humana possui caráter exclusivamente racional, afastando-se da ideia de que estaria relacionada com a tradição teleológica de origens medievais. Em sua concepção, a dignidade do ser humano não é revestida de características heterônomas, ou seja, não estaria baseada em causas alheias e externas. Diferente ocorre com a noção cristã, de forma que a dignidade não pode ser considerada como uma concessão divina ou decorrente do reconhecimento ou prestígio social, que é inerente a noção clássica.

Logo, para o supramencionado autor, a dignidade reside na liberdade moral, característica única e exclusiva do ser humano, desaguando na sua capacidade de autodeterminação, de fazer escolhas em conformidade com sua razão e agir de forma livre e independente, segundo suas próprias convicções, esclarecimentos e vontade.

Dessarte, sob a óptica contemporânea, Barroso (2010) entende que o princípio da dignidade da pessoa humana pode ser compreendido como o valor único que o ser humano possui ante a sua posição privilegiada no universo, perpassando pelos marcos históricos da religião e da filosofia, chegando à linha tênue dos regimes totalitários (nazismo e fascismo), diante das atrocidades praticadas e consequências que causaram após a Segunda Guerra Mundial. De acordo com o autor, somente após tais marcos históricos e de extrema relevância para a sociedade foi que a preocupação com a proteção dos direitos humanos e os inerentes à dignidade da pessoa humana ganharam destaque internacional.

A partir de então foi que a dignidade do ser humano ganhou espaço nos discursos políticos como embasamento para o fim de promover e preservar a paz mundial, bem como garantir a durabilidade das relações internacionais, de forma que, a título de conhecimento, a primeira alusão expressa à dignidade da pessoa humana ocorreu em 1848 na França, com a abolição da escravatura nas colônias. Assim, somente após tais acontecimentos e principalmente no pós-guerra, é que a dignidade humana foi introduzida no aspecto jurídico, passando a constar expressamente nas Declarações de Direitos e nos inúmeros textos constitucionais e infraconstitucionais das nações espalhadas pelo mundo.

De outro vértice, o primado da dignidade da pessoa humana possui intrínseca ligação com o direito à vida e à saúde, também proclamados constitucionalmente no rol dos direitos e deveres individuais e coletivos, visto que sem saúde e, portanto, sem o alcance de uma vida digna, resta inalcançada a dignidade, assim entendida por Sarlet (2010, p. 70) como:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da

comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

Diante disso, o direito à saúde é dever do Estado e um direito garantido a todos os cidadãos residentes no País, conforme disposto no artigo 196 da Carta Magna, cuja gênese é a adoção do princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito Brasileiro, previsto no artigo 1º do mesmo diploma legal.

Não se pode conceber um Estado Social, com caracteres de igualdade, solidariedade e de promoção do bem de todos, sem o irrestrito acesso aos meios que proporcionam saúde e bem-estar à pessoa humana. E isso se fez no Estado brasileiro, moldado pela Constituinte de 1988.

A obstaculização à efetivação de um direito previsto na Carta Maior rompe o alicerce de toda uma ordem de princípios originários nos dispositivos constitucionais. Podem eles advir de valores essencialmente sociológicos, como os de igualdade, liberdade e fraternidade, ou de valores jusnaturalistas, como o direito à vida.

Verdade é que os princípios inspiradores de uma Constituição idealizam como o Estado vai atuar em prol de sua comunidade, enquanto os dispositivos constitucionais representam cada pilar da edificação constitucional, cabendo aos operadores do direito efetivarem aquilo que se idealizara na construção do Estado.

Com base na Constituição Federal de 1988, instituiu-se um Estado social, cujos princípios maiores repousam na vida e na dignidade da pessoa humana. O artigo 196 da CF/88 conduz o Estado a impulsionar sua comunidade para a segurança de um serviço de saúde de acesso irrestrito e igualitário, de modo que a sua não-efetivação, ou ainda, a sua má efetivação, são passíveis de encaminhamento ao Poder Judiciário para compelir o Ente Federativo a prestá-lo em sua integralidade, sob pena de responsabilização do agente/administrador omissor.

A saúde como um bem capital para a vida e a dignidade humana, foi elevada pela Constituição Federal à condição de direito fundamental do homem. A Carta Magna, em seu artigo 193, preocupada em garantir a todos uma existência digna, observando-se o bem estar e a justiça social, tratou de incluir a saúde com um dos pilares da Ordem Social.

Logo, para a efetivação do direito a saúde nos moldes constitucionais, deve o Estado garanti-lo de forma ampla e plena. Para isso, é necessária a inclusão de todos os meios capazes de proporcionar saúde à população, seja com a finalidade de cura, tratamento ou simplesmente visando proporcionar qualidade de vida ao portador de doença incurável ou de cura improvável, como forma de garantia de uma existência digna.

A dignidade da pessoa humana é o principal direito fundamental, constitucionalmente garantido e protegido, consubstanciando-se no alicerce e no vetor de todo o sistema constitucional, sendo o último refúgio dos direitos constitucionais individuais. Cabe à dignidade apontar o norte a ser considerado pelo intérprete quando da aplicação das normas ao caso concreto.

Assim, a vida e a saúde, direitos fundamentais levados a efeito para promover o desenvolvimento humanitário nos diferentes territórios vividos, devem ser garantidos de forma a representar a concretização efetiva e plena da dignidade da pessoa humana.

3.2 HUMANIZAÇÃO EM ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As lutas pela humanização das práticas de saúde, segundo Benevides e Passos (2005) ganharam visibilidade a partir da década de 1960 com os movimentos feministas em prol da saúde da mulher, fortalecendo-se na década 1980 em razão de uma nova realidade constatada diante dos avanços técnicos na medicina, segundo informa Ballone (2004).

Até a década de 1980, segundo Casate e Correa (2005), o modelo de assistência à saúde se baseava no atendimento curativo, especializado, centrado no médico, sem se constituir em direito de todos. Com a Reforma Sanitária deflagrada nessa mesma década, passou a emergir o modelo garantido pelo Estado tendo a saúde como um direito de todos, levando-se em conta princípios de equidade no atendimento, integralidade da atenção e participação do usuário, concretizado por equipe multiprofissional. Já no século XVIII, diante da ineficácia da ciência, as pessoas ofereciam atenção e cuidados unicamente humanos, pessoais.

De outro norte, nos dias atuais, em que a ciência tem muito a dispor, muitas vezes os profissionais não estão oferecendo mais do que a técnica, deixando de lado o aspecto humano necessário ao restabelecimento do doente. Diante do enfoque eminentemente técnico, a medicina praticamente se desumanizou, precisando, agora, “re-humanizar-se”.

Assim, de acordo com Casate e Correa (2005), o modelo anterior apresentava diversas falhas no atendimento e nas condições de trabalho consideradas “desumanizantes”, melhor expostas no quadro 1:

Quadro 1 Falhas no atendimento que culminam em “condições desumanizantes”

FALHAS DO ATENDIMENTO	CONDIÇÕES “DESUMANIZANTES”
Despersonalização do paciente	Longas esperas por atendimento
Baixos salários dos profissionais	Adiamento de consultas e exames
Dupla ou tripla jornada de trabalho - Sobrecarga de trabalho e cansaço	Deficiência na estrutura física
Ambiente desfavorável ao atendimento humanizado	Instalações insuficientes
Racionalização, mecanização e burocratização excessiva – dificuldade dos trabalhadores no desenvolvimento de autocrítica	Equipamentos precários

Fonte: Casate e Correa, 2005

Nessa linha de raciocínio, para Casate e Correa (2005), a humanização passa a ser vista como uma forma de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde, considerados o seu estado de vulnerabilidade e fragilidade diante da doença (dor física e psicológica), principalmente por se sentir à margem da família, do trabalho e de sua comunidade.

No entanto, não existe um consenso no conceito exato de humanização, dada sua complexidade multidimensional e de caráter subjetivo, por exigir uma forma de comportamento que melhore a qualidade dos atendimentos. O humanismo, pela sua origem, relaciona-se com o ato ou atitude de “tornar humano” ou “proporcionar condição humana”, buscando estar coerente com os valores dos outros. Humanizar significa “abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade” (AYRES, 2004, p. 17). Fortes e Martins (2000, p. 31), ao se referirem ao atendimento humanizado em saúde, levaram em conta que:

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Assim, além de reconhecer as pessoas como sujeitos de direito, é preciso respeitar o direito de autonomia dessa pessoa como usuário do serviço de saúde. Para os supramencionados autores, isso significa que o paciente deve participar de decisões relativas à sua pessoa, família e comunidade, sem qualquer atitude coercitiva ou manipuladora. As decisões precisam ser suficientemente livres e esclarecidas, com base em informações adequadas, para que ele possa aceitar ou recusar. Essa prática do direito de autonomia faz a grande diferença entre o modelo assistencial e o da humanização do atendimento.

Ao se considerar a integralidade dos diversos aspectos humanos no cuidado, o profissional de saúde acaba deixando de avaliar a doença para cuidar do doente, da pessoa humana, com suas necessidades específicas que se encontra em determinadas circunstâncias, em condição de sofrimento (DEUS, 2015). Portanto, além dos aspectos físicos, é preciso cuidar também dos outros aspectos, tais como: sociais, psíquicos, emocionais e espirituais.

Ademais, além de um processo realizado por equipes multiprofissionais em saúde, que sabe escutar e respeitar os diversos pontos de vista, deve-se ocorrer um estímulo a posturas ativas da pessoa em seu processo de cura. Estes se reconhecem como protagonista do seu cuidado, valorizando seu saber e conhecimento nesse processo (DEUS, 2015).

A humanização supõe o paciente incluído em todas as decisões sobre os procedimentos utilizados durante a assistência e informado sobre qualquer dúvida existente a respeito dela. Isso permite que o próprio usuário participe do processo de transformação da assistência recebida no hospital como sujeito, de modo a dar fim ao anterior modelo de saúde, considerado desumanizado também por despersonalizar os pacientes, transformados em simples números, órgãos ou profissões.

Reafirma Ballone (2004) que a ciência essencialmente humanística na saúde exige um conhecimento mais global sobre o ser humano, buscando compreendê-lo como uma unidade indissolúvel. De acordo com o autor, quaisquer processos mórbidos, sejam enfermidades, transtornos, distúrbios, doenças, entre outros, não podem ser mais abordados apenas por meio do órgão da pessoa. É preciso levar em conta, sobretudo, aquilo que cada ser tem de mais humano, ou seja, seu componente afetivo e emocional e ainda prestigiar a melhoria na vida de relações com as pessoas (BALLONE, 2004).

O referido autor elenca sete principais tópicos a serem levados em consideração num processo de atendimento humanizado, esquematizados e sintetizados para melhor compreensão nos seguintes termos:

Quadro 2 Princípios do tratamento humanizado

1. Conhecimento integrado sobre o atendimento
2. Bem estar afetivo além de soluções técnicas
3. Diálogo com o paciente
4. Tratamento adequado ao modo de vida do paciente
5. Respeito à privacidade e dignidade do paciente
6. Sensibilidade e bom senso na transmissão da verdade sobre o quadro clínico do paciente
7. Condições humanas de trabalho aos profissionais

Fonte: Ballone, 2004

O autor lembra que todo o sistema da comunidade hospitalar está envolvido, como em relação às necessidades básicas administrativas, físicas e humanas, sempre envolvendo conhecimento, qualidade técnica e uma boa qualidade nas relações humanas. Assinala, também, que as atuais condições mantidas em ambientes hospitalares para o exercício da medicina e por outros profissionais da saúde não têm contribuído para a melhoria do relacionamento com os pacientes, como também para um atendimento humanizado e de boa qualidade.

Um dos quesitos fundamentais para essa humanização, segundo o supramencionado autor é verificar se o paciente se encontra inserido em um contexto pessoal, familiar e social de nível satisfatório dentro do ambiente hospitalar. Outro é verificar se a assistência consegue priorizar as necessidades pessoais e sociais do paciente, inclusive a de saber se ele tem poder aquisitivo para comprar o medicamento solicitado. Enfim, se nesse ambiente “interatuam as necessidades de quem assiste e de quem é assistido e a satisfação de quem é atendido, infelizmente, depende, antes, da satisfação de quem atende” (BALLONE, 2004, p. 6).

Corroborar com este pensamento, Vianna (2004), para quem a situação do atendimento vem se apresentando muito desumana nos ambientes hospitalares da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do país, não só em função de diversos fatores relacionados ao setor da saúde, porque neles também se manifestam situações iminentes de desigualdades sociais, falta de emprego e de moradia ou de condições de vida digna, que são do país como um todo.

Tem sido visível na mídia problemas com estruturas sucateadas e de atendimento, com longas filas de espera, entre outros. Essa desumanização, segundo a autora, também se relaciona com a gestão hospitalar, uma vez que humanizar também significa dar acesso, reorganizar a rede, ou seja, proporcionar formas concretas para um atendimento digno de saúde a quem é de direito. Nesse sentido, a autora prefere tratar a prática da humanização no atendimento em saúde a partir de três linhas de ação: (1) acolhimento e direito ao usuário; (2) trabalho dos profissionais; e (3), construção de uma nova cultura organizacional humanizada.

Quadro 3 Linhas de ação na promoção da humanização

Acolhimento e direito ao usuário	Promover o acolhimento responsável do paciente naquilo que se refere ao cuidado dispensado ao mesmo, levando-se em consideração a integralidade da pessoa humana (materialidade e espírito). Pressupõe mudanças no ambiente hospitalar, acessibilidade universal, envolvimento integral de todo o ambiente hospitalar, e o olhar complexo da situação vivenciada pelo usuário.
Trabalho dos profissionais	Valoração da relação do profissional com o paciente, adotando-se uma nova organização nos processos de trabalho, realizados de forma multiprofissional e em equipe, de forma a construir profissionais realizados e felizes com a profissão escolhida, bem como corresponsáveis pelos processos humanizados que envolvem os atendimentos.
Construção de uma nova cultura organizacional humanizada	Gestão humanizada do ambiente hospitalar (normas e valores), capaz de promover a coesão interna entre o corpo multiprofissional e os usuários beneficiados pelo sistema adotado.

Fonte: Vianna, 2004

À vista disso, a primeira linha de ação proposta pela autora significa promover um acolhimento responsável, ou seja, uma forma de acolhida diretamente correlacionada ao cuidado, conceito este que envolve a integralidade da pessoa humana (materialidade e

espírito), numa abrangência capaz de mudar sua realidade para melhor. Acolher com cuidado, nesse caso, significa estabelecer mudanças no ambiente hospitalar e na sua forma de funcionar, que possibilite não só a melhoria específica do atendimento com agilidade e redução de danos, como também a participação mais efetiva do usuário enquanto cidadão consciente dos seus direitos e deveres.

Deve-se garantir a acessibilidade universal de todos que procuram por seus serviços, deslocando-se o eixo central do médico para a equipe multiprofissional que deve se responsabilizar por esse acolhimento e pela melhor qualidade na relação com o usuário, baseado em comportamento humanitário, solidário e de respeito à sua cidadania.

Nesse processo, é importante a responsabilização de toda a equipe dentro do hospital, incluindo aí também do pessoal administrativo ao pessoal de limpeza. É quando os profissionais aprendem a encarar esse momento de fragilidade por quem procura os serviços, saindo do olhar da simples doença para enxergar a pessoa como um todo e sua situação, ao mesmo tempo respeitando sua autonomia como ser humano. Exige do profissional um exercício de criatividade para trazer soluções a determinados problemas específicos e o sentimento do modo de ser como construção coletiva.

A segunda linha de ação diz respeito ao trabalho dos profissionais, incluindo seu modo de agir nesse processo de acolhimento cuidador, saindo do anterior modelo centrado na figura do médico e da cura de uma dada doença, sem qualquer vínculo com o doente. A mudança para um modelo de atendimento mais humanizado significa adotar uma nova organização nos processos de trabalho, realizado de forma multiprofissional e possibilitando a valorização não só das tecnologias materiais, mas, sobretudo, daquelas consideradas tecnologias imateriais (leves), que possibilitem a promoção do cuidado integral à pessoa.

Isso significa a construção de sujeitos profissionais que, ao atuarem em equipe, conseguem se sentir corresponsáveis pelos processos humanizados que envolvem esse atendimento, além de se mostrarem conscientes e felizes pela profissão escolhida. Essas relações intersubjetivas supõem normas e valores de conteúdo ético-humanista que perpassam a prática cotidiana dos profissionais da saúde dentro e fora do ambiente hospitalar, atingindo também a rede de saúde, na conjuntura do cuidado da saúde.

A terceira linha de ação proposta envolve a construção de uma nova cultura organizacional no ambiente hospitalar, mediante uma gestão humanizada, capaz de promover processos de coesão interna nesse ambiente de relações multiprofissionais e desses com o usuário dos serviços. A cultura é vista aqui como uma forma de linguagem e de códigos

(normas e valores) que atribuem sentido aos atores e às suas ações no mundo no qual se manifestam. Isso significa estabelecer novas formas de comunicação e coordenação de trabalho dos vários setores dentro do hospital e que envolve uma gestão comunicativa. Os elementos de comunicação servem para nortear o entendimento das características da cultura, uma vez que é por meio das comunicações que as relações são estabelecidas. De todo modo, a autora reconhece que o processo de construção de uma cultura humanizada leva certo tempo, envolvendo a participação e interesse de todos em pretender mudar.

De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização deve permanecer como uma diretriz transversal que favoreça: a troca e a construção de saberes, o diálogo entre profissionais, o trabalho em equipe, a consideração em relação às necessidades, assim como aos desejos e interesses dos diferentes protagonistas no campo da saúde.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2000, antecedeu e serviu de base à implantação da política nacional de humanização. Propunha a requalificação dos hospitais públicos de modo a atender as expectativas de seus gestores e comunidade. O objetivo foi induzir os mesmos a proceder a um conjunto de ações integradas, com a finalidade de transformar o modelo de assistência em vigor, no sentido de melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços. O destaque, no entanto, era para se conseguir aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (HumanizaSUS), implantada em 2003 pelo Ministério da Saúde, chegou a apresentar os seus valores norteadores como sendo a “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (DEUS, 2015).

Essa política nacional procurou induzir a prática da saúde baseada nos princípios do SUS, o que significava produzir mudanças, não só nos modos de cuidar como também de gerir. O esforço se deu no sentido de incluir trabalhadores e usuários e as diferenças na produção e gestão do cuidado, portanto, uma gestão compartilhada, construída de forma coletiva. Propunha assim, uma nova relação entre o usuário, os profissionais que atendem e a sociedade, tendo em vista os princípios da integralidade, da equidade, da universalidade, com incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes.

3.3 HUMANIZAÇÃO COMO UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E LOCAL

A humanização está intimamente relacionada com a prática da “arte de cuidar”, exigindo um conjunto de conhecimentos voltados para o Outro. O “cuidado em saúde”, de acordo com Pinheiro & Mattos (2005), diz respeito a uma ação integral com o outro, respeitando seu ‘direito de ser’. O cuidado, nesse caso, implica considerar as diferenças dos sujeitos e respeitá-los em relação às suas necessidades específicas, permitindo que eles participem ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser neles utilizada. Significa também acolher e atender o ser humano em seu sofrimento com qualidade e resolutividade para seus problemas. Esse novo olhar para o cuidado se baseia no diálogo e na criatividade, num processo capaz de gerar transformação social.

A humanização dos atendimentos médicos realizados no âmbito hospitalar, ao respeitar e valorizar integralmente o paciente como pessoa, sem desconectá-lo de sua família e comunidade, amplia e valoriza sua autonomia em relação às decisões a serem tomadas, o que certamente contribui no processo de desenvolvimento humano, pois, além de respeitar sua dignidade e direito à saúde, culmina na melhoria de sua qualidade de vida, na medida em que ele mesmo pode mudar sua percepção em relação ao ambiente hospitalar, em termos de estrutura e atendimento humanizado, sem se isolar das relações com sua família e comunidade.

Nesse sentido, Barbosa (1998) entende que qualidade de vida se obtém a partir de elementos objetivos e subjetivos, baseados na percepção que os indivíduos constroem em seu meio. Já para Almeida, Gutiérrez e Marques (2012), a percepção positiva decorre de um conjunto de fatores, seja em relação à saúde, à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e à alimentação.

Denota-se, portanto, que a humanização se relaciona intrinsecamente com a percepção pelos usuários e profissionais envolvidos nos atendimentos relacionados à saúde, do que se suas necessidades foram devidamente atendidas. Acerca das necessidades humanas, Elizalde (2000) destaca que a proteção, o afeto, a compreensão, a participação, a identidade e a liberdade, cuja satisfação é contemplada no atendimento humanizado, fazem parte das necessidades humanas fundamentais impressas na natureza humana.

Segundo o autor em comento, os satisfatores dessas necessidades não se resumem em bens e serviços, mas constituem formas culturais construídas socialmente que podem incluir formas de organização, práticas sociais, condições subjetivas, valores e normas, contextos,

comportamentos e atitudes. Aborda, ainda, a necessidade de que esses satisfatores sejam oferecidos de forma sinérgica, para que possam atender às várias necessidades humanas de modo holístico, integral. Ademais, a identificação e provisão desses satisfatores sinérgicos são vistos como um meio de potencializar o desenvolvimento humano de forma integral e incluyente. Portanto, um instrumento de desenvolvimento local.

O Desenvolvimento Humano é visto como um Direito Humano fundamental (ONU, 1986), voltado diretamente às pessoas, suas oportunidades e capacidades de terem uma vida de qualidade, de forma que este desenvolvimento é feito em função do ser humano e não somente de questões econômicas. Tal concepção está em consonância com os Direitos Universais do Homem, Direito ao Desenvolvimento e anuários do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a serem oportunamente.

A preocupação com a satisfação das necessidades humanas e do bem estar passou a ser contemplada nos programas internacionais de desenvolvimento desde a década de 1970, abordada como uma forma de potencializar as capacidades humanas na promoção de seu desenvolvimento. Ávila (2000) apontou como potencial de desenvolvimento local a comunidade, cujos integrantes conseguem fazer uso de suas capacidades, competências e habilidades para protagonizarem esse processo em seu território. Por fim, como esclarece Marques (2013, p. 88) “en realidad no se podría hablar de desarrollo local en el caso de que en esta dimensión no estuviesen contempladas las necesidades del ser humano”.

3.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL

No atual mundo conectado em rede, em que se vivencia a Era do Conhecimento (a Virada do Milênio), as potencialidades do desenvolvimento humano ser ampliam, na medida em que as iniciativas de ações conjuntas para trabalhos compartilhados no ambiente hospitalar implicam em trocas de saberes.

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, surgiu em 2003, conforme afirma Benevides e Passos (2005), como política pública para criar espaços de construção e troca de saberes entre gestores, trabalhadores e usuários, incluindo trabalhos em equipe. As trocas de saberes, segundo a proposição desse programa, se revelam nas diversas práticas e esferas do sistema de saúde, permitindo que a humanização ultrapasse as fronteiras profissionais, rumo a uma construção coletiva de saberes.

A humanização da saúde, segundo pressupõe Backes, Koerich & Erdmann (2007), implica em um sistema complexo de valores que leve em conta o respeito à autonomia, à diversidade de ideias e à liberdade de expressão, no sentido de tentar recuperar a subjetividade, num processo de inclusão de todos.

Nesta senda, pode-se alcançar tal complexidade por meio da ampliação da comunicação, seja entre diferentes pessoas que trabalham em equipe, seja desses profissionais com as pessoas que usufruem dos serviços de saúde no ambiente hospitalar. Passou a se tornar palavra de ordem, portanto, a necessidade de interagir, tanto dentro e entre as equipes de diversos profissionais de saúde, como desses com os beneficiários dos serviços oferecidos (AYRES, 2004).

A humanização passa a supor também a valorização dos profissionais de saúde e sua educação permanente, acompanhada de práticas compartilhadas em equipe e em rede. As trocas de saberes são previstas, não somente entre os profissionais da saúde, mas entre estes e os usuários do sistema, visando gerar soluções mais concretas de desenvolvimento humano e cidadania. Os diferentes sujeitos, quando mobilizados em rede, local para compartilharem saberes, não só são capazes de transformar as realidades de seus territórios vividos, como a si próprios.

Logo, por meio de uma rede de humanização, todo o sistema de saúde pode ser contagiado, podendo lidar com a complexidade comprometida com a defesa da vida. Isso supõe contemplar, ao mesmo tempo, cada sujeito com sua especificidade e história de vida e os sujeitos coletivos. Passa-se a construir, nesse sentido, segundo o HumanizaSus, redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção da saúde e dos sujeitos. Le Bourlegat (2001, editorial) ajuda a complementar a ideia desse processo quando afirma:

A capacidade de interação solidária dos seres humanos, tanto entre si quanto com a natureza, assim como o conhecimento, transformam-se em verdadeiros desafios ao raciocínio, com vistas ao estabelecimento de uma nova ordem capaz de preservar a integridade da vida. A otimização de energias pelo processo de interação social e a criatividade e na produção do conhecimento assumem-se como verdadeiros objetivos para a era incerta e insegura que ora atravessa a humanidade.

Com base em arranjos organizativos para inovação das ações e serviços de saúde, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, a ideia foi a de buscar garantir a integralidade da atenção à saúde num determinado território. De acordo com as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde, instituídas em 2010, estas redes

passaram a constituir uma estratégia de superação da fragmentação anterior dos serviços de saúde, na tentativa de assegurar ao usuário o conjunto necessário de ações e serviços com maior efetividade e eficiência.

As práticas em rede adotadas no Sistema Único de Saúde passaram a revelar um processo de territorialização da saúde, tendo em vista a construção social da humanização, da integralidade e da qualidade na atenção e gestão da saúde (GONDIM; MONKEN, 2009). Tais arranjos espaciais envolvem a interação de atores, organizações e recursos, dando origem a um campo relacional, por meio do qual se manifesta a dinâmica de inovação dos serviços de saúde, num processo de desenvolvimento territorial.

Os territórios da saúde passam a ser construídos por um conjunto de atores que interagem e aprendem a compartilhar conhecimentos, buscando proporcionar soluções coletivas mais ajustadas à realidade do espaço nos quais se inserem. O território, assim, conforme afirma Denieuil (2008), manifesta-se como um meio de reorganização da ação pública.

Nesse sentido, para Raffestin (1993), o território passa a ser construído interativamente por uma coletividade que é guiada por um projeto específico a partir de seu espaço de vida, gerando um campo de forças sinérgicas, no sentido de atingir os fins previstos. A dinâmica de emergência sistêmica de desenvolvimento endógeno se manifesta num sistema territorial altamente energizado, com potencial de auto-organização e inovação (BOISIER, 2001).

O desenvolvimento territorial não se restringe ao desenvolvimento endógeno, mas passa a resultar da combinação de políticas governamentais descendentes com iniciativas de desenvolvimento endógeno (VEIGA, 2002). Assim, as forças sociais oriundas das ações integradas no sistema territorial, segundo Moulaert (2009), podem ser articuladas em diferentes escalas espaciais.

No Sistema Único de Saúde, de acordo com o documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS Documenta, 2010), observa-se essa proposição de desenvolvimento territorial por meio da integração dos serviços de gestão única em um dado território, idealizada para garantir a continuidade do cuidado durante todo o ciclo de uma condição ou doença e integrar os diversos níveis de atenção. Por meio do Pacto de Saúde, os Entes Federativos (Municípios, Estados, Distrito Federal e União) mantêm o compromisso de oferta compartilhada desses serviços, tendo como porta de entrada a chamada Atenção Básica. Esta é realizada num trabalho direto com as coletividades locais e suas especificidades, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tendo em vista a integralidade do sistema, além da escala local, os serviços de atenção também se organizam em nível regional, buscando garantir a oferta dos serviços de média e

alta complexidade àqueles municípios que não contam com eles em seus territórios (SCHNEIDER *et al*, 2009). Tais serviços compõem as chamadas “regiões sanitárias”, podendo envolver vários municípios de um mesmo estado ou de estados diferentes ou mesmo fronteiriços, mas que podem até atender a um único município. Os princípios adotados pela referida política são a indissociabilidade entre gestão e cuidado, transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e fomento do protagonismo das pessoas. Apostam-se em sujeitos capazes de se deslocarem de seus interesses mais imediatos para avançar em processos de negociação, de modo a gerar projetos coletivos de objetivos comuns e mais humanos.

Nas palavras de Le Bourlegat (2015): “se faz cada vez mais premente a prática da governança territorial, uma ação de coordenação que também se organize dos micro para os macro sistemas, complementar às ações de governo”, culminando em uma revalorização da sociedade que assume o papel de protagonista no desenvolvimento territorial sem, contudo, diminuir o papel das estruturas estatais nas suas diferentes instâncias (DALLABRIDA, 2007).

3.5 GESTÃO HOSPITALAR NO MODELO DE SAÚDE HUMANIZADA: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Humanizar o trabalho em saúde também pressupõe mudanças no processo de gestão da organização da oferta dos serviços. Afinal, é preciso levar em conta o modo como usuários e trabalhadores da área da saúde interagem entre si e aumentam seu grau de participação na gestão dos serviços, mediante adesão e criatividade na execução das atividades que qualificam o trabalho. Tais mudanças são construídas de forma coletiva e compartilhada, no sentido de estimularem novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Conforme lembra Rios (2009), na prática, a humanização supõe pensar na criação de ambientes apropriados de fala e escuta dentro do hospital. Essa autora lembra que na relação do profissional com o paciente, a escuta não significa apenas um ato generoso e de boa vontade, mas representa também um recurso técnico de grande importância para o diagnóstico e adesão terapêutica. Quando esses ambientes de interação são aplicados na relação entre os profissionais do hospital, eles se transformam em bases para a transdisciplinaridade e para o exercício da gestão participativa.

Reforça a autora, no entanto, que a humanização também apresenta uma vertente moral, na medida em que evoca valores como respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, entre outros, expressando uma visão de mundo em prol da transformação social.

Trata-se de uma construção coletiva capaz de resgatar a dignidade humana no atendimento à saúde, com base no exercício da ética para sua organização.

Ademais, o processo de humanização também leva em consideração a identificação prévia dos eventos adversos e aspectos urgentes ou emergenciais que devem possuir prioridade quando da organização e confecção dos planos de ação. Assim, para que essas ações possam proporcionar métodos eficazes de tratamento, é imprescindível que todo o corpo funcional do nosocômio esteja colocando em prática os princípios e diretrizes básicas de humanização (EBSERH, 2018).

Nesta senda, a gestão hospitalar, no modelo humanizado proposto pelo SUS (HumanizaSUS, 2013), deve levar em conta três princípios:

I. Transversalidade: significando que a política de humanização e gestão precisa estar presente em todas as políticas do SUS e, ainda, reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, de modo a produzir um serviço de saúde corresponsável;

II. As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde e, desse modo, os trabalhadores e usuários devem conhecer como funciona a gestão dos serviços e a rede de saúde, participando ativamente dos processos de tomada de decisão;

III. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos, o que leva a reconhecer que uma mudança e atenção na gestão só conseguem se concretizar quando se amplia a autonomia e a vontade das pessoas que compartilham responsabilidades.

Essa forma de gestão hospitalar também deve seguir seis diretrizes (HumanizaSUS, 2013), quais sejam:

I. Acolhimento: reconhece-se que cada usuário aporta consigo uma legítima e singular necessidade de saúde e que o acolhimento se sustenta em relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes profissionais e dessas com os beneficiários dos serviços;

II. Gestão participativa e cogestão: implicando a inclusão de novos sujeitos na análise e decisão nos processos de gestão para pactuar tarefas e aprender coletivamente;

III. Ambiência: criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis que possibilitem o encontro entre os profissionais e os usuários;

IV. Clínica ampliada e compartilhada: com prática de diagnósticos mais holísticos, levando em conta a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença e envolvendo decisões compartilhadas;

V. Valorização do trabalhador: na tomada das decisões tomadas, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho, mediante estabelecimento de acordos;

VI. Defesa dos direitos dos usuários: incentivando o conhecimento que os mesmos têm do direito aos serviços e à saúde e assegurando que sejam cumpridos.

No entanto, a maioria dos hospitais brasileiros ainda apresentam dificuldades em incorporar o novo modelo de gestão, ainda que sejam de extrema importância para as organizações em geral nos hospitais. Ele representa um processo de inovação, orientado para a obtenção de resultados, como a gestão empreendedora (DRUCKER, 2003).

Diante das dificuldades vividas nos hospitais, em relação à adoção do modelo preconizado pela Política Nacional de Humanização e Gestão, tem sido frequente observar questões relacionadas a erros médicos, ausência de coberturas dos planos de saúde, precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS), ausência de condições de trabalho dos profissionais da saúde, falta de estrutura e de materiais considerados básicos, entre outras.

Os cidadãos, cada vez mais conscientes de seus direitos, ajuízam processos em face dos médicos e unidades de saúde, não raro requerendo indenizações de grande proporção que podem até inviabilizar o funcionamento financeiro da unidade, além do que contribui para desviar a finalidade da assistência hospitalar.

Além desses incidentes, existe um extenso leque de fatores que podem ensejar situações de riscos, como: condições precárias de trabalho, abandono de pacientes, desgastes na relação profissional da saúde e paciente, falsas garantias de resultados dos tratamentos, procedimentos realizados por profissionais não habilitados, dentre outros. Também podem se juntar a isso os problemas de má gestão que podem ocasionar vários tipos de prejuízos, como, por exemplo, o fim da carreira do profissional que cometeu um erro, ou da imagem da instituição hospitalar na qual houve o erro.

Ainda é preciso salientar o abalo de um paciente que pode contribuir para perpetuar seu sofrimento. Portanto, cresceram os debates acerca dos chamados erros médicos, ausência

de coberturas dos planos de saúde, ausência de fornecimento de medicamentos por parte dos Entes Federativos, precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS), como também sobre a falta de condições de trabalho dos profissionais da saúde, por exemplo.

Entre essas questões debatidas no ambiente hospitalar, tem sido comum a ocorrência dos chamados “eventos adversos (EAs)”, entendidos como:

[...] incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade, ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico (CARNEIRO *et al*, 2011, p. 205).

Por conseguinte, os fatores de risco relacionados aos eventos adversos são incalculáveis frente a um conjunto de situações que podem ocorrer no dia-a-dia de um nosocômio, até mesmo em uma simples consulta entre o paciente e o profissional médico. Até mesmo condutas simples, como o compromisso da atuação profissional, podem fazer toda a diferença para o enfermo que busca uma solução para sua patologia. Afinal, é dever de todo o corpo funcional do hospital buscar melhores condições de atendimento, de modo que o processo de humanização deve ser amplo e irrestrito.

3.6 GERENCIAMENTO LEGAL DO RISCO NO AMBIENTE HOSPITALAR

A princípio, no que se refere à prevenção de eventos adversos e de outras questões apontadas, destaca-se a atuação do advogado no exercício do gerencialmente legal do risco hospitalar. Este é considerado o profissional com conhecimento técnico acerca do ordenamento jurídico e que fica responsável por elaborar os regimentos a serem seguidos pelos que exercem seus ofícios em estabelecimentos ligados à saúde. O setor jurídico é responsável por acompanhar as novas legislações específicas, visando minimizar os possíveis eventos adversos e outras questões relacionadas às queixas e processos dos usuários. O propósito é o de garantir a excelência dos préstimos médico-hospitalares e de oferecer aos pacientes a segurança de um atendimento zeloso e de alto padrão de qualidade.

Todavia, o conjunto de processos dos usuários tende a sobrecarregar o setor jurídico das unidades hospitalares. De acordo com Carneiro *et al* (2011), estudos feitos em unidades de saúde internacionais e no Brasil têm demonstrado que grande parte desses eventos adversos poderiam ser evitados, se fosse adotado o gerenciamento legal de riscos. Portanto,

além da gestão hospitalar com base na política de humanização e do cuidado integral, cada vez mais se torna imprescindível a existência da gestão legal do risco no ambiente hospitalar.

Para um autêntico modelo de gestão de risco, segundo esses autores, torna-se imprescindível o emprego de métodos, procedimentos, protocolos e obrigações que sejam rigorosamente cumpridos. Eles devem permitir o monitoramento dos atendimentos realizados no hospital, do mais comum ao mais complexo. Entre as principais normas e condições a serem estabelecidas, destacam-se, como a mais relevante, as que contribuem para elevar os padrões de qualidade no atendimento ao paciente (CARNEIRO *et al*, 2011).

Esse é o compromisso lógico e primordial de qualquer entidade hospitalar. Nesse processo de gestão, são os administradores hospitalares (presidente, funcionários, médicos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, advogados, administradores, etc.) que ficam responsáveis pela elaboração de normas e por estabelecerem condições, visando minimizar ao máximo possíveis ocorrências de incidentes.

A gestão legal diz respeito a uma forma de gestão do departamento jurídico dentro do hospital baseada em estratégias e táticas, assim como na operacionalização desse processo de forma planejada, mediante rotinas internas bem estruturadas. De acordo com Tozzi & Selem (2013) esses três níveis de atividades (estratégico, tático e operacional) são pensados em função de duas modalidades de público: o interno e o externo.

No ambiente hospitalar, em princípio, seria para os profissionais da saúde (interno) e para os usuários dos serviços do hospital (externo). Nesse caso, várias ferramentas e modelos de gestão são emprestados da Administração e mesmo de outras áreas, na condução do processo de gestão legal. Magalhães (2014) refere-se ao departamento jurídico como um setor que apresenta interface com praticamente todos os departamentos da organização hospitalar, o que lhe atribui maior possibilidade de visão integral da estrutura e da dinâmica organizacional.

Essa peculiaridade lhe atribui a possibilidade de atuar com pensamento e ação estratégica dentro do hospital. Isso pode incluir uma ação rápida frente às diversas questões que afetam a unidade e que podem envolver o acesso a uma nova legislação ou mudanças na estrutura administrativa. Portanto, esse departamento constitui peça fundamental para auxiliar os demais departamentos, desde que os mesmos sejam previamente mapeados por esse setor. Ele apresenta as melhores condições para desenvolver uma visão estratégica e operacional dos serviços prestados pela organização hospitalar.

A adoção da gestão legal pode contribuir para diminuir certas condutas dos profissionais que prestam atendimento, seguindo a orientação descrita em lei, para, por fim, gerenciarem riscos supervenientes e determinarem uma política de apreciação dos quesitos e situações que sejam prováveis de insucesso. Certo é que uma boa gestão, bem organizada e implantada de forma sistêmica, consegue prever e dirimir problemas que poderiam gerar consequências negativas à organização e, sobretudo, aos usuários de seus serviços.

Como já é possível depreender, a gestão legal envolve, entre outros, a gestão do risco, definida pela Norma Brasileira NBR ISO 31:000, como sendo as atividades coordenadas para dirigir e controlar os riscos da organização. No caso da saúde, tal gerenciamento seria utilizado como uma política interna, não só para oferecer maior estabilidade da segurança dentro do hospital em relação aos vários tipos de incidentes, mas, sobretudo, para garantir a segurança do usuário.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (2017, p. 9), “a gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde”. Nesse caso, a meta da gestão de risco, em ambiente hospitalar, consiste na prevenção de agravos e incidentes que naturalmente são imensuráveis.

Para que se alcance a prevenção, é preciso que os médicos, enfermeiros, administradores se conscientizem do papel das regras estrategicamente planejadas, de modo a evitar que eventos danosos e adversos possam ocorrer. De acordo com Brandão, Brito & Barros (2018), a identificação dos riscos é importante para se fazer a prevenção de eventos adversos e impedir que o usuário sofra algum dano.

Trata-se, portanto, de um modo para se garantir um atendimento mais humanizado e seguro. Pode-se acrescentar a isso outras finalidades, tais como: a prevenção de incidentes em vários tipos de ambientes hospitalares, a maior segurança ao profissional da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, dentistas) no exercício de suas funções, a redução da judicialização da saúde (decorrente, principalmente, do denominado “erro médico”) e a imprescindibilidade da atuação do profissional advogado, devidamente qualificado.

O gerenciamento de riscos, segundo Balestrin (2003) implica ações de mapeamento e controle dos fluxos das diversas ações desenvolvidas dentro da unidade hospitalar. Envolve ainda a construção de uma cultura de compartilhamento de responsabilidades e cooperação entre equipes, além de maior proximidade desses profissionais com os usuários. Nesse tipo de

esforço, todos saem ganhando, seja o hospital, as equipes de médicos, enfermagem e demais funcionários, mas, principalmente, os usuários.

O gerenciamento de riscos, além de evitar erros e prejuízos (morais, físicos, financeiros), serve para oferecer serviços médico-hospitalares de alto nível. Balestrin (2003) também lembra a importância em consolidar o uso de protocolos a serem rigorosamente seguidos, no sentido de favorecerem o rastreamento das diversas formas de atendimento realizado, desde as mais simples até as mais complexas.

A Segurança do Paciente, nesse caso, implica a redução do risco de danos causados pelos serviços da assistência à saúde no ambiente hospitalar. Em função da grande ocorrência de incidentes relacionados com a assistência, foi criado em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de “promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde”.

Por fim, além do setor jurídico, que possui elevada importância para a diminuição das chances de eventos prejudiciais, todos os profissionais da saúde que exercem seus ofícios na instituição hospitalar devem cumprir a política imposta, pois todos possuem responsabilidades, respondendo consoante o atendimento prestado ao usuário.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE – MS

O presente capítulo tem como foco a análise do contexto histórico das Santas Casas de Misericórdia, desde seu surgimento no cenário mundial, passando pela sua origem no território brasileiro até chegar a sua implantação no município de Campo Grande – MS, para, posteriormente, inserir-se na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde.

No contexto local do município de Campo Grande – MS, a Santa Casa de Misericórdia é referência em atendimentos médicos especializados e na formação acadêmica de novos profissionais da área da saúde. Muito embora enfrente constantes crises financeiras, o hospital permanece cumprindo com sua função social e, mesmo com o grande número de atendimentos, muitas vezes superior à sua capacidade, ainda consegue proporcionar à população local tratamentos via Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo em vista a importância local da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, o estudo sobre sua formação, desenvolvimento e implementação no município se mostra como relevante, pois pode ser considerado como ponto de partida para a compreensão acerca de sua estrutura e dinâmica.

4.1 ORIGEM DA SANTA CASA E O COMPROMISSO COM A MISERICÓRDIA

A origem e trajetória das Santas Casas de Misericórdia são avaliadas, desde o contexto português, até adentrar o Brasil e chegar à cidade de Campo Grande – MS.

4.1.1 Origem das Santas Casas de Misericórdia no contexto histórico português

Antes de tudo, é importante voltar ao significado do termo “misericórdia”, como bem lembra Silva (2011). Derivado do latim *miseris* e *cordare*, significa doar seu coração a outrem. Relaciona-se com o ato de caridade de manifestação civil, de inspiração religiosa, em relação a pessoas com necessidade, em situação de miséria, atitudes essas já vislumbradas nas primeiras sociedades romanas.

A irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria de Misericórdia, ou Irmandade da Misericórdia, segundo Carvalho (2005), teria surgido em 1498. A misericórdia se traduzia no preceito divino de assumir práticas de caridade cristã em relação ao próximo,

levando-se em conta os valores humanos e cristãos, em especial, na promoção e defesa dos mais pobres e vulneráveis. Dentre as organizações que assumiram essas práticas na Europa medieval destacaram-se as Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO, 2005).

Segundo a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), a primeira Santa Casa de Misericórdia criada em Portugal se deu em um momento histórico de “tragédias, guerras e das grandes navegações”, num cenário marcado por “sentimentos de solidariedade e fraternidade” (CMB, 2018, s/p).

Essa iniciativa teria partido da própria rainha portuguesa, Leonor de Lencastre, então viúva de Dom João II, em 1498, para poder atender ao grande número de enfermos, inválidos, órfãos e prisioneiros existentes na época, tendo criado para este fim a denominada “Irmandade de Invocação à Nossa Senhora da Misericórdia”. No mesmo ano, um conjunto de regulamentos foi criado e aprovado pelo então rei Dom Manuel I, irmão de Leonor, para o funcionamento das Santas Casas de Misericórdia, que passou a ser chamado de “Compromisso da Misericórdia de Lisboa”, posteriormente confirmado pelo então papa Pio XII.

De acordo com esses regulamentos, a Santa Casa de Misericórdia teria como precípua missão oferecer tratamento e sustento a enfermos e inválidos, garantir a defesa dos presos, além de alimentar os famintos, consolar os tristes e educar os enjeitados. Também pregava a oferta de assistência àqueles expostos, esses entendidos como os recém-nascidos abandonados pelas mães. Os compromissos consistiam em quatorze obras de misericórdia, sendo sete de natureza espiritual e sete de natureza corporal, todas com fundamento na doutrina cristã (CMB, 2018).

Porém, somente no ano de 1534, algum tempo após o falecimento da rainha Leonor de Lencastre, foi constituída na cidade de Lisboa a primeira Instituição com fins propriamente hospitalares, denominada Hospital da Misericórdia ou Hospital de Todos os Santos (FRANCO, 2014). À medida que o sucesso do colonialismo português foi permitindo o desenvolvimento econômico do país, a Santa Casa de Misericórdia foi se tornando o principal instrumento de ação social da Coroa portuguesa. Desse modo, passou a ganhar prestígio com base em doações, sendo dirigida por pessoas situadas nos altos escalões do governo (FRANCO, 2014).

Com base nos regulamentos estabelecidos em suas origens, as Santas Casas e filiais passaram a se instalar em outros lugares de Portugal e Ilha da Madeira, espalhando-se pela Europa até chegar aos continentes da Ásia, África e América (CMB, 2018). Outrossim, em

que pese o modelo hospitalar instituído, a caridade era vista como algo divino, capaz de proporcionar a salvação dos enfermos, pois, consoante à doutrina cristã, a qual teve grande influência no período da Idade Média, aquela virtude era responsável por aproximar as pessoas, garantindo afeto, cuidados e assistencialismo, sendo também reiterada no âmbito das Santas Casas, tendo em vista que estas se proliferaram por específicas cidades brasileiras e prestavam atendimento de forma precária, ainda leiga e com escassos recursos materiais (CMB, 2018).

Nos dizeres de Abreu (2002), o modelo de assistência organizado a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia tem sido considerado *sui generis*. Ainda que tenha sido inspirada em outras confrarias organizadas para a prática da caridade na região da atual Itália no século XIII, a forma como as misericórdias foram disseminadas pelo Império Português, na Europa e fora dela, sempre foi muito peculiar. No que se refere aos aspectos formais, a principal diferenciação das misericórdias, em relação a outras espécies de irmandades, era o simples fato de aquelas prestarem assistência a terceiros.

A grande maioria das irmandades constituídas no país português tinha como objetivo primeiro prestar assistência a seus membros, mesmo que exercessem a compaixão e a caridade. Já as Santas Casas de Misericórdia eram fraternidades constituídas única e exclusivamente para exercerem a compaixão e a caridade, além de prestarem assistência espiritual e material aos irmãos. No que se refere às obrigações, ainda que elas devessem estar sob a guarda régia, também dependiam da aquiescência das autoridades eclesiásticas. Desta forma, mesmo que o ideal das Santas Casas fosse homogêneo em todos os lugares em que foram constituídas, conforme lembrou Franco (2014), elas nunca puderam prescindir de seu caráter essencialmente local.

Segundo alerta Franco (2014), em função de seu prestígio crescente, essa irmandade de origem portuguesa passou por uma forte elitização, especialmente a partir da reforma compromissal no ano de 1618, quando passaram a ser indicados para fazer parte dela os segmentos sociais mais abastados, que ganhavam prestígio em função do cargo ocupado.

O mencionado autor lembra que atrás da proteção régia das Santas Casas de Misericórdia havia uma política de expansão desses estabelecimentos de assistência, com apoio dos segmentos sociais de maior poder aquisitivo que, em troca, recebiam benefícios e privilégios. Durante o período colonial, significava para a Coroa uma forma menos onerosa de manter esses serviços. No entanto, como a instituição tinha caráter local, tanto a composição

social dessas confrarias como as formas de investimento foram se adaptando às necessidades locais.

Entretanto, a Misericórdia de Lisboa, no final do século XIX enfrentou grave crise financeira em Portugal, o que conduziu a tomada de medidas para manter maior rigor no controle das despesas e fiscalização das obras, assim como da prestação de contas ao governo português (SILVA, 2015), motivo pelo qual acabou se vendo obrigada a vender parte dos bens imobiliários para aplicar os recursos oriundos em títulos do tesouro.

4.1.2 Origem da Santa Casa de Misericórdia no contexto histórico brasileiro

No caso da colônia portuguesa, segundo Franco (2014), a Coroa procurou acompanhar de perto o surgimento das vilas e arraiais para preparar a formação da irmandade da Misericórdia. Esta era considerada uma das principais confrarias desse período, de modo a garantir a presença da Santa Casa de Misericórdia a essas pequenas e frágeis povoações, com diversas formas de carência, buscando, sedimentar, na colônia, o modelo português. O jesuíta padre José de Anchieta havia se entusiasmado com a entrada dessa forma de assistência no Brasil, considerada progressista, pelo fato de ser construída e sustentada pelos próprios moradores do local.

Ainda de acordo com o autor, as duas principais capitanias, consideradas pontos estratégicos da colonização portuguesa na primeira metade do século, Olinda – PE, no ano de 1539 e Santos – SP, no ano de 1543, reivindicaram para si o título de primeira irmandade da Misericórdia do Brasil. Depois delas, outras foram fundadas, preferencialmente em sedes administrativas. A relevância das atribuições exercidas pelas Santas Casas de Misericórdia foi sendo reconhecida ao longo dos anos desde as suas criações pelas autoridades estatais e eclesiásticas.

Até o final do século XVIII, em meados do ano de 1792, o Brasil contava com apenas dez Santas Casas de Misericórdia, nos estados de Pernambuco, São Paulo, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraíba, Pará e Maranhão. Em Olinda – PE, foi fundada por João Pais Barreto, em Santos – SP, pelo português e líder do povoado do porto de São Vicente, Brás Cubas, em Salvador – BA por Tomé de Sousa e em São Paulo – SP, Rio de Janeiro – RJ e Espírito Santo – ES instituídas pelo padre José de Anchieta. Funcionavam segundo o modelo português, preservando o caráter assistencial, religioso e filantrópico, sendo todas elas responsáveis e destinadas ao atendimento médico e assistencial à sociedade. Esse modelo

português, implantado desde o Brasil colônia, foi considerado um dos modelos basilares para as fundações das demais Casas de Misericórdia existentes em todo o território nacional (FRANCO, 2014).

Obteve-se, no entanto, um número ainda modesto de Santas Casas de Misericórdia no Brasil durante os séculos XVI e XVII, não obstante os incentivos da Coroa portuguesa (FRANCO, 2014). No entender da coroa, essas dificuldades ocorriam, especialmente, em função dos constantes ataques dos holandeses.

De fato, a partir do ano de 1654, passaram a ser comuns solicitações dessas localidades à Coroa, para recuperar os bens perdidos durante os ataques, o que vinha dificultando o reerguimento das Santas Casas de Misericórdia, seja no prestígio, seja no patrimônio, em função da ocupação holandesa. Algumas só conseguiram ser recriadas ao longo do século XVIII (FRANCO, 2014).

Neste cenário, as novas fundações régias deixaram de ser encorajadas durante o século XVIII. Isso explica porque, durante o período da mineração, os territórios ocupados de Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso, deixaram de contar com a irmandade da Misericórdia. Em Cuiabá, em meados do ano de 1740, após 18 anos de ocupação, a região das minas não contava com um só médico e nem Santa Casa de Misericórdia, mesmo após constantes solicitações (FRANCO, 2014).

Apenas no século seguinte, em 1804, segundo Franco (2014), a cidade de Cuiabá – MT abrigou o primeiro hospital, mas exclusivo para militares, e no ano de 1814 um nosocômio destinado aos leprosos, deixando os pobres desamparados no atendimento à saúde. A instituição destinada a estes só foi criada entre os anos de 1816 e 1819, embora só tenha sido chamada de Misericórdia no ano de 1848, portanto, na metade do século XIX.

Conforme lembra Polignano (2001), o Brasil colônia, até a chegada da Corte portuguesa no Rio de Janeiro – RJ em 1808, permaneceu, por muito tempo, com um número muito reduzido de médicos. Quando existentes, eram voltados basicamente ao atendimento dos segmentos sociais mais abastados. Nesse ambiente de carência médica, o denominado boticário, considerado o homem prático e sem aprendizado acadêmico que tinha como função manipular as fórmulas prescritas pelos médicos, acabava atendendo boa parte da população na prescrição de remédios.

Contudo, as classes populares mais marginalizadas ficavam à mercê das Santas Casas de Misericórdia, instituições caritativas. As primeiras políticas públicas governamentais voltadas ao atendimento sanitário no Brasil, só vieram ocorrer com a chegada da Família Real

e a abertura dos portos em 1808, especialmente para combater o ambiente de insalubridade que passou a se constituir nesses portos (POLIGNANO, 2001).

Afinal, eles expunham as populações mais abastadas a esses ambientes insalubres, mediante doenças veiculadas pelos navios, que provocavam epidemias, como cólera e febre amarela. Surgiram as primeiras escolas de medicina e hospitais militares em Salvador – BA e Rio de Janeiro – RJ. Esses dois núcleos procuraram habilitar os profissionais para a arte da cura e voltaram suas atenções mais a essas epidemias vindas de fora do que às condições prevalentes, que favoreciam sua vulnerabilidade. Segundo Polignano (2001), estas políticas favoreceram o início da institucionalização da chamada “higienização” em todo o país, criada por Dom Pedro I, em 1829, quando fundou a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.

Durante o período imperial, de acordo com Polignano (2001), também ocorreu uma política de transformação das Santas Casas de Misericórdia, que passaram a avançar da prática caritativa para a prática da filantropia, ou seja, a incluir na prática de cuidados à saúde a preocupação com o destino futuro dos indivíduos marginalizados. Passou a ocorrer, portanto, a preocupação não só de acolhê-los, como a de torná-los sujeitos úteis à sociedade.

Apenas a título de esclarecimento, conforme explica Quiroga (2010), os conceitos de caridade e filantropia são intercambiáveis, mas de modelos históricos muito distintos. Apresentam, em comum, o fato de envolverem esferas privadas no campo da assistência a grupos sociais mais pobres e de se ampararem num universo simbólico para se justificar socialmente e oferecer sentido à sua existência e às ações.

A filantropia higienista, que passou a predominar no Brasil do século XIX até a Primeira República, propunha uma nova forma de intervenção social que pudesse contribuir para garantia de maior eficiência na disciplinarização da sociedade e de seus segmentos mais vulneráveis (QUIROGA, 2010). Ainda que mantivesse alguns valores do universo judaico-cristão, ela se mostrava crítica à sociedade colonial anterior, ganhando característica mais racional e laica. Seus adeptos propunham a modernização de concepções e instituições sociais.

Nesse novo cenário, o modelo anterior de Santa Casa de Misericórdia começou a se desmontar e reconstruir, seja por pressão do referido movimento ou pelo esgotamento de anteriores mecanismos que davam suporte ao seu funcionamento, tais como doações, heranças, entre outros. Mas aquele ainda mantinha, segundo Quiroga (2010), três características do modelo anterior, a saber: 1) ainda se fundamenta na ajuda de um benfeitor que assume superioridade no lugar de se voltar para a perspectiva republicana do direito; 2)

continuava a dívida de gratidão com o beneficiário; e 3) mantinha o engrandecimento moral do benfeitor, numa relação assimétrica com o beneficiado.

Até então, a assistência prestada pelas Santas Casas de Misericórdia era, segundo Tomaschewvski (2007, p. 16), “compreendida como um ato de bondade ou de humanitarismo para com os deserdados da fortuna e não como um direito e justiça social”. As subvenções do Estado e as doações individuais seguiam regulações de benevolência e os serviços destinados aos pobres eram vistos apenas como dádivas, mediante elos estreitos entre elites e Coroa.

Nesse sentido, a organização da irmandade segundo o modelo de assistência proposto no Segundo Império, de acordo com Tomaschewvski (2007), propunha uma política social amparada na caridade e filantropia das elites locais, mas que também oferecia benefícios a esta elite, tais como: o monopólio da assistência e o controle mais direto sobre os pobres. Nesse caso, a assistência oferecida, mediante uso dos bens e recursos financeiros originários da caridade, da subvenção do Estado e da venda de serviços assistenciais, não era pensada como um direito dos assistidos e sim como obra de caridade dos mais ricos e do Estado (TOMASCHEWVSKI, 2007).

De outro vértice, é preciso frisar que as mencionadas políticas higienistas inauguraram no Brasil um modelo inovador de assistencialismo, cujo objetivo principal era promover a saúde da população local de forma individual e coletiva, denominada por muitos de medicina social. À época, os projetos dos profissionais da saúde consubstanciavam a salvaguarda da educação, saúde pública e incentivo à prática de hábitos saudáveis e higiênicos, com vista à minimizar as doenças típicas encontradas no país tropical. As patologias como a febre amarela, varíola, lepra e malária, tiveram um aumento assustador no Brasil, decorrente, dentre outros fatores, do tráfico de escravos, o que contribuiu para o aumento considerável da taxa de mortalidade no território nacional (MIOTO, 2004).

Ademais, o período de construção de ferrovias e portos, que atraíam grande número de pessoas em busca de trabalho, fez com que aumentasse o número de doenças infectocontagiosas que afligiam a população local e eram consideradas casos de calamidade pública. Não havia profissionais qualificados e tampouco estruturas para proporcionar atendimento eficiente aos enfermos e mudar este quadro (LIMA *et al.*, 2005).

À vista disso, os cidadãos financeiramente favorecidos aos poucos começaram a nutrir sentimentos de indignação, manifestando angústia e inquietação com a situação vivenciada pelos cidadãos carentes. Se porventura houvesse pessoas enfermas em suas famílias, imediatamente se socorriam a um profissional médico e tinham condições de pagar pelos

préstimos em suas próprias residências (SILVA, 2011). Já as pessoas menos favorecidas, sequer podiam pagar por uma consulta, se socorrendo aos curandeiros, religiosos e pessoas sem conhecimento técnicas que se dispusessem a auxiliar, sendo que os atendimentos eram efetuados em locais inapropriados como igrejas e casas de caridade (SILVA, 2011).

Com efeito, ao longo dos anos, em virtude das dificuldades e aspectos burocráticos para fins de criação de hospitais que fossem direcionados aos atendimentos a qualquer cidadão, as referidas instituições se dedicaram exclusivamente aos préstimos relacionados à saúde e à religião de toda a população brasileira (TOMASCHEWVSKI, 2014).

No período anterior à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde do Estado se destinavam somente aos trabalhadores que possuíam vínculo empregatício. Assim, somente os trabalhadores denominados formais tinham garantido como direito o atendimento à saúde, prestado pela Previdência Social, de forma que a parcela da sociedade que não se enquadrava neste requisito, devia se submeter aos atendimentos prestados pelas Santas Casas de Misericórdia, as quais não estabeleciam critérios baseados na classe social ou econômica do cidadão para fins de atendimentos hospitalares (CARVALHO, 2005).

De mais a mais, as Santas Casas de Misericórdia não ganharam grandes proporções apenas em razão dos seus aspectos filantrópico e assistencial, mas principalmente pela finalidade enobrecedora que possuíam e ainda possuem. Além disso, sua distribuição geográfica no país é algo que chama atenção: aproximadamente 2.100 instituições espalhadas por todo o território nacional, sendo que há, inclusive, mais de uma entidade dentro de um Ente Federativo (CMB, s/d).

Em que pese os critérios sociais que sempre estiveram enraizados nas Santas Casas de Misericórdia, atualmente a manutenção e a sobrecarga de pacientes que são submetidos a tratamentos hospitalares, acarretam, por consequência, o assoberbamento destas instituições de caridade, visto que, por serem um alicerce estatal, muitas vezes não possuem recursos financeiros e humano para promoverem a saúde no nítido intuito de garantir o mínimo necessário aos necessitados (CARVALHO, 2005).

Tal fato fez com que estas instituições se organizassem de maneira corporativa e empresarial, adquirindo o viés de entidades nitidamente administradas e dirigidas com base institucional de empresas. Por serem consideradas entidades filantrópicas, em regra, não podem ter fins lucrativos. Contudo, foi imprescindível esta alteração na estrutura

organizacional para que as instituições não convalescessem, o que certamente geraria incontáveis prejuízos para toda a sociedade brasileira.

Atualmente, aos olhos da sociedade, as Santas Casas de Misericórdia não possuem um aspecto tão relevante como antigamente, exceto nas localidades inóspitas em que sejam os únicos hospitais destinados ao assistencialismo. Todavia, durante toda sua existência, elas continuam sendo parceiras do governo e, durante um longo lapso temporal, elas foram as entidades fundamentais para a prestação de serviços sociais relacionados à saúde, caridade e religião (CMB, s/d).

No Brasil, da mesma forma que parece ter ocorrido em Portugal, as Santas Casas de Misericórdia buscaram se especializar em assistencialismo relacionado à área da medicina. Contudo, nos primórdios, essas entidades tinham um conjunto muito maior de serviços direcionados ao assistencialismo como um todo. Atualmente, apesar de todas as dificuldades, principalmente aquelas relacionadas ao aspecto financeiro, as Santas Casas de Misericórdia espalhadas pelo país buscam preservar de maneira contínua as suas características originárias, quais sejam: assistencialismo e filantropia.

As Santas Casas de Misericórdia não eram apenas responsáveis pelo auxílio aos pobres que, inclusive, continuava acontecendo entre os próprios cidadãos e também pelas demais irmandades e associações destinadas aos amparos recíprocos, mas também monitoravam locais de relevância substancial para o auxílio em diversas circunstâncias, v.g., cemitérios e hospitais locais (TOMASCHEWVSKI, 2014).

Por derradeiro e ante ao todo exposto, é possível constatar a importância e relevância social que as Santas Casas de Misericórdia possuem para o país, visto que estão enraizadas no território nacional praticamente desde o seu descobrimento, antecedendo até mesmo a própria organização jurídica estatal, ocorrida apenas com a Constituição Imperial em 25 de março de 1824.

4.1.3 Origem da Santa Casa de Misericórdia em Campo Grande – MS

A iniciativa de criar a Santa Casa de Misericórdia em Campo Grande – MS veio muito cedo, ou seja, em 1917, um ano antes do local ter sido elevada à condição de cidade (1918-19). O município acabava de se conectar com São Paulo – SP por meio da ferrovia, em 1914, e buscava seguir a orientação republicana de promoção das políticas de higienização e modernização do espaço (TRUBILIANO, 2014). Tratava-se ainda de um momento, segundo

esse autor, em que a nova cidade deixava sua anterior condição de isolamento, começando a atrair um conjunto de profissionais liberais para ocupar cargos públicos, entre eles profissionais médicos.

Desse modo, esta iniciativa surgiu, segundo D'Ávila Filho (s/d)¹, de uma comissão de cidadãos que mantinham determinada liderança local, incluindo médicos militares, mediante um livro de donativos, para a construção da Santa Casa de Misericórdia. Esta seria destinada ao atendimento de “doentes pobres e desvalidos”. Essa comissão teria conquistado, segundo D'Ávila Filho (s/d), a adesão de 178 assinaturas com valores doados, quando se deu a criação da Sociedade Beneficente da Santa Casa, instituição mantenedora da “Santa Casa de Misericórdia”.

Em 1920, o então vice-presidente da Intendência municipal, adquiriu e escriturou, em nome dessa sociedade, uma área de 164,60 metros por 375 metros, mantida até então. Foi elaborado o regimento de funcionamento em 1919 e, em 1924, passou-se à construção do hospital, para o qual foram previstos 40 leitos, uma sala de cirurgia e dependências, obra essa inaugurada em 1928 (D'ÁVILA FILHO, s/d). Em 1924, conforme assinala esse mesmo autor, nos quartéis do Exército também havia sido inaugurado o Hospital Militar, sob iniciativa de Pandiá Calógeras, de modo que, em 1928, a cidade passava a contar com esses dois hospitais.

Por meio de doações de personagens da elite local, a unidade hospitalar foi ampliada até o final da década de 1930 (D'ÁVILA FILHO, s/d). De acordo com o Álbum Gráfico de Campo Grande de 1939, a Santa Casa de Misericórdia lançou a pedra fundamental da obra do Pavilhão B ao lado do Pavilhão Central, na referida data do Álbum (Ver Figura 1).

O piso térreo fora destinado aos indigentes, com três enfermarias. Para acolher mulheres havia maternidade e creche, além de ambientes para farmácia, laboratórios, sala de curativos e cozinha. Já o piso superior poderia ser ocupado por pensionistas, ou seja, os trabalhadores contemplados pela Lei Elói Chaves, de 1923, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), custeadas, mantidas e geridas pelos empregados e empresas.

Essa forma de previdência oferecia assistência médica e medicamentos e atendia em especial os ferroviários², que passaram a representar uma parte importante da população da cidade. Esse piso superior se ligava ao inferior por meio de elevador, com duas salas de

¹ Esse autor, Arthur D'Ávila Filho, que foi um dos diretores que permaneceu mais tempo na gestão da Santa Casa de Misericórdia. Ele deixou relatos importantes sobre a origem e trajetória histórica desse complexo hospitalar, encontrados tanto no próprio site da Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande, como no acervo do Instituto Histórico e Geográfico de Mato Grosso do Sul, mas que não contém data de publicação.

² As CAP's também atendiam a classe dos marítimos e estivadores.

cirurgia, esterilização e anestesia, duas salas de curativos, dois quartos para pensionistas e apartamentos.

Figura 1 Projeto de Firmo Dutra & Cia da obra da Santa Casa de Misericórdia



Fonte: Álbum de Campo Grande, 1939.

Na década de 1950, segundo Le Bourlegat (2000), Campo Grande já era dotada de equipamentos de comércio e serviços para o consumo urbano, como também para as áreas regionais. A autora cita dados do IBGE dessa década sobre os equipamentos de saúde já existentes na cidade: 65 médicos, 46 dentistas, 14 farmacêuticos e 15 farmácias. O atendimento hospitalar era feito pelo Hospital Geral da 9ª Região Militar, Hospital Sociedade Beneficente de Campo Grande, Casa de Saúde Santa Maria, Asilo Colônia São Julião e Educandário Getúlio Vargas.

Desse modo, pode-se compreender porque, entre 1947 e 1961, foi edificado, na mesma área destinada à Santa Casa de Misericórdia, o primeiro pavilhão de dois pisos, centro cirúrgico (quatro salas) enfermarias e apartamentos, além do ambulatório situado de frente para a Avenida Mato Grosso (D'ÁVILA FILHO, s/d).

Conforme lembra esse autor, até o final da década de 1960, a unidade hospitalar da Santa Casa de Misericórdia já contava com o suporte de 54 médicos. Além desses, esse autor realça o papel exercido nesse período pelas freiras da Missão Salesiana e por um grupo de voluntários. Entre 1961 e 1972, foram edificados mais dois pavilhões de dois pisos, possuindo um centro de ortopedia e um subsolo para enfermarias e apartamentos (D'ÁVILA FILHO, s/d).

Importante salientar que durante as décadas de 1960 e meados de 1970, Mato Grosso do Sul, que na época integrava o então estado de Mato Grosso, tornara-se palco do avanço das

fronteiras de modernização agrícola do país (LE BOURLEGAT, 2000). Pelo fato de Campo Grande, já bem equipada, ocupar uma posição estratégica em relação aos meios de transporte e comunicação nesse espaço, segundo afirma a própria autora, acabou se tornando o principal centro de convergência de populações migrantes de outros estados e da área rural. Isso ajuda a explicar a importante área de influência que foi ganhando a Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande.

No curto período de 1972-73, segundo D'Ávila Filho (s/d), essa unidade hospitalar, por problemas de gestão, sofreu uma crise financeira que significou dívidas. Entretanto, elas teriam sido superadas na gestão seguinte, até 1975, continuando a crescer. Foi montado o laboratório de Análises Clínicas e o primeiro serviço de hemodiálise, seguidos da reforma dos pavilhões (maternidade e hidratação infantil), construção de um poço artesiano e ampliação do Centro Cirúrgico (totalizando oito salas). A partir de 1976, conforme ainda assinala o autor, a Santa Casa de Misericórdia já contava com uma demanda muito significativa de pacientes, inclusive de particulares, chegando a empregar 200 funcionários.

Importante assinalar o forte crescimento populacional que a cidade passou a conhecer a partir da década de 1950 e até a de 1980-90. De acordo com o IBGE, a população urbana de Campo Grande já havia dobrado entre 1950 e 1970, com nova duplicação até 1970 (131.110 habitantes). Entre 1970-80, segundo Le Bourlegat (2000), Campo Grande, além de duplicar, também apresentou as maiores taxas brasileiras de incremento populacional, chegando a abrigar 283.656 habitantes.

Por outro lado, segundo a autora, a cidade já havia começado a se reequipar, a partir de meados de 1970, para exercer a função de capital político-administrativa de Mato Grosso do Sul, cujo desmembramento do estado de Mato Grosso se oficializou em 1977, com a capital instalada em 1979.

Esse fato ajuda a explicar os recursos buscados pela Santa Casa de Misericórdia, já em 1977, para construção de um pavilhão com 750 leitos, incluindo enfermarias, apartamentos, radiologia, laboratórios, bancos de sangue e demais serviços. A construção de mais um pavilhão de dois pisos, para alojar 120 leitos, pode ser visto na (Figura 2).

Essa obra ocupou cerca de dois mil operários, tendo sido inaugurada em 1980, com a presença do então Presidente da República, Gal. João Batista de Oliveira Figueiredo e ministros, além do Professor Albert Sabin.

Figura 2 Obra do pavilhão de 750 leitos iniciada em 1977



Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande (s/d).
Disponível em <http://santacasacg.org.br/canal/nossa-historia->

Conforme assinala D'Ávila Filho (s/d), nessa época, a Santa Casa passou a ser considerada um complexo hospitalar, classificando-a como a quarta maior Santa Casa do Brasil e o único hospital no país a ser dotado de enfermarias de três leitos. Era comum, na época, a existência de enfermarias de seis a vinte leitos e a Organização Mundial da Saúde prescrevia como “ótimo” o padrão de quatro leitos (D'ÁVILA FILHO, s/d).

A década de 1980, considerada a “década perdida para o país”, não o foi no Mato Grosso do Sul, segundo assinala Le Bourlegat (2000), diante do dinamismo interno explicado pelo esforço de tecnificação agrícola visando a exportação e da instalação das agroindústrias de soja. O contingente populacional da cidade, no início dessa década de 1980, havia novamente duplicado em relação à década anterior, atingindo 283.656 habitantes. Nesse período, de 1980-1991, a cidade ainda não havia perdido o ritmo na década seguinte, quando chegou a comportar na área urbana 518.617 habitantes.

Em 1988, por meio da Constituição Federal, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, a saúde, que era responsabilidade de vários ministérios, descentralizou sua gestão. Deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser responsabilidade dos Estados e Municípios. O SUS foi implantado na Rede Municipal de Campo Grande em 1992, com: 33 centros de saúde, Centro de Especialidades Médicas, Laboratório Municipal e Centro de Zoonoses (PLANURB, 1998). Voltava-se ao atendimento

dos moradores da periferia urbana, com consulta médica e atendimento laboratorial, odontológico e de maternidade.

Nesse mesmo período, de acordo com Le Bourlegat (2000), dada a dificuldade do Estado em suprir a necessidade da população urbana crescente, a cidade atraiu um grande número de profissionais liberais na área da saúde e na oferta privada de serviços de especialidades médicas. A presença de médicos, por exemplo, já havia saltado 16 vezes, entre 1950 e 1992. Além desses, a autora se refere ao aumento de outros profissionais como odontólogos, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

Nesse ínterim, a cidade de Campo Grande continuou crescendo no período de 1991-2000, chegando a abrigar, de acordo com os censos demográficos do IBGE, 655.914 habitantes em 2000. A cidade conheceu, nesse período, o fenômeno da macrocefalia, segundo Le Bourlegat (2000), atraindo profissionais no atendimento do crescente consumo interno e regional. Mas o aumento registrado, somente entre 1992 e 1997, ou seja, em um intervalo de cinco anos, foi de 82% para os médicos e 49% para os odontólogos.

Desse modo, em 1999, segundo a autora, Campo Grande já contava 524 profissionais da saúde com consultório próprio. Nesse mesmo ano, a autora registrou a existência de 20 hospitais e 17 clínicas, 54 laboratórios médicos, 23 clínicas de fisioterapia, seis de ultrassonografia, 227 farmácias e 104 clínicas odontológicas.

4.2 INSERÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEU COMPROMISSO COM O ATENDIMENTO HUMANIZADO

4.2.1 Breves considerações a respeito da origem do SUS no Brasil

A adoção do modelo de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi concretizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo este sido oficializado pela Constituição Federal de 1988. A saúde, vista como um bem precípuo para a vida e a dignidade humana, foi elevada pela Constituição Federal à condição de direito fundamental do Homem.

A Carta Magna, ao garantir a todos uma existência digna, observando-se o bem estar e a justiça social, considerou a saúde um direito social fundamental, garantido à todos, independentemente de cor, gênero ou idade e um dever do Estado que, a seu turno, assumiu a obrigação de proporcionar o acesso universal e equânime às ações e préstimos relacionados à saúde, além da proteção e reabilitação de todos os cidadãos.

Também ficou estabelecido que os recursos angariados pelo sistema de seguridade social, pela União, Estados, Distrito Federal, Territórios, Municípios e outras fontes de arrecadação, sejam repassados ao SUS. Por outro lado, restou vedada a destinação de recursos públicos para fins de benefícios ou subsídios a estabelecimentos privados com fins lucrativos. Tornou-se um importante organismo de fomento à equidade no que tange aos aspectos relacionados às necessidades essenciais de saúde da população.

O SUS passou a ser regido pela Lei nº 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei nº 8142/1990, com a finalidade primordial de mitigar a desigualdade no acesso da sociedade à saúde digna e de qualidade. De acordo com essas leis, tornou-se obrigatório a oferta do serviço de saúde do SUS em todo o país, vedando qualquer espécie de cobrança sob qualquer justificativa.

Com efeito, dentre os inúmeros objetivos do SUS, é possível destacar alguns de maior relevância, quais sejam: garantir acesso universal para todo tipo de tratamento/procedimento médico, compor a assistência médica comunitária e individual, de forma a distribuir os serviços médicos por meio de uma rede única criada pelo Estado.

De acordo com a legislação, a competência do SUS é a de prestar assistência integral à saúde de todo e qualquer cidadão que se encontre dentro do território nacional, por meio de uma rede pública de serviços essenciais. A rede privada (com ou sem fins lucrativos) atua apenas de forma complementar, por meio de licitação, celebração de contratos de direito público ou convênios, pactuados preferencialmente com entidades sem fins lucrativos ou filantrópicos. À exceção dos casos previstos em Lei, a Carta Magna atual proíbe a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros no que tange à assistência à saúde no Brasil.

Desse modo, o SUS conta com uma rede integrada de postos e centros de saúde, hospitais (laboratórios, hemocentros, universitários, entre outros), fundações e institutos de pesquisas, com o nítido propósito de garantir o atendimento a toda população brasileira. Por meio do sistema e dessa rede integrada, todos os cidadãos têm direito a realização de exames, consultas médicas, tratamentos, internações, seja no âmbito público (União, Estados e Municípios), seja de forma complementar na iniciativa privada.

Trata-se, portanto, de um sistema que abrange um conjunto de unidades, serviços e ações que se comunicam em rede, voltados aos processos de proteção, promoção e recuperação da saúde.

4.2.2 Princípios que embasam o SUS e suas respectivas características

Três princípios basilares justificam a criação e aplicabilidade do SUS, alicerçados na Constituição da República de 1988:

O primeiro princípio é, também, um dos mais importantes, é o da **universalidade**, que garante a todos os cidadãos o direito à saúde. Os serviços e ações de saúde devem ser destinados a todos os seres humanos, não podendo ficar restritos a um grupo, categoria ou classe de pessoas, cabendo ao Poder Público assegurar o seu acesso independentemente de contribuição para a previdência social (HOLTHE, 2010).

Sendo assim, torna-se dever dos governos (municipal, estadual e federal) responderem por tais serviços e ações. Tal princípio se fundamenta no artigo 196 da Carta Magna e tem origem no princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito Brasileiro, previsto no artigo 1º do mesmo diploma legal. À vista disso, não se pode conceber um Estado social, com caracteres de igualdade, solidariedade e de promoção do bem de todos, sem o irrestrito acesso aos meios que proporcionem saúde e bem-estar ao ser humano. E desta forma se fez o Estado brasileiro, moldado pelo constituinte de 1988.

O segundo princípio é o da **equidade**, que busca valorizar as especificidades de cada cidadão para fins de atendimento. Todos devem ser acolhidos e atendidos de acordo com as suas necessidades individuais específicas. Assim, cada maneira de viver, origem social ou territorial requer formas distintas de lidar com as patologias e com as formas de satisfação de suas necessidades básicas.

O SUS deve atuar de forma a tratar os iguais de maneira igual e os desiguais de maneira desigual, na medida de sua desigualdade. Torna-se fundamental, portanto, identificar as diversidades dos grupos da população para se poder suprir cada deficiência específica. Em virtude disso, o SUS não oferece atendimentos idênticos a todos os cidadãos, em todos os locais do território nacional.

O terceiro princípio é o da **integralidade**, segundo o qual as ações voltadas para a saúde devem ser orientadas tanto para a promoção, como para a prevenção, reabilitação e cura. Os serviços e ações relativos à saúde precisam contemplar o cidadão como um todo. Deve-se levar em conta a integralidade do ser humano, do indivíduo que possui um corpo social, biológico e psicológico. Nesse caso, saúde e vida dos cidadãos estão estreitamente correlacionados. São direitos indissociáveis, indivisíveis e indisponíveis de modo que a ausência de um implica a não garantia do outro.

4.2.3 Integração dos Entes Federativos e redes: regionalização e hierarquização da saúde

A Constituição Federal de 1988 é clara ao dispor sobre a obrigação do Estado em propiciar a todo cidadão brasileiro o direito fundamental à saúde. Não resta dúvida de que a Constituição de 1988 não faz qualquer distinção entre os Entes Federativos e oferece garantia de acesso amplo e irrestrito aos serviços de saúde. Nesse sentido, todos os entes federativos têm o dever solidário de fornecê-los gratuitamente, a todos que deles necessitarem, como um direito fundamental a ser requerido por qualquer cidadão.

Portanto, não importa o Ente Federativo invocado para o cumprimento do mandamento constitucional, já que o Estado, assim descrito no artigo 196 da CF/88, abrange não somente o Estado-membro, mas a União, o Município e o Distrito Federal. Por outro lado, os artigos 2º e 4º da Lei nº 8080/1990 dispõem que a Saúde Pública é um direito fundamental do homem e dever do Poder Público, abarcando a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, todos em conjunto.

Conforme o artigo 198 da Constituição Federal e os artigos. 8º e 7º, inciso II, da Lei nº 8080/90, o SUS consiste num sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada. A integração via rede de todas as ações e serviços de saúde impõem aos Municípios, articulados com o Estado e com a União, a necessidade de permanente interação, de modo a garantir uma gestão compartilhada, para oferecer soluções integradas. As redes são regionalizadas, o que requer de cada Estado a definição das regiões de saúde. Estas se baseiam em aglomerados de municípios contíguos, dotados de características culturais, sociais, demográficas e viárias que comportem a organização da rede de atenção à saúde, conforme determinada pela CF/88.

De acordo com a decisão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011) as ações e procedimentos da organização das redes de atenção se dispõem em dois blocos: (1) da atenção primária; (2) de média (secundária) e alta (terciária) complexidade ambulatorial e hospitalar. Como tais organizações são autônomas, essa articulação é negociada em nome do interesse público e consubstanciada por meio de contratos estabelecidos entre os mesmos. No Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta os artigos da Lei nº 8080/90, as redes de atenção fazem parte da região de saúde, ou de várias delas, dependendo das diretrizes pactuadas nas comissões intergestoras.

Nessa estrutura, a “atenção primária” é a que prevalece e deve ser considerada a porta de entrada do sistema, assim como ordenadora do cuidado aos usuários, além de responsável pela grande maioria dos problemas de saúde da população, embora empregue tecnologia de baixa densidade (CONASS, 2010). A tecnologia de baixa densidade, nesse caso, significa, segundo o CONASS (2007), uso de procedimentos mais simples e baratos, passíveis de atender a maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade (CONASS, 2010).

Já a tecnologia de média complexidade, segundo o CONASS (2007), abrange ações e serviços no atendimento dos principais problemas e agravos de saúde da população, que requer disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos no suporte ao diagnóstico e tratamento. De acordo com esse mesmo organismo, a tecnologia de alta complexidade supõe um conjunto de procedimentos com tecnologia de alto custo, destinado a serviços mais qualificados, integrado aos outros níveis de atenção (atenção primária e de média complexidade).

A dificuldade de oferta de serviços de complexidade pelos organismos públicos, no alcance da integralidade, segundo Artmann, Javier e Rivera (2003), leva à busca dos serviços complementares do setor privado. Esses serviços de saúde suplementar passam a ter como finalidade o preenchimento dos vazios de complexidade da oferta, sendo geralmente oferecidos por hospitais universitários e grandes hospitais especializados (ARTMANN; JAVIER; RIVIERA, 2003). Também faz parte dessa tendência para complementaridade público-privada os hospitais filantrópicos, situação mais comum com as Santas Casas (ARTMANN; JAVIER; RIVERA, 2003). Nesse caso, segundo tais autores, o atendimento costuma ser muito diversificado, indo desde o atendimento básico aos altamente complexos.

4.2.4 Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS integrada ao SUS

Em 1994, a Portaria Federal nº 1695, de 23 de setembro, estabeleceu as normas gerais para incluir e garantir a participação de entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos ao SUS, como participação complementar, no caso de esgotada a participação dos serviços dos órgãos e entidades da Administração Pública (direta, indireta e funcional).

A referida Portaria definiu, portanto, o regime de parceria entre o Poder Público e essas entidades. Em 1999, a Resolução 31 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) enquadrou instituições como a Santa Casa de Misericórdia na condição de “entidade filantrópica”. Nesse caso, suas rendas e recursos deveriam se voltar apenas à manutenção e

desenvolvimento de seus objetivos institucionais. Isso significava uma mudança dos princípios baseados na “misericórdia” para aqueles de “entidade filantrópica” (CARVALHO, 2005).

Nesse Sistema Único de Saúde, a Santa Casa tem sido considerada como hospital de referência em alta complexidade e possui o único Pronto Atendimento de Urgência e Emergência da cidade, atendendo pacientes oriundos do município de Campo Grande e de todo o Estado de Mato Grosso do Sul e de Estados e países vizinhos. Pode ser verificado ainda, os esforços do hospital no que tange à promoção da humanização dos atendimentos dispensados, conforme extrai-se das notícias obtidas perante a assessoria de imprensa do referido hospital³.

Convém salientar que Campo Grande e o Estado só foram se ressentir da crise na década de 1990, após o fim dos subsídios agrícolas pelo governo federal, induzindo a mudanças no modelo agrícola e no incentivo à agroindustrialização (LE BOURLEGAT, 2000). Nesse mesmo período, de acordo com essa autora, dada a dificuldade do Estado em suprir a necessidade da população urbana crescente, a cidade atraiu um grande número de profissionais liberais na área da saúde e na oferta privada de serviços de especialidades médicas.

Por outro lado, o modelo de modernização agrícola, de acordo com Le Bourlegat (2000), havia contribuído para um forte contingente de força de trabalho excedente que veio habitar a cidade. Isso teria contribuído para a manifestação de uma população empobrecida, exigindo maior esforço por parte da Administração Municipal em ampliar a infraestrutura médico-hospitalar.

De acordo com Carvalho (2005), as Santas Casas de Misericórdia no Brasil, com raras exceções, passaram a enfrentar, a partir do seu enquadramento como entidade filantrópica, grandes dificuldades financeiras, enfrentando até mesmo intervenções federais, estaduais e municipais. As anteriores doações e subvenções de particulares que mantinham a instituição passaram a representar menos de 1,6% de sua receita que ficou, em grande parte (64%), dependente do SUS e submetidas a pressões políticas. Junto dessa situação se acrescentam as reivindicações salariais de seus médicos e outros funcionários em geral. A intensa politização da instituição se torna mais forte do que os anteriores princípios cristãos e solidários de “misericórdia”.

³ Anexos A, B, C, D, E.

A Irmandade passa a ser vista como qualquer instituição empregadora (CARVALHO, 2005). Os financiamentos vêm em forma de recursos do SUS, que segue a lógica do pagamento por serviço efetuado e, desse modo, quase sempre exíguo. Segundo Carvalho (2005), sequer cobrem os custos dos procedimentos realizados, geralmente 30% da receita bruta, o que leva à necessidade de buscar receitas alternativas em planos de saúde ou próprias.

A Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, nesse aspecto, atende também à clientela particular e do seu Plano Santa Casa Saúde e mantém convênios para atendimentos a pacientes de outros Planos de Saúde. Estas instituições, segundo o autor, ainda se submetem a tabelas defasadas e a atrasos de pagamento dos gestores por parte das três instâncias (federal, estadual e municipal).

O governo federal criou em 2001, o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem Fins Lucrativos e o Sistema Único de Saúde, buscando um incentivo adicional a essas instituições em regime de parceria, mediante recursos federais do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) (CARVALHO, 2005). Esse fundo é voltado aos procedimentos de alta complexidade, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Todavia, entre as exigências do referido programa para esse fim consta: Não ter denúncia de cobranças indevidas ou de mau atendimento aos usuários do SUS.

As crises financeiras, que emergiram a partir da década de 1990, abateram a Santa Casa de Campo Grande, exigindo novas demandas de recursos públicos, nem sempre obtidos. Mesmo assim, esse complexo hospitalar continuou recebendo melhorias em seu equipamento.

O PRONTOMED é um pronto-socorro para pacientes particulares e de convênios, com instalação de hemodinâmica, tomografia, ressonância magnética, serviço de oncologia e a unidade coronariana, além do CTI para cirurgia cardíaca. É considerado o único Hospital em Campo Grande que atende Pediatria (24 horas) e Neurologia (24 horas), além de outras 21 especialidades.

Assim, desde 1994, foi dado início às obras da Unidade do Trauma (com 51 leitos) e, em 2009, o Ministério da Saúde definiu, pela portaria nº 90, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e o Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade que só veio a funcionar em 2019.

Por fim, constata-se que a Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS possui grande relevância para os préstimos de saúde no âmbito do SUS, pois além da sua estrutura física e organizacional, que proporcionam atendimentos especializados, também

dispensa atendimentos médico-hospitalares a quaisquer cidadãos que necessitem, sejam brasileiros ou estrangeiros, demonstrando, portanto, a sua característica endógena.

5 COMPLEXO HOSPITALAR DA ABCG: PERFIL ESTRUTURAL, INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO E PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O objetivo desse capítulo é apresentar o atual perfil da estrutura do complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS (ABCG), assim como as iniciativas adotadas no que se refere à humanização dos tratamentos e procedimentos dos serviços de saúde, além de apresentar o protocolo de gerenciamento de riscos, relacionando-os com o desenvolvimento humano e local.

5.1 PERFIL ESTRUTURAL DO COMPLEXO HOSPITALAR

De acordo com as informações coletadas, a Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS é gerida por uma **Diretoria Executiva** composta por seis pessoas (presidente e vice-presidente, diretor secretário e diretor secretário adjunto, diretor de finanças e diretor de finanças adjunto), um **Conselho Fiscal** (quatro integrantes) e um **Conselho de Administração** (dez membros).

A Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS constitui o maior complexo hospitalar do Estado de Mato Grosso do Sul, prestando serviços não só ao Município de Campo Grande e Estado de Mato Grosso do Sul, como a outros Estados e até países vizinhos como Paraguai e Bolívia.

Desse atendimento, de acordo com as informações fornecidas pelo hospital, mais de 80% é voltado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência estadual nas áreas de neurocirurgia, urgência e emergência, transplantes (renais, córneas e válvulas cardíacas), cirurgias cardíacas, ortopedia, gestação de alto risco, UTI (Especial e Neonatal), tratamentos de grandes queimaduras e oncologia.

De acordo com a pesquisa, pôde-se constatar que o complexo hospitalar, do ponto de vista da infraestrutura física, é composto pelas 40 unidades que aparecem no Quadro 4.

Quadro 4 Unidades da Infraestrutura Física do Complexo Hospitalar

Nº	UNIDADES	DETALHAMENTO
2	Pronto atendimento	SUS e particular
18	Unidades de internação (especialidades)	495 leitos SUS 117 leitos particulares
9	Unidade de Terapia Intensiva tipo III	86 leitos ativos
1	Unidade Intermediária Neonatal	11 leitos ativos
1	Banco de Tecido Ocular Humano	
1	Centro Cirúrgico Geral	16 salas
1	Centro Cirúrgico Obstétrico	2 salas cirúrgicas 4 leitos pós-operatórios 5 salas de parto natural
1	Centro Cirúrgico Day Clinic (Hospital Dia)	3 salas de cirurgia 3 leitos pré-operatórios 4 leitos pós-operatório 3 enfermarias
1	Unidade de Ginecologia e Obstetrícia	
2	Ambulatórios de Especialidades Médicas	35 consultórios (SUS, conveniados e particulares)
1	Centro de Diagnóstico por Imagens	
1	Laboratório de Análises Clínicas	
1	Unidade de Assistência de alta Complexidade em Nefrologia	Hemodiálise
1	Unidade de Oncologia	
1	Agência Transfusional	
1	Escola de Saúde	
1	Centro de Apoio Administrativo	
1	Creche	
1	Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)	
1	Auditório	100 lugares
1	Igreja	
1	Capela	

Fonte: Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande - MS, 2019

Disponível em <http://santacasacg.org.br/canal/estrutura-301>

O Pronto Atendimento é considerado o maior e mais completo serviço de saúde (adulto e infantil) de Mato Grosso do Sul, respondendo pela totalidade do atendimento de urgências e emergências graves do Município de Campo Grande e do Estado. Existem duas unidades de Pronto Atendimento: PA/SUS e PA/Particular, que respondem pelos atendimentos de urgência e emergência, de forma integral e humanizada, por classificação de risco e alto índice de resolutividade, sejam pacientes portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática, cirúrgica ou psiquiátrica (ABCG, 2019).

A metodologia utilizada para classificação de risco é aquela prescrita pelo Protocolo de Manchester. Consiste num sistema de triagem embasado em cinco cores: vermelho,

laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha é indicativa dos casos emergenciais, ou seja, de maior gravidade, enquanto a cor azul é indicativa dos casos não urgentes, isto é, de menor gravidade (ABCG, 2019).

O referido método é aplicado em âmbito internacional, sendo ínfimo o número de hospitais ou clínicas que não sejam adeptos a esse tipo de procedimento. Já no que tange ao protocolo de triagem para a realização dos atendimentos iniciais, trata-se de competência exclusiva do profissional enfermeiro. São analisados alguns fatores que levam em consideração a avaliação primária e o quadro clínico do paciente, além daqueles elencados nos itens a seguir, segundo o HumanizaSUS (2004):

- I.** Situação, queixa e duração;
- II.** Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- III.** Uso de medicações;
- IV.** Verificação de sinais vitais;
- V.** Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- VI.** Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

Por conseguinte, na unidade do Pronto Atendimento SUS da ABCG, o atendimento inicial é realizado por plantonistas de diversas especialidades médicas e equipe de enfermagem. A eles se agregam, posteriormente, a equipe de outros profissionais necessários, de acordo com cada caso. Essa unidade também foi estruturada para os atendimentos de adultos (PA Adultos) e crianças (PA Pediátrico).

Já o PRONTOMED, voltado ao pronto-atendimento de convênios e particulares da Santa Casa de Campo Grande, conta com 12 apartamentos privativos, um isolamento destinado à internação de adultos e quatro apartamentos para internação pediátrica, além de unidade de terapia intensiva e duas alas de internação e enfermarias.

O complexo hospitalar conta com 18 unidades de internação por especialidades, voltadas ao atendimento dos pacientes do SUS e particulares.

Conta ainda com o maior número de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) do Estado, abrangendo 86 leitos do total de 360 existentes. Existem unidades específicas para o atendimento ao público adulto geral e pediátrico, inclusive com cirurgia cardíaca (adulta e pediátrica) e uma Unidade Coronariana (cardiologia adulta), além da Área Amarela que atua na retaguarda do Pronto Atendimento (PS). Ainda há uma Unidade de Cuidado Intermediário

Neonatal Canguru (UCINCa) e outra Unidade Neonatal com oito leitos destinados a prematuros extremos (ABCG, 2019).

A modernização do Centro Cirúrgico Central, em 2016, segundo a ABCG (2019), contribuiu para baixar os níveis de infecção até então registrados no hospital, de 16% para 6%, metade da média nacional na área (ABCG, 2019). Passou ainda a contar com salas de pré e pós-operatório. As novas medidas permitiram que a quantidade de cirurgias realizadas dobrasse entre os anos de 2016 e 2018, passando de 23 mil para mais de 40 mil/ano. Na última reforma, também foram construídos ambientes apropriados para repouso da equipe, bem como refeitório para lanches nos momentos de descanso.

No mesmo ano de 2016, também foi reinaugurado o Centro Obstétrico, após reforma e modernização, quando passou a contar com duas salas cirúrgicas, quatro leitos de recuperação pós-anestesia, cinco salas de pré-parto, parto e pós-parto, dois consultórios médicos e salas de observação (ABCG, 2019).

Os tradicionais pré-partos coletivos foram transformados em espaços individualizados de pré-parto, parto e pós-parto com acesso a banheiro. Neles, também foi implantado um local para cuidados com o recém-nascido, além de uma farmácia satélite. Após a reinauguração, o número de partos realizados ampliou-se, de cerca de 170 para cerca de 270 ao mês (ABCG, 2019).

O Day Clinic (Hospital Dia), estruturado para receber pacientes que permanecem no hospital por menos de 24 horas, apresenta uma área construída de 500m², acomodando procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, com três salas de cirurgia, três leitos de pré-operatório, quatro leitos para recuperação pós-operatória e três enfermarias (ABCG, 2019).

O Centro Obstétrico da Santa Casa possui um centro cirúrgico exclusivo, com quatro leitos de recuperação pós-anestesia, cinco salas de pré-parto, parto e pós-parto, dois consultórios médicos, salas de observação e unidade do método canguru (ABCG, 2019).

A unidade de ambulatorios para Especialidades Médicas está estruturada em 35 consultórios para atender pouco mais de 30 especialidades, sendo: Alergia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Clínica Geral, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Gastrenterologia, Geriatria e Gerontologia, Proctologia, Ortopedia, Endocrinologia, Fisiatria, Fonoaudiologia, Ginecologia e Obstetrícia (preventivo), Homeopatia, Mastologia, Neurologia, Nutrição, Pediatria, Pneumologia Pediátrica, Psiquiatria, Psicologia, Reumatologia, Oftalmologia e Urologia (ABCG, 2019). Nessa unidade podem ser realizados exames, tais como: Angiorressonância, Angiotomografia,

Ecodopplercardiograma Transtorácico, Eletrocardiograma, Laboratório de Análises Clínicas, Raio-X, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia e Ultrassonografia com Doppler (ABCG, 2019).

A Escola de Saúde Santa Casa tem como objetivo oferecer a educação continuada na modalidade presencial, semipresencial e à distância de forma permanente, mediante oferta de cursos profissionalizantes e demais cursos livres, além de programas de Residências Médicas e estágios.

Foi constituído no âmbito desse complexo hospitalar um Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME), responsável pela organização, arquivamento e preservação de prontuários médicos, assim como pela elaboração de indicadores estatísticos mensais sobre o desempenho da unidade hospitalar (ABCG, 2019). O complexo hospitalar ainda possui em sua estrutura um auditório, uma igreja e uma capela.

Dessa forma, ao longo de praticamente um século, a Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, tornou-se um grande complexo que pode ser apreciado na Figura 3.

Figura 3 Vista parcial do complexo hospitalar da Santa Casa de Campo Grande – MS



Fonte: A Crítica, junho de 2019

Disponível em <http://www.acritica.net/editorias/geral/em-ms-hospital-pronto-e-equipado-nao-atende-populacao-por-impasse/387555/>

Como hospital de alta complexidade, a Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS oferece um conjunto de especialidades em serviços, entre elas: Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca, Transplante de Rins, Nefrologia, Urologia de Risco, Ortopedia Congênita, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia Vascular, Grandes Queimaduras, Gestação de Alto Risco, Cirurgia Geral e Torácica.

5.2 COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO DA ABCG: INICIATIVAS DE ATENDIMENTO HUMANIZADO

O complexo hospitalar da ABCG possui uma Comissão de Humanização, de natureza técnico-científica, permanente, instituída por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde e concebida à luz da Portaria GM/MS nº. 881, de 19 de junho de 2001. A Comissão de Humanização-CH tenta buscar, nesse sentido, um direcionamento específico, visando proporcionar maior empoderamento, reconhecimento e valorização do ser humano, vinculado à qualidade dos serviços prestados (ABCG, 2017). Um dos direcionamentos diz respeito à troca de saberes entre os conhecimentos específicos dos diferentes profissionais que também procuram adotar princípios humanísticos associados aos avanços da tecnologia, junto ao aprimoramento de conceitos e práticas de gerenciamento e atenção à saúde.

As ações da Comissão de Humanização ocorrem segundo um Regimento Interno, elaborado em de setembro de 2017. Este é estruturado em quatro capítulos, totalizando 30 artigos. O primeiro capítulo aborda a sua natureza e objetivos (Quadro 5), o segundo a sua organização, o terceiro o seu funcionamento e o quarto e último capítulo menciona as disposições gerais.

Observe-se que essa Comissão de Humanização tem como objetivo básico amparar a superintendência desse complexo hospitalar na elaboração do programa interno de humanização, mediante participação e troca de conhecimentos e um processo de reflexão entre todos os profissionais de saúde que atuam nesse ambiente, por meio de um fórum permanente.

Outro destaque importante diz respeito ao fato da ação de humanização contemplar, por meio de relações estabelecidas na Santa Casa, não só a relação entre profissionais e usuários, como dos próprios profissionais entre si e destes com as famílias dos usuários.

Quadro 5 Objetivos geral e específicos da Comissão de Humanização

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Assessorar a superintendência e elaborar o programa de Humanização da Santa Casa, pautado na PNH - Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde	Constituir um fórum permanente de discussões sobre a humanização da assistência à saúde e a PNH;
	Desenvolver, implementar, agregar, apoiar e divulgar ações e projetos de humanização na assistência à saúde;
	Humanizar as relações na Santa Casa;
	Beneficiar os usuários e a comunidade através da assistência, do ensino e do trabalho em saúde;
	Valorizar e estimular a continuidade das ações e dos projetos de humanização da assistência à saúde.

Fonte: Regimento Interno da Comissão de Humanização da ABCG, 2017

Na aplicabilidade dos objetivos mencionados, conforme se pode observar nos critérios previstos no Regimento Interno, a Comissão de Humanização é subdividida em unidades, intituladas de Grupos de Trabalho de Humanização, que possuem a responsabilidade de executar as atividades exclusivas e inerentes da comissão. Estas são criadas sob seus critérios ou de seu Diretor Técnico e Superintendente.

Observa-se que, por meio do referido Regimento Interno, quaisquer práticas de atenção e gestão devem se pautar na adoção dos três princípios básicos previstos na Política Nacional de Humanização (PNH): transversalidade, indissociabilidade e protagonismo. São adotados, portanto, os três grandes princípios considerados alicerces das políticas públicas direcionadas ao tratamento humanizado. Tais princípios, interpretados no referido Regimento Interno, podem ser apreciados no Quadro 6.

O princípio da comunicação entre os profissionais da saúde (inter e intra grupos) supõe maior troca entre os saberes especializados dos diferentes profissionais que atuam no cuidado com os usuários da saúde no complexo hospitalar, de modo a acabar com possíveis imposições de formas de saber dentro do hospital. Por meio do princípio que ajuda a construir esse novo modelo de Atenção à Saúde, as trocas de saberes tendem a gerar equipes de

trabalho multiprofissional, assim como um trabalho mais integrado entre os diferentes setores e unidades do hospital.

A indissociabilidade significa que esses princípios de humanização, envolvendo a comunicação entre profissionais e diferentes setores, também devem se estender para o modelo administrativo. Desse modo, o hospital também prevê um novo modelo de gerenciamento, devendo, para esse fim, construir um novo protocolo de funcionamento.

Por fim, o princípio do protagonismo tem como base a maior autonomia de todos os profissionais e equipes envolvidas, seja no processo do cuidado à saúde, seja no gerenciamento. Desse modo, compreende-se que, embora se procure trabalhar de forma comunicativa, todos têm sua parcela de responsabilidade no sucesso do trabalho compartilhado.

Quadro 6 Princípios da Humanização adotados na ABCG

PRINCÍPIO	CONCEPÇÃO
Transversalidade	Aumento do grau de comunicação inter e intra-grupos, transformando os modos de relação e comunicação entre sujeitos, de maneira a desestabilizar as fronteiras dos saberes, os territórios de poder e as formas instituídas das relações de trabalho.
Indissociabilidade	Indissociabilidade entre os modelos de gestão e da atenção considerando que a alteração dos modos de cuidar é inseparável dos modos de gerir e se apropriar do trabalho.
Protagonismo	Corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (compartilhamento) no processo de gerir e de cuidar.

Fonte: Regimento Interno da Comissão de Humanização da ABCG, 2017

A valorização dos profissionais da saúde também faz parte dessa política de humanização prevista no Regimento Interno, proporcionada por iniciativas de educação permanente. O processo educativo se relaciona tanto com a humanização como nos conhecimentos técnicos específicos de cada especialidade. Isso explica a instalação de uma unidade de Escola de Saúde dentro do ambiente hospitalar.

O Regimento Interno também se reporta à melhoria da qualidade de relações estabelecidas entre os profissionais, dos profissionais com seu ambiente trabalho, assim como dos profissionais com os usuários do hospital e de suas respectivas famílias. A finalidade é proporcionar um ambiente interativo, capaz de oferecer melhor acolhimento, conforto e cuidado com a saúde.

No processo comunicativo dos profissionais da saúde com o usuário, também se leva em conta os princípios do tratamento humanizado, pautados pelo respeito aos direitos constitucionais da dignidade da pessoa humana, conforme previsto no Regimento Interno da Comissão de Humanização, prevendo o acesso à informação pelo usuário. Isso significa que o mesmo possui amplo acesso a todas as informações necessárias e pertinentes ao tratamento realizado.

De outro lado, como sujeito autônomo e corresponsável no cuidado à sua saúde, cada usuário tem o direito de autorizar cada tratamento ou procedimento relativo ao cuidado com sua saúde. Esse princípio se fundamenta, segundo Roberto (2012), no direito dele em exercer seu poder de escolha entre autorizar ou não um específico tratamento de saúde.

Desse modo, conforme bem lembra França (2014), as informações dos profissionais da saúde oferecidas ao paciente devem ser claras e concisas, considerando-se todas as informações úteis e imprescindíveis para que ele possa tomar a decisão de forma segura e diligente. Nesse caso, a autorização do paciente é transmitida por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (FRANÇA, 2014). Trata-se, assim, de um “consentimento informado”, assim caracterizado por Roberto (2012, p. 83):

O consentimento informado é o consentimento dado pelo paciente, baseado no conhecimento da natureza do procedimento a ser submetido e dos riscos, possíveis complicações, benefícios e alternativas de tratamento. Ou seja, é uma concordância na aceitação dos serviços a serem prestados pelo profissional de saúde em troca do pagamento do paciente ou responsável, estando este informado adequadamente do que está consentindo.

Nesse sentido, pode-se verificar que o TCLE é um documento formal, viabilizando a prática dos atos profissionais, favorecendo maior transparência e relação de confiança entre os profissionais da saúde e os usuários.

Outra iniciativa prevista no Regimento Interno da Comissão de Humanização do hospital, visando criar condições de um ambiente com relações humanizadas, diz respeito a eventos artístico-culturais realizados em parceria com várias Instituições, públicas e privadas. Por meio desses eventos, busca-se propiciar à sociedade orientações acerca de prevenções de doenças, cuidados periódicos e a importância da realização de um diagnóstico prévio, levando-se em consideração as chances de cura nessas circunstâncias.

Nesse contexto, ainda que não esteja previsto em regimento, já faz parte da tradição da estrutura desse complexo hospitalar um serviço de capelania relacionados à existência de uma

Capela, como forma de satisfazer as já suscitadas necessidades dos usuários em termos de proteção, afeto, entendimento e participação.

Importante assinalar que tais serviços de capelania não são firmados em credo religioso. No conjunto, esses serviços se voltam para atendimentos especializados de suporte espiritual, em respeito às diferentes particularidades e necessidades de quem os procuram (ABCG, 2019). Esses serviços estão disponíveis aos usuários e seus respectivos acompanhantes e familiares, assim como aos gestores, profissionais da saúde e outros funcionários prestadores de serviços da instituição e comunidade hospitalar em geral.

As práticas previstas no Regimento Interno da Comissão de Humanização, como fruto de participação da comunidade hospitalar, pelo que se pôde verificar, não destoam dos princípios de atendimento humanizado, preconizados pelo HumanizaSUS e vai ao encontro dos direitos à saúde e à dignidade humana.

No entanto, para que se pudesse verificar a efetividade dessas práticas entre os profissionais da saúde e os usuários e seus familiares, optou-se por analisar os resultados de uma pesquisa do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) da ABCG.

5.3 SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A ÓPTICA DOS USUÁRIOS (SAC)

O Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) tem como papel facilitar a comunicação do hospital, seja com os usuários, seja com os funcionários, como forma de aprimorar os serviços prestados pela Santa Casa, contribuindo para a melhoria na qualidade das relações entre funcionários, usuários e instituição.

Mais recentemente, o SAC passou a funcionar durante 24 horas e permite que, não só usuários, como funcionários, possam oferecer sugestões, prestações de esclarecimentos e eventuais queixas.

O SAC ainda atua como veículo de comunicação em relação ao estado de saúde dos pacientes acompanhados pela mídia e ainda para o acolhimento necessário ao paciente e seus funcionários.

Entre outros, segundo informa a ABCG (2019), está autorizado a: (1) receber, orientar e registrar os usuários a realizar manifestos, com o devido respeito à privacidade e sigilo, oferecendo devolutivas em até dois dias úteis; (2) informar sobre estado de saúde dos pacientes; (3) prestar serviço de acolhimento aos pacientes, familiares e acompanhantes.

Por meio da pesquisa, foi possível o acesso aos resultados registrados no documento do SAC da ABCG, intitulado "Pesquisa de satisfação paciente/acompanhante – comparativo 1º semestre/2019 – janeiro, fevereiro, março, abril, maio e junho", envolvendo 5717 usuários. A finalidade foi avaliar o grau de satisfação dos pacientes/acompanhantes no que se refere aos serviços prestados no complexo hospitalar, no âmbito dos atendimentos via SUS, convênios e particular. Levou-se em consideração os critérios de atendimento, tempo de espera, informações recebidas, privacidade, relação com os funcionários, acesso, atendimento médico, de enfermagem e multiprofissional, rouparia, limpeza e higienização, refeição, instalações, além de conhecer os motivos da escolha pelo hospital e possíveis sugestões (ABCG, 2019).

Para a compreensão do conteúdo analisado, é importante esclarecer que a pesquisa analisada foi dividida em seis formulários distintos (Quadro 7), para seis formas de atendimento. Também cabe assinalar que ela abrange apenas os dados obtidos junto às unidades de internação, pelo fato dos paciente destes setores permanecerem maior tempo nas instalações do hospital. Desse modo, acabam tendo maior contato com os profissionais e serviços ali fornecidos, inclusive aqueles relacionados às ações de humanização já descritas, até seu completo restabelecimento e possível cura.

Quadro 7 Formulários de pesquisa do SAC (ABCG)

1. Pacientes nas unidades de internação (1º andar, 2º andar, 4º andar “B”, 4º andar “C”, 6º andar e Unidade do Trauma): - 26 (vinte e seis) questões fechadas, 01 (uma) questão dissertativa opcional;
2. Pacientes sob atendimento de Urgência e Emergência (Pronto Socorro SUS): - 18 (dezoito) questões fechadas e 01 (uma) questão aberta, relacionada ao atendimento no Pronto Socorro;
3. Maternidade (3º andar “B” - SUS): - 26 (vinte e seis) questões fechadas, 01 (uma) questão dissertativa opcional e 08 (oito) questões exclusivas para pacientes atendidos na Unidade materno-infantil (3º andar “B”);
4. Pacientes nas unidades de internação, na ala de convênios (4º andar “A”, 5º andar “A” e 5º andar “C”): - 25 (vinte e cinco) questões fechadas, 01 (uma) questão dissertativa opcional;
5. Pacientes sob atendimento de Urgência e Emergência (Prontomed): - 18 (dezoito) questões fechadas e 01 (uma) questão aberta;
6. Maternidade (3º andar “A”): - 26 (vinte e seis) questões fechadas, 01 (uma) questão dissertativa opcional e 08 (oito) questões exclusivas para pacientes atendidos na Unidade materno-infantil (3º andar “A”).

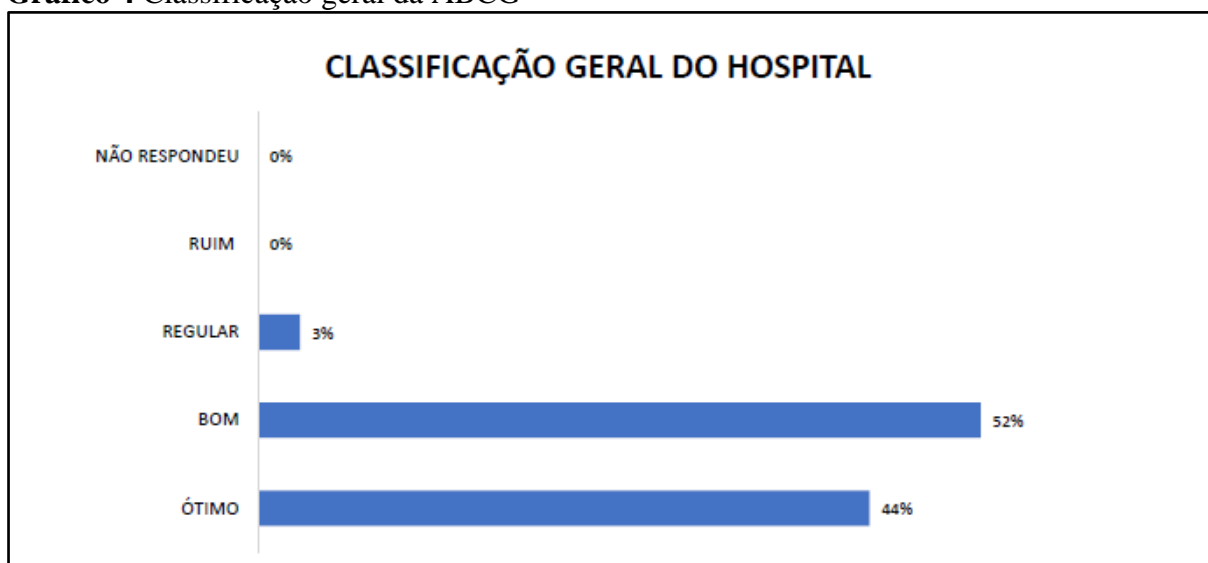
Fonte: SAC/ABCG, 2019.

O instrumento de pesquisa utilizado pela ABCG foi, portanto, o formulário com questões específicas para os usuários de cada ambiente de internação. A aplicação dos mesmos foi realizada no próprio hospital pelos colaboradores do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), num contato direto com os usuários. Na impossibilidade de avaliação por parte destes, em decorrência de aspectos físicos e/ou mentais, foram respondidos por seus acompanhantes (SAC/ABCG, 2019).

A presente pesquisa se limitou à análise dos dados referentes aos atendimentos via SUS à humanização dos serviços de saúde, abandonando-se as respostas relacionadas a outros aspectos.

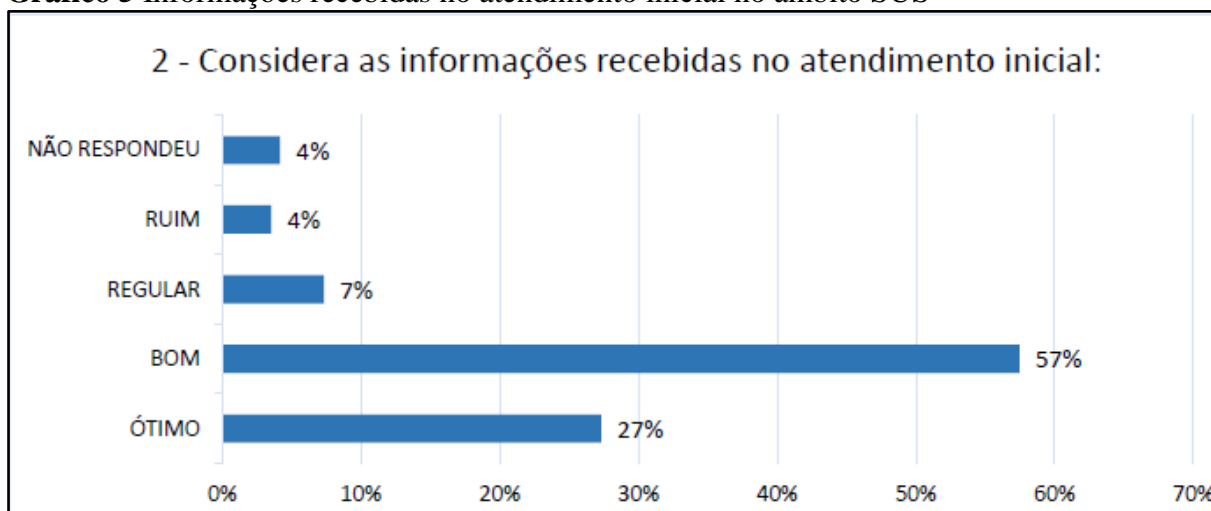
No que se refere à questão formulada em relação à "Classificação Geral do Hospital", observa-se que 96% classificaram o hospital na categoria de bom e ótimo. Apenas 3% considerou-o regular ao passo que não teve nenhuma indicação classificatória como ruim (Gráfico 4).

Gráfico 4 Classificação geral da ABCG



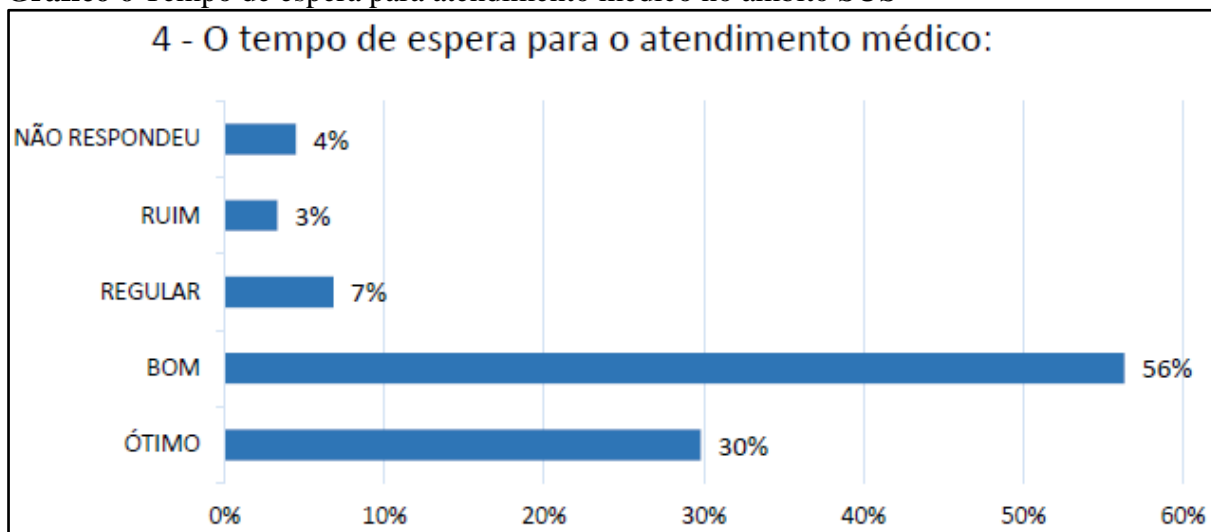
Fonte: SAC/ABCG, 2019

No atendimento inicial, ou seja, para quem acaba de adentrar no hospital, em se tratando das unidades de internações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), se comparado com a situação acima, já se pode detectar o aparecimento da conotação "ruim" e "regular" (Gráfico 5).

Gráfico 5 Informações recebidas no atendimento inicial no âmbito SUS

Fonte: SAC/ABCG, 2019

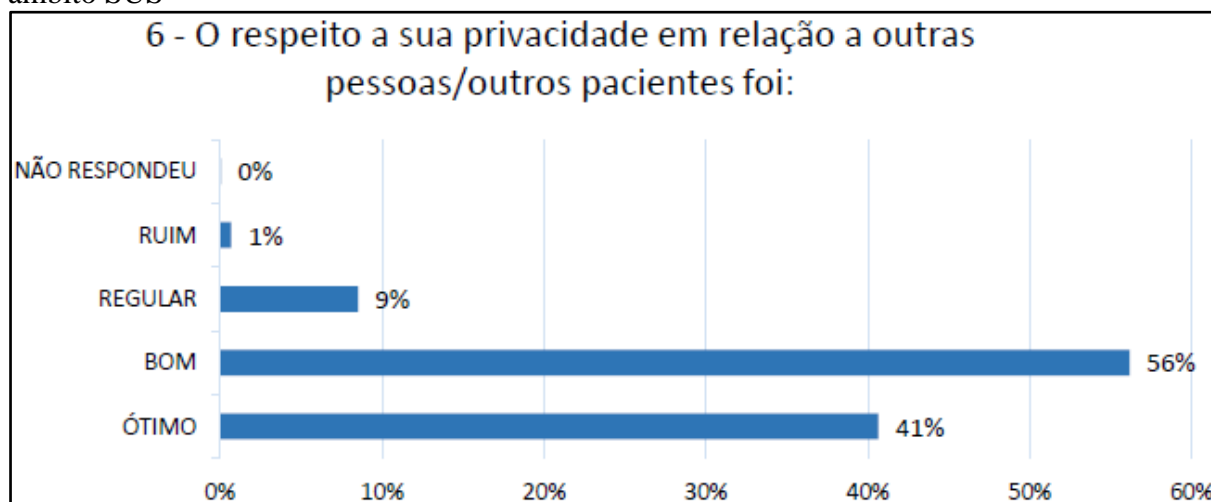
O mesmo ocorre em relação ao “tempo de espera para o atendimento médico” (Gráfico 6). Ou seja, embora existam 86% de usuários que avaliem o hospital como bom e ótimo na agilização de quem chega ao hospital para ser atendido, ainda existe uma parcela de 10% que classifica esse tipo de atendimento como “regular” e “ruim”.

Gráfico 6 Tempo de espera para atendimento médico no âmbito SUS

Fonte: SAC/ABCG, 2019

No que tange ao respeito à privacidade do usuário em relação a outras pessoas e pacientes no âmbito SUS (Gráfico 7), a avaliação melhora, mas ainda existem 9% que se refere a ele como regular e 1% afirma ser ruim.

Gráfico 7 Respeito à privacidade do usuário em relação a outras pessoas e pacientes no âmbito SUS

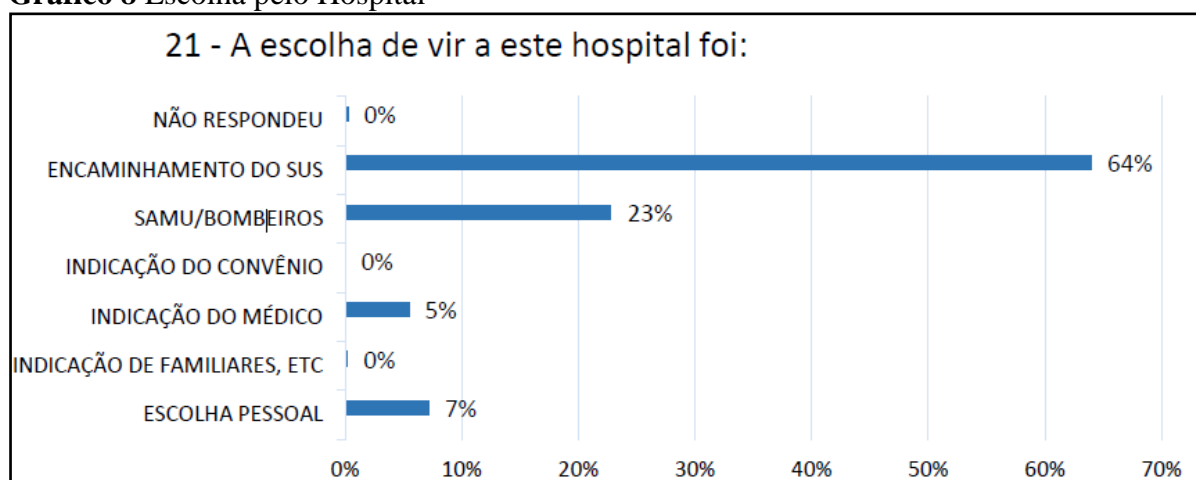


Fonte: SAC/ABCG, 2019

Nota: Os valores apresentados correspondem fielmente ao relatório da pesquisa.

Pode-se verificar, no entanto, pelas informações fornecidas pelo hospital, que os usuários do SUS representam cerca de 80% dos pacientes atendidos. O Gráfico 8 também aponta que 64% desses usuários são encaminhados diretamente pelo SUS. Dentre os outros, 23% chegam por meio de acidentes ou outras formas de urgência (SAMU, bombeiros). Em grande parte, isso pode ajudar a explicar as maiores dificuldades no atendimento inicial, já que nem sempre são atendimentos pré-agendados ou que se possa fazer planejamento prévio com a mesma facilidade de outros. Parte-se ainda do pressuposto de que estes se encontram em situação de extrema fragilidade emocional e física.

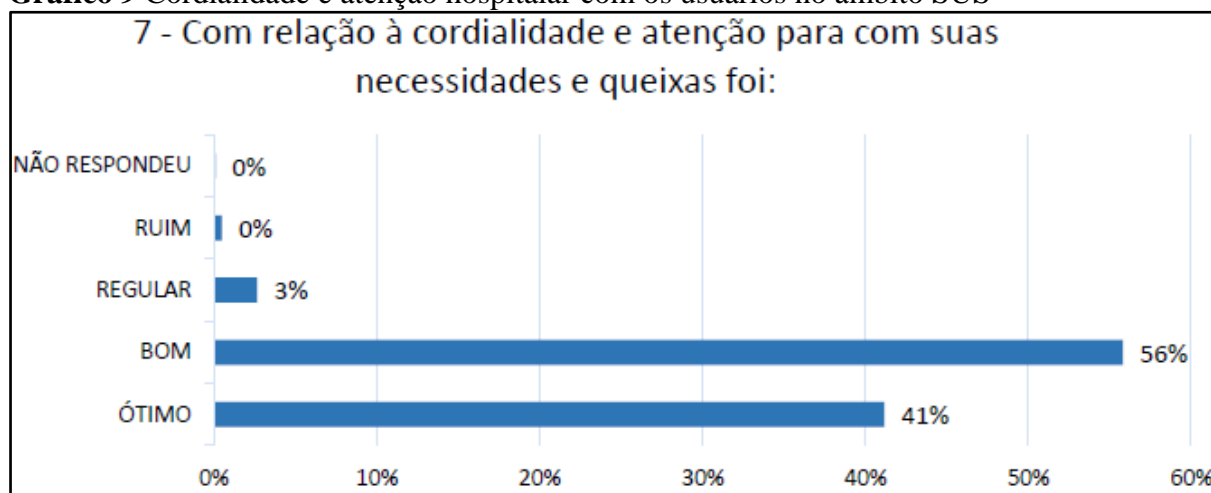
Gráfico 8 Escolha pelo Hospital



Fonte: SAC/ABCG, 2019

Já quando se refere ao tratamento dispensado aos usuários do SUS na situação de internados, em termos de cordialidade e atenção em relação às suas necessidades e respectivas queixas, 97% respondeu como sendo “ótimo” e “bom” (Gráfico 9).

Gráfico 9 Cordialidade e atenção hospitalar com os usuários no âmbito SUS

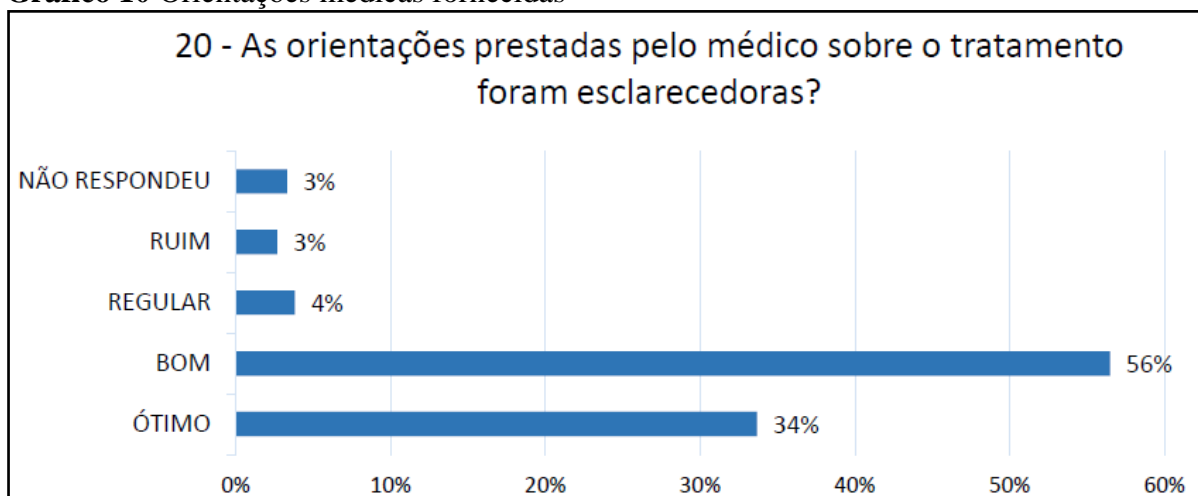


Fonte: SAC/ABCG, 2019

As respostas indicam que o complexo hospitalar tem avançado no atendimento dos profissionais em relação aos usuários, procurando alcançar um ambiente mais transparente e com maior relação de confiança entre hospital e usuário, mesmo que o objeto da reclamação não seja de possível alcance frente à realidade do nosocômio.

Na relação específica do médico com o usuário/acompanhante, particularmente nas orientações oferecidas para seu tratamento, como se pode constatar no Gráfico 10, pelo menos 90% considerou “bom” e “ótimo”.

A melhoria dessa relação é considerada relevante na diminuição da judicialização da saúde. Por consequência, empodera os usuários, que também se sentem valorizados ante a consideração de suas opiniões para o respectivo tratamento.

Gráfico 10 Orientações médicas fornecidas

Fonte: SAC/ABCG, 2019

Sendo assim, é possível afirmar que, apesar das dificuldades e mazelas suportadas pelo complexo hospitalar objeto de pesquisa, os números apresentados indicam que, de fato, as iniciativas de humanização podem estar surtindo o efeito de valorização do ser humano esperado, tanto em relação aos usuários, quanto aos profissionais que diariamente exercem seus ofícios na ABCG, sendo as respostas reflexos de tal relacionamento firmado entre ambos.

5.4 PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

Conforme informado anteriormente, pelo princípio da “indissociabilidade” o modelo de gestão do hospital deve se coadunar com o novo modelo de atenção à saúde. Por esse motivo, considerou-se importante conhecer também o Protocolo de Gerenciamento de Riscos do complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa. Formulado em 2018, ele será apresentado visando compreender melhor o atendimento humanizado da Instituição.

O Protocolo de Gerenciamento de Riscos da ABCG foi elaborado pela Gerência de Comissões Técnicas para ser colocado em prática pelo Núcleo de Segurança do Paciente. Essa norma interna, voltada a dar o suporte necessário ao gerenciamento de riscos, faz uso da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal classificação tem sido considerada padrão mundial para a organização de conceitos e definições sobre o tema, bem como instrumento de proposição de medidas para a redução de riscos e mitigação de eventos adversos.

Já o Protocolo de Londres, outro padrão de norma utilizada, serve para identificar e analisar os incidentes e riscos de segurança ao paciente por meio de procedimentos específicos. Visto pela ANVISA, o Protocolo de Londres parte do princípio de tomadas de decisão e de um planejamento baseados numa complexidade na cadeia de eventos que implicam em desfechos adversos de natureza organizacional. Vários fatores podem estar relacionados, como: o ambiente, a equipe de trabalho, o individual ou diretamente com a tarefa executada, podendo gerar atos inseguros, erros, violações e falhas ativas causadoras de “danos”.

A gestão de riscos, nesse caso, é entendida como iniciativas de caráter sistêmico e contínuo, relacionadas à procedimentos, condutas e recursos utilizados na avaliação e controle dos riscos e eventos adversos que atingem diretamente a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. A visão sistêmica da gestão de riscos possibilita o envolvimento de todo o complexo hospitalar, especialmente de seu capital humano, principal afetado com a ocorrência de eventos adversos e principal agente de controle de tais riscos.

Para sua plena implantação e contínua execução, o já mencionado protocolo contempla a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de valores, caracterizada como (ABCG, 2018, p. 3):

[...] conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Interessante notar que a visão de gestão hospitalar, relacionada ao desenvolvimento de uma cultura de valores, eleva as medidas adotadas ao nível humano esperado. Isso se dá quando se leva em consideração a simples imposição de condutas a serem seguidas sem a necessária ambientação das mesmas à realidade interna do complexo hospitalar e do capital humano que nele despense suas energias de labor.

Feitas tais considerações, como primeiro passo na gestão dos riscos, tem-se a identificação dos mesmos por meio de determinadas fontes pré-estabelecidas, como por exemplo: a) Notificação em formulário específico do incidente/evento adverso; b) Farmacovigilância; c) Hemovigilância; d) Tecnovigilância; e) Avaliação em processos de acreditação; f) Indicadores; g) Auditorias; h) Pesquisas de satisfação do usuário; i)

Reclamações dos usuários junto ao SAC; j) Avaliação das equipes; k) Relatórios de comissões, dentre outros.

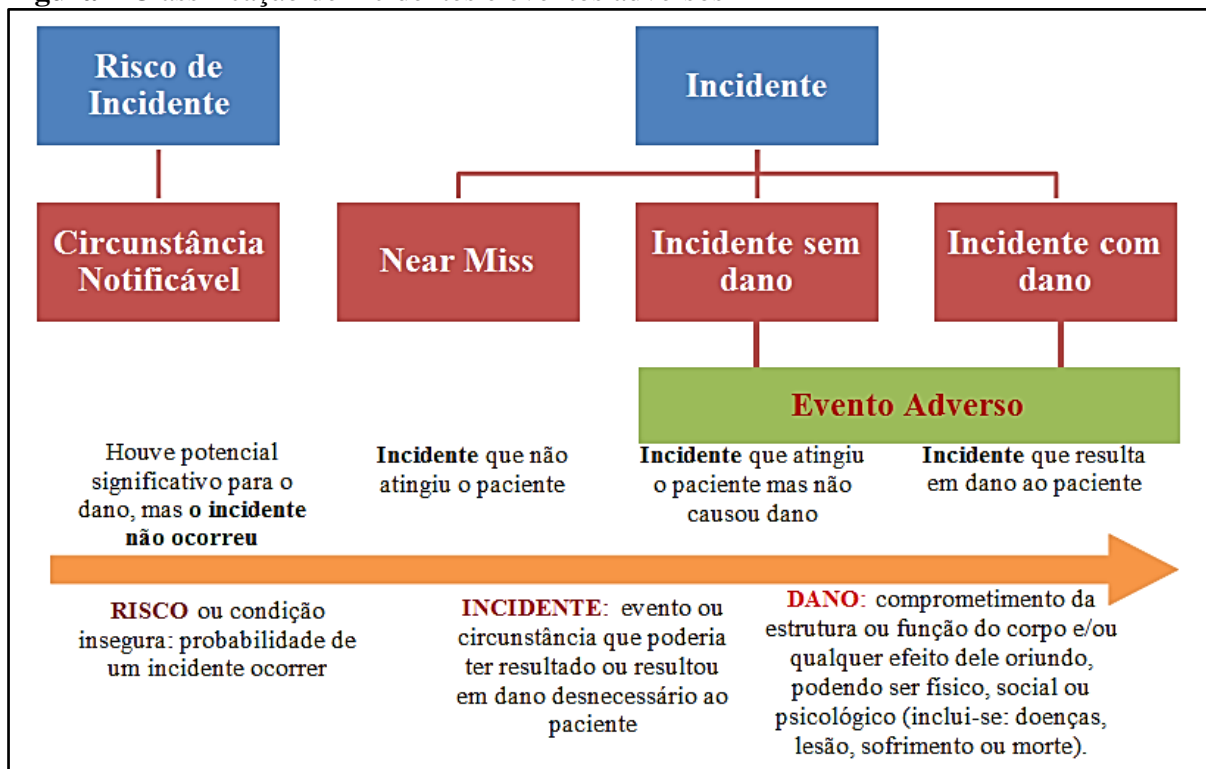
Neste contexto, para melhor compreensão, é oportuno destacar alguns conceitos técnicos inerentes à gestão de riscos, formulados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Segurança do Paciente, demonstrados no Quadro 8 para melhor elucidação:

Quadro 8 Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS

Segurança do paciente	Reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se: doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção; podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near Miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Ministério da Saúde, 2014

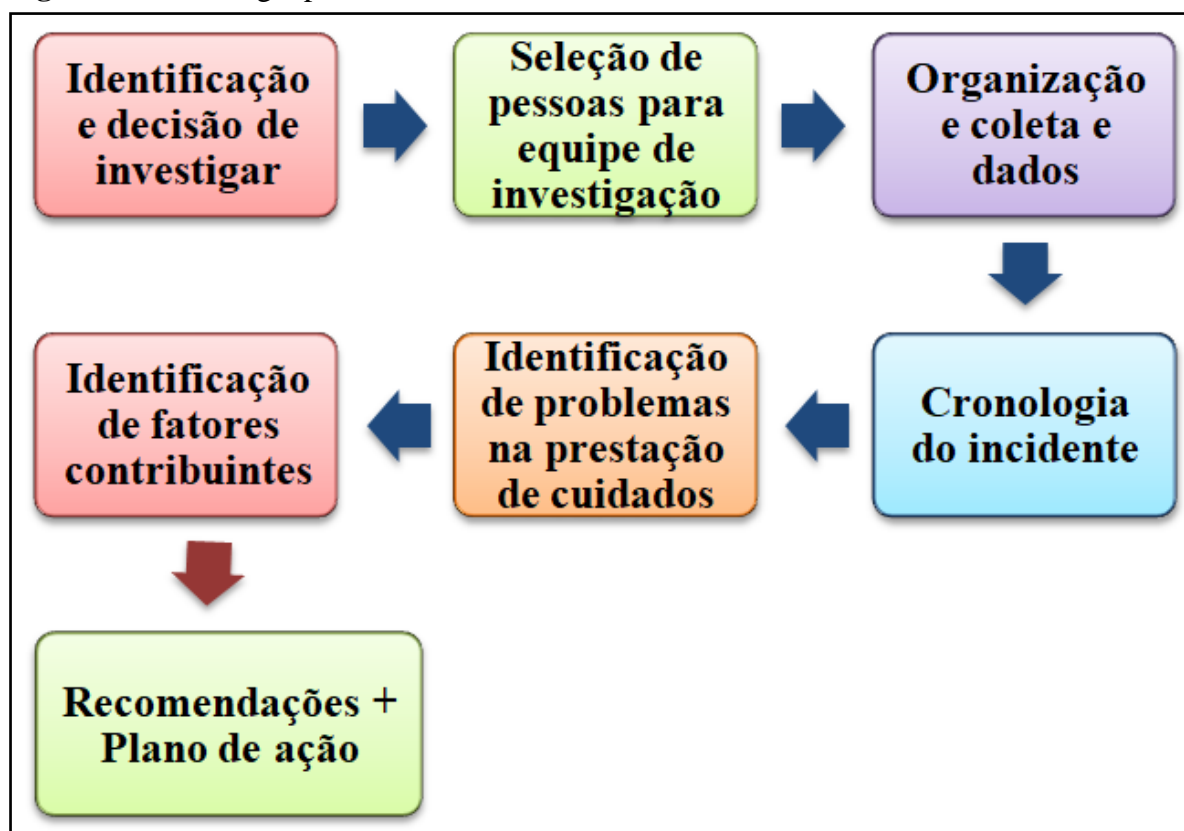
Outrossim, superada a fase de identificação dos riscos, passa-se a segunda fase, na qual é realizada a classificação dos incidentes e eventos adversos (Figura 4), para a posterior análise, avaliação e monitoramento dos mesmos.

Figura 4 Classificação de incidentes e eventos adversos

Fonte: Adaptado da Classificação Internacional do Paciente, OMS, 2009.

Identificados os riscos e devidamente classificados os incidentes e eventos adversos, é necessário que se faça a análise, avaliação e monitoramento do risco e incidente, sendo esta a terceira fase do processo de gestão. Nesta etapa, a análise, importante para promoção do aprendizado coletivo, é realizada por duplas integrantes do Núcleo de segurança do Paciente.

Em contrapartida, o monitoramento é realizado via sistema de notificação, materializado em uma Ficha de Notificação de Incidente, na qual as informações inseridas são confidenciais e, preferencialmente, anônimas, bem como em um Relatório de Análise de Incidente, seguindo a metodologia determinada no já mencionado Protocolo de Londres (figura 5), que segue a seguinte sequência de atos:

Figura 5 Metodologia prescrita no Protocolo de Londres

Fonte: Protocolo de Gerenciamento de Riscos/ABCG, 2018 - Adaptado pelo autor

Ainda nesta fase de análise, importante destacar algumas categorias de consequências e as respostas esperadas às mesmas (Quadro 9). Isso se dá partindo do conceito de cultura justa, conceito este que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes que cometem erros, dos que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado (Watcher, 2010 *apud* Ministério da Saúde, Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014).

Já na quarta fase, passa-se ao efetivo tratamento do risco e incidente por meio de ações do Núcleo de Segurança do Paciente, direcionadas a eliminar, reduzir e controlar/prevenir riscos notificados a partir das medidas efetivas existentes e disponíveis. Este tratamento pode resultar em: a) remoção da fonte de risco; b) evitar o risco pela decisão de não iniciar ou descontinuar a atividade que dá origem ao risco; c) alteração da probabilidade; d) alteração das consequências; e) compartilhamento do risco com outra parte(s); e, f) retenção do risco por uma escolha consciente.

Quadro 9 Categorias de consequências e respostas

CATEGORIA	DEFINIÇÃO	RESPOSTA ESPERADA
Erro Humano	Espera-se que aconteça. São ações não intencionais e pode ser categorizado como: deslize, lapsos, dentre outros.	Consolar e melhorar o sistema
Comportamento de risco	Ação intencional que aumenta o seu risco e pode ser realizada porque é “socialmente aceitável” ou por falha na percepção dos riscos envolvidos	Orientar o comportamento de risco e melhorar o sistema
Violações intencionais de relato de erro ou perigo	Ação intencional gerada pela escolha do indivíduo de assumir o risco não justificável de maneira consciente.	Punir o comportamento e melhorar o sistema

Fonte: Protocolo de Gerenciamento de Riscos/ABCG, 2018 – Adaptado pelo autor.

Por fim, tem-se a fase da comunicação do risco/incidente ao público que se utiliza dos serviços de saúde, bem como aos profissionais, disponibilizada pela liderança por meio de boletins e comitê de qualidade e segurança do paciente, com foco na promoção da aprendizagem. Pode ser caracterizada como uma força de compartilhamento de informações e estímulo à adesão a padrões esperados de segurança, partindo da divulgação mensal ou bimestral de resultados e indicadores de processos de ações implantadas e dos incidentes notificados ao Núcleo de Segurança ao Paciente.

Assim, a relevância do protocolo de gerenciamento de riscos para a garantia de um tratamento digno e condizente com a patologia apresentada pelo usuário do complexo hospitalar pode ser verificada, nesse sentido, levando-se em consideração tanto as fases de acolhimento – o preparo dos profissionais e usuários – quanto na gestão participativa e cogestão. Por fim, a ambiência interativa entre os usuários e os profissionais da saúde, podendo ser caracterizado como instrumento de propulsão de desenvolvimento local e humano no âmbito da ABCG, permite a escuta das necessidades locais, com vistas ao fortalecimento das relações humanas ali estabelecidas cotidianamente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados sobre a contextualização histórica da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS permitiram verificar o surgimento dessa instituição na Europa, por meio do princípio da caridade, mediante iniciativas de assistência espiritual e material em relação aos segmentos mais pobres e desvalidos. Tratava-se de um modelo, cuja manutenção era menos onerosa ao Estado, por se basear em trabalho voluntário e contar com donativos dos segmentos sociais mais abastados que, em troca, recebiam benefícios e privilégios.

Também se pôde verificar que, no Brasil, as Santas Casas passaram a se manifestar pelo mesmo princípio da misericórdia, por ocasião dos surgimentos das primeiras vilas e arraiais no século XVI. Todavia, no início do século XIX, as políticas de higienização para combater grandes epidemias tiveram influência no avanço da prática caritativa para a filantropia, traduzida em práticas de intervenção social. Desse modo, as Santas Casas também passaram a incluir nos cuidados à saúde, a preocupação com a melhoria do destino futuro das pessoas acolhidas, de modo a oferecer sentido às suas existências e à dignidade humana.

É preciso ainda destacar que, antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços da chamada Previdência Social destinavam-se somente aos trabalhadores formais; os demais se submetiam aos atendimentos prestados pelas Santas Casas de Misericórdia.

Esse contexto leva a considerar, de um lado, o compromisso histórico que as Santas Casas mantiveram em relação à dignidade humana, seja na forma de acolhimento, seja em relação ao destino de seus usuários fora do ambiente hospitalar. De outro lado, ajuda a explicar sua ampla distribuição dentro do país, somada à proporção e complexidade que essas instituições ganharam em função dessa natureza baseada na caridade e filantropia, destinada a um enorme segmento da base social brasileira excluída dos serviços de saúde.

No contexto de Campo Grande – MS, como se pôde verificar, a iniciativa de criação da Associação Beneficente Santa Casa já nasceu um ano depois de criada a cidade, graças às doações de cidadãos do lugar e ao terreno doado pela Intendência Municipal. Desse modo, inicialmente foram construídos 40 leitos, entregues em 1928, com o propósito de atender tanto o segmento pobre e vulnerável já existente, como os trabalhadores da ferrovia que acabava de ser construída.

O estudo permitiu ainda verificar as diversas ampliações, ocorridas ao longo do tempo, que contribuíram para a maior complexidade de sua estrutura e funcionamento. Observa-se

que quando a cidade se estruturava para exercer a função de capital de Mato Grosso do Sul, Estado criado no ano de 1977, já eram previstos recursos para a obtenção de 750 leitos, o que significava um aumento expressivo de quase 20 vezes em praticamente quatro décadas, tornando-se a quarta maior Santa Casa do país.

Em conformidade à Lei federal 8080/1990, o SUS foi implantado na Rede Municipal de Campo Grande em 1992, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse novo sistema de saúde adotado pelo Estado, como se pôde averiguar, o modelo da Santa Casa foi adotado desde a proposição desse sistema de saúde em 1988. Mas, as Santas Casas acabaram sendo institucionalmente incorporadas em 1999, na condição de entidade filantrópica, num processo de parceria público-privada. A partir de então, passou-se a olhar para o direito à saúde como uma forma de justiça social e respeito à dignidade da pessoa humana.

Em 2011, ao se criarem as Regiões de Saúde, a ABCG foi enquadrada como hospital de referência de alta complexidade, no preenchimento do vazio de oferta de serviços que deveriam ser fornecidos por hospitais universitários e outros especializados do Estado.

A exemplo das outras Santas Casas no Brasil, essa adequação do complexo hospitalar para se inserir ao SUS tem sido motivo de crises internas frequentes de diversas naturezas. As tecnologias de alta complexidade e os serviços destinados a serviços mais qualificados implicam em alto custo e colocam o hospital numa forte dependência dos recursos financeiros governamentais. Por outro lado, no lugar do anterior trabalho voluntário, a nova forma de atuação depende de ações profissionais especializadas com vinculação trabalhista, o que gera por consequência a atuação da Santa Casa como empresa propriamente dita.

Entretanto, ao se pesquisar as iniciativas relacionadas às práticas humanísticas e de gerenciamento de riscos, verifica-se que, mesmo diante de crises frequentes, o ambiente do complexo hospitalar da ABCG tem sofrido relativos avanços.

Foi possível constatar essas iniciativas de atendimento humanizado, seja por meio da criação da Comissão de Humanização e dos Grupos de Trabalho, normatizados por um Regimento Interno construído com a participação da comunidade hospitalar, seja por meio da proposição de um novo modelo de gerenciamento, coadunado ao modelo de Atenção à Saúde, preconizado na Comissão de Humanização.

Pôde-se verificar que a humanização da saúde emergiu no país com base no princípio da dignidade da pessoa humana e no direito à saúde consagrados na Constituição Federal de 1988, implementados a partir do Ministério da Saúde. No entanto, sua efetivação se dá com

base não só no envolvimento com o usuário, mas também com a participação interativa dos profissionais da saúde, diretores, funcionários e de toda a rede organizacional do ambiente hospitalar.

Também foi possível deduzir que as políticas de humanização são melhor compreendidas quando se associam ao conceito do “cuidar”, que envolve a integralidade dos diversos aspectos humanos e, portanto, não só biológicos. Implicam também em atitudes de natureza holística, traduzidas em ações compartilhadas e dialogadas, tanto para aprender, como para tomar decisões coletivas.

Nesse sentido, verificou-se, *a priori*, que o atendimento das necessidades do usuário, satisfeitas por meio do diálogo, compreensão, envolvimento e complacência, tornam o tratamento muito mais humanizado e satisfatório, podendo proporcionar, inclusive, uma forma de reabilitação mais célere e eficaz ou amenizar o sofrimento para os casos mais graves não passíveis de cura.

Da pesquisa realizada inferiu-se que a política de humanização dos serviços de saúde colabora para a valorização humana e, conseqüentemente, para o desenvolvimento humano e local, sendo, portanto, de extrema importância sua minuciosa observância por todos aqueles que atuam em ambientes hospitalares.

Assim, a humanização leva em consideração a atuação coletiva naquilo que se refere aos préstimos de saúde ofertados aos pacientes que, dessa maneira, se sentem valorizados, respeitados e incluídos no tratamento a que serão submetidos, sendo dever de todos os membros integrantes do complexo hospitalar proporcionarem um tratamento mais humano e condigno com as necessidades de cada um.

Por conseqüência, intimamente ligado à humanização, aparece a necessidade de uma gestão hospitalar de caráter mais sistêmico, ou seja, capaz de envolver a participação dos profissionais e usuários de forma interativa, potencializada para ser mais criativa em soluções inovadoras relacionadas aos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Nesse contexto de mudanças para um novo modelo mais humanizado foi possível discutir o papel fundamental que o gerenciamento legal de riscos pode exercer no processo de gestão da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande – MS, em função de sua capacidade de se conectar com todo ambiente hospitalar.

Desta forma pretendeu-se, por meio do presente trabalho, abrir vertentes para novos aprofundamentos e interpretações a respeito deste relevante tema, mediante o necessário

empenho, persistência e dedicação que o assunto exige, no sentido de melhor garantir a inclusão social e a dignidade da pessoa humana, num processo de desenvolvimento local.

REFERÊNCIAS

ABREU, Laurinda. **O papel das Misericórdias dos 'lugares de além-mar' na formação do Império Português. História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 591-611, 2001.

ABREU, Laurinda. **A especificidade do sistema de assistência pública português – linhas estruturantes.** Arquipélago-História, Açores, 2ª Série, v. VI, p. 417-434, 2002.

ALMEIDA, Marcos Antônio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** São Paulo: EACH/USP, 2012.

ARTMANN, E.; JAVIER, F.; RIVERA, F.J.U. **Regionalização em Saúde e mix público-privado.** Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz, julho de 2003.

ÁVILA, Vicente Fideles de. *Pressupostos para Formação Educacional em Desenvolvimento Local.* In: **Interações: Revista internacional de Desenvolvimento Local.** Campo Grande. vol. 1, n. 1, set. 2000. Disponível em: < <http://site.ucdb.br/public/downloads/9083-vol-1-n-1-set-2000.pdf>>. Acesso em: 11 de maio de 2017.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE – ABCG. **Capelania.** Disponível em [http: < http://santacasacg.org.br/canal/capelania>](http://santacasacg.org.br/canal/capelania). Acesso em: 10 de agosto de 2019.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE – ABCG. **Estrutura.** Disponível em [http: <http://santacasacg.org.br/canal/estrutura-301>](http://santacasacg.org.br/canal/estrutura-301). Acesso em: 30 de julho de 2019.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE – ABCG. Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC. **Pesquisa de satisfação paciente/acompanhante – comparativo: 1º Semestre de 2019.** Campo Grande – MS, 2019.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE – ABCG. Gerência de Comissões Técnicas. **Protocolo de gerenciamento de risco.** Campo Grande – MS, 2018.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE – ABCG. **SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente.** Disponível em [http: < http://santacasacg.org.br/noticia/sac-da-santa-casa-passa-a-funcionar-24-horas#.XU9ubOhKjIU>](http://santacasacg.org.br/noticia/sac-da-santa-casa-passa-a-funcionar-24-horas#.XU9ubOhKjIU). Acesso em: 10 de agosto de 2019.

AYRES, J.R. de C. M. *Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva.* In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9 (1), 2004, p. 15-29.

BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMAN., Alacoque Lorientzini. *Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: resignificação de valores e princípios pelos profissionais da saúde.* In: **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2007 janeiro-fevereiro; 15(1): 34-41.

BALESTRIN, F. *Gerenciamento de risco legal em saúde não evita apenas erros*. In: **Consultor Jurídico**, 2003. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2003-nov-07/importancia_gerenciamento_risco_legal_saude?imprimir=1>. Acesso em: 22 de agosto de 2018.

BALLONE, G.J. Humanização do Atendimento em Saúde. Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica. Palestra exposta no **VII Simpósio de Relacionamento Terapeuta-Paciente do Hospital Américo Bairral** Itapira/ SP, 2004. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=251>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. **Qualidade de Vida e ambiente**: uma temática em construção. In: BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas (org.). A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401-423.

BARTLE, Phil. **O que é comunidade?** Uma perspectiva sociológica. Disponível em: <<http://www.scn.org/mpfc/whatcomp.htm>>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo**: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. In: **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10, n.3. Rio de Janeiro, jul/set. 2005.

BERTALANFFY, Ludwig von. **Teoria geral dos sistemas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

BOISIER, Sérgio. *Crecimiento y desarrollo territorial endógeno: observaciones al caso chileno*. **Seminario Internacional Desarrollo Endógeno en Territorios Excluidos**, Temuco, 27 de novembro de 2001.

BRANDÃO, M. G. S. A; BRITO, O.D; BARROS, L. M. *Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino*. In: **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, (70), jan-mar, 2018.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. **Diretriz EBSEH de humanização**: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde. Brasília: MEC, 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071/Diretriz+Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf/614821e2-79b1-44d4-bd17-f6c7752ed0fe>>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um

paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 02 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: 11 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 25 de setembro de 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

CAMPOS, Adalgisa Arantes. **As irmandades de São Miguel e as Almas do Purgatório: culto e iconografia no setecentos mineiro**. Belo Horizonte: C/Arte, 2013.

CARNEIRO, Glauco. **O poder da misericórdia**. Pressa: Grafic. 1986.

CARNEIRO, Fernanda Salerno; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo e; SOUZA, Lorena Pereira de; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferry de Brito; BRANQUINHO, Nayla Cecília da Silva Silvestre. *Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade*. In: **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2): 204-11.

CARVALHO, Cláudio Viveiros de. **A situação das santas casas de misericórdia**. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2005.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. *Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem*. In: **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 janeiro-fevereiro; 13(1): 105-11.

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas. **A história de misericórdia das Santas Casas**. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>>. Acesso em: 07 de junho de 2018.

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas **CMB é homenageada na celebração dos 100 anos da Santa Casa de Campo Grande**. Disponível em: <<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/2071-cmb-e-homenageada-na-celebracao-dos-100-anos-da-santa-casa-de-campo-grande>>. Acesso em: 08 de junho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2217/2018. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>> Acesso em: 15 de junho de 2018.

CONASS-CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde*. In: **CONASS Documenta 21**. Brasília: CONASS, 2010.

CONASS-CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER, 2019. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>> Acesso em: 24 de maio 2019.

DALLABRIDA, Valdir Roque. *Governança Territorial e Desenvolvimento: as experiências de descentralização político-administrativa no Brasil como exemplos de institucionalização de novas escalas territoriais de governança*. In: **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**. Brasília: IPEA, 2011.

D'ÁVILA FILHO, Arthur. **Santa Casa de Campo Grande: nossa história**. Associação Beneficente de Campo Grande - MS. **Nossa História**. Disponível em: <<http://santacasacg.org.br/canal/nossa-historia>>. Acesso em: 15 de maio de 2018.

DENIEUIL, Pierre-Noël. *Développement social, local et territorial: repères thématiques et bibliographiques sur le cas français*. In: **Mondes en développement**, 2008/2 (nº 142), p. 113-130.

DEUS, A. D. de. *Atenção integrada ao paciente*. In: **Revista PUC Minas**, vol.12, segundo semestre de 2015. Disponível em: <<http://www.revista.pucminas.br/materia/atencao-integral-ao-paciente/>>. Acesso em: 23 de agosto de 2018.

DRUCKER, P. **Inovação e espírito empreendedor (Entrepreneurship): Prática e princípios**. 6 ed. São Paulo: Thompson, 2003.

ELIZALDE, Antônio. *Desarrollo a Escala Humana: conceptos y experiencias*. In: **Interações**, v.1, n. 1, p. 51-62, 2000.

FERREIRA, Cláudio. **Confederação responsabiliza defasagem da tabela do SUS pela dívida das santas casas e hospitais filantrópicos**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/537420-CONFEDERACAO-RESPONSABILIZA-DEFASAGEM-DA-TABELA-DO-SUS-PELA-DIVIDA-DAS-SANTAS-CASAS-E-HOSPITAIS-FILANTROPICOS.html>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. trad. Joice Elias Costa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; MARTINS, Cleide de La Vieri. *A ética, a humanização e a saúde da família*. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 31-33, dez. 2000.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito médico**. 12. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

FRANCO JUNIOR, Renato. *O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. In: **Est. Hist., Rio de Janeiro**, vol. 27, nº 53, p. 5-25, janeiro-junho de 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**, 43^a ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda e MONKEN, Maurício. **Territorialização em saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro, volume IV: Responsabilidade civil**. 4^a ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2009.

HOLTHE, Leo Van. **Direito Constitucional**. Natal: Juspodivm, 2010

ISMAEL, J.C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002.

IVAMOTO, Henrique Seiji. *Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica*. In: **Acta Medica Misericordiae**. [S.1], v. 1, n. 1, p. 7-10, out 1998. Disponível em: <http://www.actamedica.org.br/noticia.asp?codigo=104&COD_MENU=84>. Acesso em: 10 de junho de 2018.

IVAMOTO, Henrique Seiji. **Misericórdias: O Magnífico Legado Luso**. **Acta Medica Misericordiae**. 02 de maio de 2002. Disponível em: <<http://www.actamedica.org.br/noticia.asp?codigo=221>>. Acesso em: 10 de junho de 2018.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Traduzido do alemão por Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1986.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 8^a ed. rev., atual., e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil dos Hospitais: código civil e código de defesa do consumidor**. 2^a ed. rev., atual., e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

LE BOURLEGAT, Cleonice Alexandre **Sistema Territorial Local**. Versão Preliminar. Inédito. Mestrado em Desenvolvimento Local – UCDB, novembro, 2015.

LE BOURLEGAT, Cleonice Alexandre. *Ordem Local como Força Interna de Desenvolvimento*. In: **Interações. Revista Internacional de Desenvolvimento Local**. Vol. 1, n. 1, p. 13-20. Set. 2000.

LE BOURLEGAT, Cleonice Alexandre. Editorial. **Interações: Revista Internacional de Desenvolvimento Local**, Campo Grande, v.2, n. 3, p.3, 2001.

LE BOURLEGAT, Cleonice Alexandre. Editorial. **Interações: Revista Internacional de Desenvolvimento Local**, Campo Grande, v.3, n. 5, p.3, 2002.

LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manoel (org). **Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MAGALHÃES, L.V. *A gestão moderna do Departamento Jurídico nos hospitais e empresas de saúde*. In: **Federação das santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Paraná** (FEMIPA), 2014. Disponível em: <<http://www.femipa.org.br/noticias/a-gestao-moderna-do-departamento-juridico-nos-hospitais-e-empresas-de-saude/>>. Acesso em: 24 de agosto de 2018.

MARQUES, Heitor Romero; MANFROI, José; CASTILHO, Maria Augusta de; NOAL, Mirian Lange. **Metodologia de pesquisa e do trabalho científico**. 4. ed. Campo Grande: UCDB, 2014.

MARQUES, Heitor Romero. **Desarrollo local em la escala humana: una exigencia del siglo XXI**. Gráfica Mundial, 2013. 121p.

MAX-NEEF, Manfred A. **Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones**. Barcelona: Editorial Nordan-Comunidade, 1993.

MAX-NEEF, Manfred A.; ELIZALDE, Antonio; HOPENHAYN, Martín. **Desarrollo a escala humana: una opcion para el future**. Londres: Cepaur, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSus**. Disponível em: <<http://www.portalms.gov.br>>. Acesso em: 8 de maio de 2019.

MIOTO, Odilamar Lopes. **Formação Profissional e Trabalho: Aspectos Relativos aos Técnicos de Enfermagem**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, UNICAMP. Campinas, 2004.165p.

MIRANDOLA, Giovanni Pico Della. **Discurso sobre a dignidade do homem**. Tradução e introdução de Maria de Lurdes Sirgado Ganho. Lisboa: Edições 70, 2001.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 17, ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MORIN, Edgar. **Da necessidade de um pensamento complexo**. Para navegar no século XXI: Tecnologias do Imaginário e Cibercultura, 1999.

MOULAERT, Frank. *Le développement territorial intégré: le rôle des rapports sociaux*. In: **Canadian Journal of Régional Science/Revue canadienne des sciences régionales**, p. 43-58, 2009.

NANTES, Ligia Fernandes Lima; DOBASHI, Beatriz Figueiredo. **A experiência da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações**

judiciais em saúde. CONASS Para entender a gestão do SUS. O Direito à Saúde, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração ao Direito ao Desenvolvimento.** Adotada e proclamada pela resolução 41/128 de 1986.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2018.

PAVON, Raíssa Varrasquim. **A mediação de conflitos como fator de desenvolvimento à escala humana.** 109 f. 2018. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande – MS.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005.

PLANURB. Instituto Municipal de Planejamento Urbano de Campo Grande. **Perfil Socioeconômico.** Campo Grande, 1998.

PNUD, Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2010.** Tradução do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento – IPAD. Nova York: PNUD, 2010.

PNUD, Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2013.** Nova York: PNUD, 2013.

PNUD, Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. **Informe sobre Desarrollo Humano 2014.** Versión preliminar de la traducción para el español. Nova York: PNUD, 2014.

PNUD, Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. **O que é desenvolvimento humano.** (online) Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/DesenvolvimentoHumano.aspx?indiceAccordion=0&li=li_DH>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Cadernos do Internato Rural, Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <<http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>>. Acesso em: 11 de junho de 2018.

PUFENDORF, Samuel. **Os deveres do homem e do cidadão de acordo com as leis do direito natural.** Tradução de Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro: Topbooks, 2007.

QUIROGA, Ana Maria. **Assistência Social no Rio de Janeiro oitocentista: desqualificação dos atendidos, racismo científico e filantropia.** XIV Encontro Regional da Anpuh-Rio: Memória e Patrimônio, Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1273270795_ARQUIVO_VersaofinalAnpuh.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2018.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

ROBERTO, Luciana Mendes Pereira. **Responsabilidade Civil do Profissional de Saúde & Consentimento Informado**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

SCARPI, M. J. **Gestão de Clínicas Médicas**. São Paulo: Futura, 2004.

SÁ, Isabel dos Guimarães. **Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português**. Lisboa: CNCDP, 1997.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *As Misericórdias no império português, 1500-1800*. In: **500 anos das Misericórdias portuguesas**. Lisboa: Comissão para as comemorações dos 500 anos das Misericórdias, 2000, p. 101-132.

SANTOS, L. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização**. Biblioteca Virtual em Saúde. BIREME/OPAS/OMS, julho de 2003. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>. Acesso em: 8 de junho de 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARMENTO, Daniel. **A ponderação de interesses na Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.

SCHNEIDER, Alessandra; PERALTA, Jorge A. Gimenez; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade? / CEAP**. - 2. ed. - Passo Fundo: IFIBE, 2009.

SILVA, Liliane Coelho da. *Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável*. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013.

SILVA, Maria Regina Guimarães. **A história da fundação da irmandade de misericórdia de Guaxupé - MG**. São Paulo: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, 2011.

SILVA, Ruy Martins Altenfelder. **Políticas de Saúde e as Santas Casas**. Disponível em: <<https://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,politica-de-saude-e-as-santas-casas,1734139>> Acesso em: 22 de julho de 2018.

SOUZA, Henrique Freira de Oliveira. **Responsabilidade Civil: o que os médicos precisam minimamente saber?** Rio de Janeiro: Espaço Jurídico, 2017.

TOMASHEWSKI, Cláudia. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a irmandade da Santa Casa de misericórdia de Pelotas – RS (1847-1922)**. 257f. 2007.

Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Ibéricas e Americanas) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre.

TOMASHEWSKI, Cláudia. **Entre o Estado, o mercado e a dádiva: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847-1891.** 242f. 2014. Tese (Doutorado em História) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre.

TOZZI, R.; SELEM, L. *Gestão legal é mais eficiente com funções bem definidas.* In **Consultor Jurídico**, 2014. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2013-set-13/sociedades-sa-gestao-legal-eficiente-funcoes-bem-definidas?imprimir=1>>. Acesso: em 24 de agosto de 2018.

TRUBILIANO, Carlos Alexandre Barros. **A cidade em transformação:** formação urbana, desenvolvimento e culturas políticas em Campo Grande (1905-1939). Tese (Doutorado), Unesp, Franca, 2014.

VEIGA, José Eli da. *A face territorial do desenvolvimento.* In: **Interações: Revista Internacional de Desenvolvimento Local.** Vol. 3, N. 5, p. 5-19, Set. 2002.

VIANNA, Rejane Vieira. **A humanização no atendimento:** construindo uma nova cultura. Dissertação (Mestrado de Saúde Pública). Fiocruz, Brasília, 2004.

VIANNA, Luís Werneck; CARVALHO, Maria Alice Resende de; MELO, Manuel Palacios Cunha; BURGOS, Marcelo Baumann. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil.** Rio de Janeiro. Editora Revan, 1999.

ANEXOS

ANEXO A



PACIENTE GANHA FESTA DE ANIVERSÁRIO EM NOVO PROJETO DE HUMANIZAÇÃO DA SANTA CASA

27/03/2017 – Disponível em: <<http://santacasacg.org.br/noticia/paciente-ganha-festa-de-aniversario-em-novo-projeto-de-humanizacao-da-santa-casa->>

Uma ação iniciada nesta segunda-feira, pela Comissão, passa a comemorar o aniversário de cada paciente internado na instituição em parceria com a gerência de hotelaria que disponibiliza os “quitutes”.

Buscando contribuir com a recuperação plena dos pacientes internados na Santa Casa, a Comissão de Humanização do hospital realiza algumas atividades diferenciadas que possam minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização em níveis compatíveis com a sua dignidade humana e seus direitos sociais. Uma ação iniciada nesta segunda-feira, pela Comissão, passa a comemorar o aniversário de cada paciente internado na instituição em parceria com a gerência de hotelaria que disponibiliza os “quitutes”.

A ideia do projeto surgiu a partir da importância dos cuidados com os pacientes, que não devem se resumir apenas à doses de remédios e exames. Por isso, a Comissão de Humanização buscou o apoio de outras gerências para que juntos pudessem levar um pouco mais de alegria aos aniversariantes do dia. Para dar início às comemorações, a paciente, Claudete Marinho, do município de Bela Vista, que completa na data de hoje 42 anos, foi a primeira a receber a comemoração e de presente ganhou a sua alta hospitalar, uma grande coincidência que com certeza garantiu a felicidade de todos os envolvidos.

O projeto funcionará semanalmente, e serão identificados, via sistema, os pacientes que fazem aniversário cada dia da semana. Com a aprovação do aniversariante, a comemoração será realizada no leito, envolvendo paciente, familiar e toda equipe multiprofissional com bolo personalizado à dieta de cada um e também um cartão com as felicitações desejadas pela ABCG-Santa Casa.

De acordo com a gerente de comissões técnicas do hospital, Regiane Bononi, o projeto tem um grande significado para os aniversariantes, e além disto, é uma particularidade da Santa Casa de Campo Grande. “Esse trabalho é um diferencial da Santa Casa. É uma forma de valorizarmos o ser humano, melhorando a autoestima e a interação com sua rede de apoio e os profissionais da instituição. Isso interfere diretamente na recuperação dos nossos pacientes”, afirma a gerente.

ANEXO B



SETOR DE QUEIMADOS DA SANTA CASA É REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO EM MS

18/01/2017 – Disponível em:

<<http://santacasacg.org.br/busca/SETOR%20DE%20QUEIMADOS%20DA%20SANTA%20CASA%20C3%89%20REFER%20ANCIA%20DE%20ATENDIMENTO%20EM%20MS>>

A Santa Casa possui 16 leitos no setor, e destes 13 estão ocupados por pacientes que foram acometidos por algum tipo de queimadura, dentre eles por uso inadequado do álcool em bife na chapa, acidente de trânsito com explosão de combustível, acidente de trabalho e com inalação de fumaça.

No Brasil, as queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública, e a Santa Casa de Campo Grande é referência no atendimento humanizado no setor de queimados. Localizado no segundo andar do hospital, lá são atendidos pacientes de Campo Grande e do interior de Mato Grosso do Sul. Além do tratamento específico ao paciente, a qualidade de vida do queimado é a grande preocupação dos funcionários do setor no período de internação.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) definiu a qualidade de vida do paciente englobando cinco dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e meio ambiente. O Serviço de Queimados da Santa Casa possui profissionais para dar suporte ao paciente em todas essas áreas.

A Santa Casa possui 16 leitos no setor, e destes 13 estão ocupados por pacientes que foram acometidos por algum tipo de queimadura, dentre eles por uso inadequado do álcool em "bife na chapa", acidente de trânsito com explosão de combustível, acidente de trabalho e com inalação de fumaça. De acordo o psicólogo da Santa Casa, Dr. Paulo Lessa, os números de pacientes queimados poderiam diminuir se os mesmos se conscientizassem do risco. “A maioria dos acidentes com queimaduras poderiam ser evitados, basta somente a conscientização da população”, afirma.

Tipos de queimaduras

As queimaduras são classificadas em quatro graus, conforme sua profundidade.

Queimadura de Primeiro Grau - queimadura superficial, atingindo apenas a primeira camada da pele - epiderme. Caracteriza-se por ser uma queimadura não exsudativa (ação de suar que atravessa os poros e escorre pela superfície), dolorosa, mas que regride em poucos dias. Como exemplo tem a queimadura solar.

Queimadura de Segundo Grau - queimadura mais profunda causa bolhas (FLICTENAS) e é muito dolorosa, porque há a exposição das raízes nervosas que foram atingidas.

Queimadura de Terceiro Grau - queimadura esbranquiçada, tão profunda que atinge o tecido adiposo e músculos. Os tecidos ficam negros e sem vida (Necrose), não há dor porque as terminações nervosas responsáveis pela sensibilidade à dor foram também queimadas. Nas bordas de uma queimadura de terceiro grau haverá queimaduras de primeiro e segundo grau.

Queimadura de Quarto Grau – lesiona a epiderme, derme, tecido adiposo, músculo, tendões e osso, e é a grande responsável pelas amputações.

Tratamento

O tratamento é de aproximadamente 30 a 180 dias, dependendo do tipo de queimadura. Após receber alta, os pacientes passam pelo ambulatório para trocar os curativos e após evolução procuram cirurgia plástica reparadora.

As crianças que precisam de um tratamento mais demorado, não correm o risco de perder o ano, pois o hospital dispõe do núcleo de classe hospitalar com o acompanhamento de uma pedagoga para auxiliar nos estudos, além do acompanhamento com a equipe multiprofissional do setor, envolvendo nutricionista, psicóloga, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social.

ANEXO C



SANTA CASA INAUGURA CENTRO OBSTÉTRICO PARA PARTO HUMANIZADO

08/12/2016 – Disponível em: <<http://santacasacg.org.br/noticia/santa-casa-inaugura-centro-obstetrico-para-parto-humanizado>>

A partir de agora, as gestantes para dar à luz que procurarem a instituição contarão com uma ala modernizada e com equipamentos novos. A ação faz parte do plano de acolhimento da nova gestão e das diretrizes de humanização do Ministério da Saúde.

Foi inaugurado na manhã desta quinta-feira (8), o Centro Obstétrico da maternidade da Santa Casa, localizada no terceiro andar do hospital, com duas salas cirúrgicas, quatro leitos de recuperação pós-anestesia, cinco salas de pré-parto/parto e pós-parto, dois consultórios médicos, salas de observação e unidade do método canguru. A partir de agora, as gestantes para dar à luz que procurarem a instituição contarão com uma ala modernizada e com equipamentos novos. A ação faz parte do plano de acolhimento da nova gestão e das diretrizes de humanização do Ministério da Saúde.

O presidente da ABCG – Santa Casa, Dr. Esacheu Nascimento, fez o acolhimento aos visitantes e realçou a importância do novo Centro Obstétrico para a realidade da obstetrícia campo-grandense. “Uma instalação desta qualidade e com este nível de cuidado com o bem estar das parturientes muda consideravelmente a realidade local. É uma opção pública e gratuita de um serviço altamente qualificado para as futuras mães de nossa terra”, explicou.

De acordo com a enfermeira responsável pelo setor, Viviane Cardoso, a nova ala trará mais atenção ao parto e nascimento humanizados, possibilitando que os períodos clínicos da internação sejam assistidos no mesmo ambiente com a presença do acompanhante. “Transformamos os tradicionais pré-partos coletivos em espaços individualizados de pré-parto/parto e pós-parto com acesso a banheiro, onde a mulher desenvolve todo o processo de trabalho de parto e parto, podendo ser transferida no pós-parto para o alojamento conjunto. Além disso, no quarto também proporcionamos métodos de alívio à dor e estímulo ao nascimento”, conta.

Além disso, nos cinco quartos PPP's, foi adequada uma área para cuidados com o recém-nascido no mesmo ambiente do nascimento com instalação de bancadas, torneira aquecida para o banho do bebê e espaço para o berço.

A nova ala conta, também, com uma área de deambulação, onde são disponibilizadas bolas de bobat, escadinhas de ling, cavalinho, chuveiro com água quente, entre outros, proporcionando acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto.

Segundo Viviane o setor atende no mês cerca de duzentas grávidas e com o novo Centro Obstétrico a intenção é que os atendimentos passem para quatrocentos. “Com a nova ala queremos dobrar o número de atendimentos. Essa ala vem para somar. Foi um projeto sonhado e idealizado por anos que agora se concretiza. As mães terão todo conforto e apoio de seus acompanhantes na hora do parto. Uma ala só delas, sem precisar peregrinar para outro andar para dar à luz”.

A equipe do novo Centro contará com dois médicos obstetras, um médico neonatologista, quatro enfermeiras obstétricas, vinte técnicos de enfermagem e um administrativo. O Centro conta, ainda, com uma farmácia satélite com quatro atendentes e dois bioquímicos.

O valor total da obra do Centro Obstétrico foi de R\$ 1,5 milhão, sendo R\$ 500 mil de recursos próprios da Santa Casa e R\$ 1 milhão do Ministério da Saúde por meio da Rede Cegonha.

O evento foi aberto com uma apresentação da Orquestra Sinfônica de Campo Grande. Dentre as autoridades presentes estavam: Dr. Edgar Tolini, diretor do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde, Jocelino Menezes, Assistente especial da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, Dr. Salim Cheade, Adjunto da Secretaria Estadual de Saúde, Dr. Victor Rocha, Secretário adjunto de Saúde de Campo Grande, Dr. MafuciKadri, diretor do complexo hospitalar El Kadri, Dr. Lívio Leite, vereador de Campo Grande, Elizabeth Menezes, representando do deputado estadual Eduardo Rocha, Valdeci Alves Batista, representa o Grão Mestre da Grande Loja Maçônica de MS, João Batista de Medeiros, SIMMED-MS, Franciele Moura, representante da empresa Humana Alimentar, Dra. Cristiane Bernardes, diretora do Banco de Olhos da Santa Casa, Irmã Silvia, representante do Hospital São Julião, João Carlos Polidoro, presidente da Associação Comercial de Campo Grande, Ulisses Conceição, superintendente da Associação Comercial de Campo Grande, Glauber Halt, representante da Fundação Getúlio Vargas, Ledymar Machado, representante da Nestlé, Coronel Sidnei Ribeiro da Cruz, diretor de saúde do Corpo de Bombeiros Militar.

ANEXO D



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA SANTA CASA REALIZA RODA DE CONVERSAS PARA ACOMPANHANTES

16/08/2016 – Disponível em: <<http://santacasacg.org.br/noticia/equipe-multiprofissional-da-santa-casa-realiza-roda-de-conversas-para-acompanhantes->>

Nesta terça-feira (16), os acompanhantes, familiares e visitantes dos pacientes do segundo andar, que estão internados na Santa Casa, participaram de uma roda de orientações sobre as dependências no hospital. Organizado por toda a equipe multiprofissional, a reunião tem a intensão de orientar, esclarecer dúvidas e fazer com que cada um entenda a função dos profissionais no setor, ampliar a humanização e melhorar ainda mais a qualidade do cuidado aos pacientes e acompanhantes.

As rodas iniciaram na pediatria do hospital em 2014. Onde toda quarta-feira às 14h, os acompanhantes eram convidados para participarem da reunião. Com o sucesso obtido com as rodas, a gerência de enfermagem junto as chefias de cada unidade decidiram por ampliar este projeto em outros andares. Portanto, hoje as rodas acontecem às terças no segundo andar, às quartas no primeiro andar e sexto andar e às sextas no quinto andar. Com a previsão de ampliação para o quarto andar após a entrega da reforma.

A reunião deu início com as apresentações dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional, com informações básicas e necessárias para melhor convivência dentro do hospital. A equipe é formada por nutricionistas, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e fiscais do serviço de limpeza e da lavanderia.

Glacy Cardoso, chefe de enfermagem do segundo andar, explica que a proposta das rodas é que sejam realizadas semanalmente com a participação dos serviços de apoio e equipe multiprofissional, que resultou em uma melhora no relacionamento e também, reduzindo situações conflitantes. “Com as reuniões nós percebemos um maior acolhimento entre os pacientes, acompanhantes e os profissionais, um relacionamento positivo. Por isso, a proposta das reuniões são importantes, a partir disto os pacientes saberão a quem recorrer diante de alguma intercorrência”.

Orlando Brites, está como acompanhante do pai, Arnaldo Brites, ambos são município de Porto Murtinho. “Eu achei muito legal, é bem bacana conhecer todos os profissionais. Já tive contato com vários hospitais, mas esta é a primeira vez que eu participo de uma reunião assim, e gostei muito, estão todos de parabéns”, comenta.

As Rodas de Conversa são um método de discussão que possibilita aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir da riqueza que cada pessoa possui sobre o assunto. Na Roda cada integrante deve ter oportunidade de falar ou expressar o que pensa.

ANEXO E



COLABORADORES DA SANTA CASA PARTICIPAM DO LANÇAMENTO DA CAMPANHA DE HUMANIZAÇÃO

18/03/2015 – Disponível em: <<http://santacasacg.org.br/noticia/colaboradores-da-santa-casa-participam-do-lancamento-da-campanha-de-humanizacao>>

A campanha tem como objetivo principal incentivar a consolidação da cultura de humanização no ambiente hospitalar e contribuir para ampliar a qualidade do atendimento aos usuários e profissionais.

A Comissão de Humanização da Santa Casa de Campo Grande realizou na manhã desta quarta-feira (18) a cerimônia de abertura do concurso de frases para a Campanha de Humanização: "Eu Faço Parte desta Atitude", no auditório da instituição.

A campanha tem como objetivo principal incentivar a consolidação da cultura de humanização no ambiente hospitalar e contribuir para ampliar a qualidade do atendimento aos usuários e profissionais.

A cerimônia contou com a presença do presidente da Associação Beneficente de Campo Grande (ABCG) – Santa Casa, Wilson Levi Teslenko, do superintendente Roberto Madid, da diretora operacional Claudenice Valente, do diretor financeiro Paulo Chagas e do diretor administrativo Rudney Leal.

De acordo com Wilson Teslenko, a campanha humaniza a assistência prestada pelos colaboradores. "A campanha proporcionará um melhor relacionamento interno, colocando fim ao trabalho mecânico e frio do dia-a-dia. Acredito que o melhor exercício para que a humanização seja alcançada é cada um de nós se colocar no lugar do outro", disse.

As ações da campanha de humanização buscam efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Segundo o capelão e professor Edilson dos Reis, o tema é um paradigma no universo da saúde, proporcionando cultura e dignidade. "A Santa Casa valoriza o respeito ao cidadão, seja prestando serviços de qualidade ou contribuindo na relação interpessoal. Quem ganha é o colaborador, que presta o atendimento aos pacientes", explicou ele, que ministrou palestra sobre humanização hospitalar.

A comissão de humanização foi oficialmente instituída na Santa Casa por meio da Portaria nº. 013/2014, de 16 de Junho de 2014, com o objetivo de desenvolver e implementar ações de humanização na assistência aos pacientes e nas relações entre os trabalhadores, além de

reconhecer, valorizar e divulgar outras iniciativas, já implementadas e em desenvolvimento na instituição, sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde.

CONFIRA O REGULAMENTO DO CONCURSO DE FRASES PARA A CAMPANHA DE HUMANIZAÇÃO

Objetivo: escolher 3 (três) frases, com três níveis de classificação (1º, 2º, e 3º lugares), consideradas as melhores, entre as inscritas, que venham a completar a citação: Humanizar é....

Público participante: poderão participar do concurso todos os colaboradores e parceiros da Santa Casa de Campo Grande.

Normas de validação: as frases inscritas deverão ser:

- Atrativas;
- Originais;
- Criativas;
- Tratar especificamente do tema proposto;
- Utilizar apenas palavras da língua portuguesa.
- Construção textual (facilidade de compreensão, correção gramatical, sem uso de gírias, dialetos, ou símbolos).
- Serem escritas no máximo em 03 (três) linhas.

Para Participar: preencher o formulário colocando a frase, nome do participante, telefone e setor. Os formulários serão disponibilizados no andar térreo, em frente ao departamento de pessoal.

Período de participação: 18 de março a 10 de abril de 2015.

Seleção das frases: período de 11 a 16 de abril de 2015. As frases inscritas serão avaliadas (normas gramaticais, tema, originalidade, etc) pela Comissão Organizadora, que selecionará as três primeiras colocadas. Havendo empate, a Comissão Organizadora decidirá qual será a frase vencedora, seguindo os critérios de criatividade e atratividade.