

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica Joaquim Venâncio

Laboratório de Formação Profissional em Gestão em Serviços de Saúde

Curso técnico de Educação Profissional em Gestão em Saúde

Uma nova concepção de gestão em serviços de saúde

**Monografia apresentada no curso
De Gestão em Serviços de Saúde.**

**Aluna: Juliana de Souza Matias
Orientador: Irai Borges**

Rio de Janeiro, 2006.

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica Joaquim Venâncio

Laboratório de Formação Profissional em Gestão em Serviços de Saúde

Curso técnico de Educação Profissional em Gestão em Saúde

Uma nova concepção de gestão em serviços de saúde

**Monografia apresentada no curso
De Gestão em Serviços de Saúde**

**Aluna: Juliana de Souza Matias
Orientador: Irai Borges**

Rio de Janeiro, 2006.

“O atual sistema de saúde é incompetente, distorcido e perverso, no sentido de que ele é um devorador de recursos públicos e simultaneamente a isso não consegue resolver os problemas mais simples da saúde do nosso povo”.
Sérgio Arouca, Agosto de 1987.

Agradecimentos:
Agradeço primeiramente a Deus pela sabedoria,
a minha família, a equipe inteira de profissionais
que me ajudaram ao longo desta caminhada na
Joaquim Venâncio e aos meus professores de
outras instituições de ensino que estudei
ulteriormente.

RESUMO

O presente estudo é apresentado através de uma pesquisa bibliográfica exploratória, descritiva, e de uma pesquisa de campo que utiliza como método de coleta de dados uma entrevista estruturada.

Será abordado no primeiro capítulo um breve histórico do conceito de saúde que antes não era previsto em nossa Constituição de 1988, contrapondo-se com uma nova concepção de gestão em serviços de saúde, sendo este novo modelo discutido em: conselhos, conferências e reuniões de gestão democrática, como uma ferramenta que pode ajudar o atual sistema a melhorar na prestação de serviços. Logo após será mencionada a questão da problemática social do Rio de Janeiro que refletirá de forma direta a incidência de casos nas unidades. Mais adiante serão apresentadas algumas ferramentas que tem a possibilidade de colaborar na qualidade dos serviços prestados. Serão abordados a diferença da gestão clássica e o modelo de gestão assistencial das unidades de saúde, o que na verdade nos traz o conceito do que será um gestor socialmente responsável.

E por fim será enunciado no último capítulo o que é na verdade uma nova concepção de Gestão em Serviços em Saúde, nos levando a perceber que tudo o que foi mencionado anteriormente é na verdade um novo modelo de gestão, adequando ferramentas para a melhoria da prestação dos serviços, dando mais atenção aos usuários e acolhendo de forma mais humanizada de acordo com diretrizes do SUS.

Ainda, após a pesquisa bibliográfica, será apresentado um caso específico de uma unidade atuante no contexto da obra, entretanto, como um modelo de gestão, bem como uma análise comparativa do conhecimento científico adquirido com a atividade real do segmento na sociedade.

PALAVRAS CHAVE: QUALIDADE, GESTAO DEMOCRÁTICA, FERRAMENTAS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1. CONCEITO DE SAÚDE ANTIGO VERSUS UMA NOVA CONCEPÇÃO	11
2 GESTÃO E CO – GESTÃO.....	13
2.1 MODELOS DE GESTÃO DEMOCRÁTICA / GESTÃO PARTICIPATIVA	14
2.2 CONFÊRENCIAS DE SAÚDE	14
2.3 CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	15
2.4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	15
2.5 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS).....	16
2.6 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE CONASEMS)	17
2.7 CONSELHOS DE GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE	19

3	PROBLEMÁTICA SOCIAL DO RIO DE JANEIRO (RETRATO ATUAL).....	20
4	FERRAMENTAS IMPLANTADAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DAS UNIDADES HOSPITALARES.....	22
4.1	ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO	23
4.2	CROMOTÉCNICA.....	26
4.3	ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS.....	27
4.4	ENXUGANDO E ACHATANDO A ESTRUTURA PIRAMIDAL DAS UNIDADES /ADMINISTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS	28
4.4.1	Estrutura organizacional e demanda	29
4.5	Qualidade	30
5	GESTOR SOCIALMENTE RESPONSÁVEL.....	33
6	UMA NOVA CONCEPÇÃO DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	34

7.	REFERÊNCIAS	36
8.	ANEXO	39

INTRODUÇÃO

É notório que a população do Rio de Janeiro sofre com um sistema de saúde precário.

A falta de profissionais capacitados, de remédios, de equipamentos de diagnósticos que funcionem, de uma estrutura física que suporte a finalidade a qual se propõe, e por consequência desta carência uma demanda muito grande a espera de atendimento, são alguns problemas que agravam a situação das unidades de saúde pública nas do Rio de Janeiro.

E são alguns destes problemas que nos levam a refletirmos na diversidade de ferramentas que, usadas em conjunto pelos profissionais e usuários, poderiam colaborar para restaurar um sistema precarizado em um hospital mais humanizado, com visão holística e que obtenha sucesso ao atender usuários, e atender com qualidade aos seus anseios.

As ferramentas seriam “qualquer instrumento ou utensílio, todo meio de chegar a um fim ou resultado” (Definição do dicionário, editora Melhoramentos).

Na saúde as ferramentas terão a possibilidade de chegar à qualidade dos serviços prestados. Ficando claro que cada região possui suas peculiaridades que traduziram as necessidades dos usuários e equipes de trabalho, o que significa dizer que cada unidade irá adequar as ferramentas necessárias de acordo com suas peculiaridades que, basicamente, nem sempre serão usadas as mesmas ferramentas em outras unidades, pois a realidade pode não ser a mesma.

E, como exemplos de algumas ferramentas existentes têm: brainstorming, administração de materiais, cromotécnica, gestão de pessoas, acolhimento, gestão de operações, manutenção preventiva de equipamentos, etc.

Os profissionais precisam conhecer as ferramentas que serão usadas no seu setor e entender de que forma elas podem beneficiar o sistema, e o usuário precisa ter voz ativa. Desta

forma acontecerá uma reflexão coletiva: de um lado usuários que sofrem com o sistema, e não existiria indivíduo melhor para colocar os problemas existentes e suas possíveis soluções, pois os mesmos estão de fora e tem uma visão geral do quadro existente, e por outro lado os profissionais que podem atuar na melhoria dos serviços e conhecem também as limitações existentes no momento nas unidades.

A realidade atual é que muitas vezes os usuários estão sendo tratados como “coisas” e as unidades estão perdendo a sua verdadeira essência que é a promoção, proteção e recuperação dos usuários, negando o artigo 196, Caput, CRFB que enuncia:

Da Seção II / Saúde

A saúde como Direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde.

A nossa Constituição de 1988 cria o SUS, sendo o mesmo um Sistema Único de Saúde e quando criado teve como diretrizes básicas: Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Participação, Controle Social e Direito a Informação.

O’ Dwyer (2005, p.23) ressalta que “a Universalidade está assegurada. Pela lei, não há nenhum tipo de restrição de acesso, mas ainda não se mostra uma política de redução de iniquidade com instrumentos claros a execução na lógica do planejamento, na lógica de prestação de serviços”.

Pode-se perceber que mesmo existindo a universalidade ela ainda não consegue se mostrar de maneira eficaz.

Ressaltando que são dezoito anos de luta para garantir direitos universais mencionados em nossa Constituição de 1988, num contexto mundial com tendência privatista. Luta para capacitar

gestores, formarem profissionais, sensibilizar os cidadãos para um sistema que precisa de uma nova forma de pensar e agir de forma ativa dentro do quadro em que a saúde pública se encontra . Somando isto ao tamanho, a diversidade e a desigualdade do país e temos a dimensão do desafio que é colocar em prática aquelas “simples” palavras que enobrecem nossa constituição (FARIAS, 2006).

Sendo assim as estratégias e ferramentas para resolução irão ter que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e mutável de gestão e aplicação de ferramentas, pois cada unidade irá ter anseios diferentes.

Infere-se que o sistema de saúde é precário, não consegue suprir a necessidade da população por consequência de fatores externos como foi citado acima, e fatores sociais que contribuem para que o sistema de saúde fique “sufocado” com a grande demanda existente. E podemos perceber que existem ferramentas que existem e tem a possibilidade de colaborar com nosso sistema e serão estudadas nos capítulos a seguir.

O sistema precisa de inovações e de uma gestão criativa que articule ferramentas com as situações que existem, causando demora na assistência e prejudicando no desenrolar das funções dentro das unidades.

1 CONCEITO DE SAÚDE ANTIGO VERSUS UMA NOVA CONCEPÇÃO

A Saúde é Direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal de Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece:

Saúde como “Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196, Caput, CFRF).

A atual legislação brasileira amplia o conceito de Saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

Fleury (1997:28), ao enfatizar a proposta reformadora da saúde inscrita na Constituição Federal de 1988, destaca suas bases, que podem ser sumarizadas nos seguintes aspectos:

O reconhecimento do direito universal é inalienável, comum a todos os homens, a promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde;

O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis;

O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população;

O reconhecimento finalmente, do caráter social desse direito e da responsabilidade que cabe a coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supramencionadas.

Por isso, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio

ambiente, educação, urbanismo, entre outro, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde da população.

Não tendo simplesmente como conceito de saúde a restrita idéia que um indivíduo saudável é aquele que não tem nenhuma doença, considerando desta forma saúde como ausência de doença, contrapondo-se a esse conceito antigo, temos um novo conceito que a saúde é viver com qualidade tomando como base as condições mencionadas acima: educação , lazer, alimentação e etc . E se ampliarmos nossos conceitos, e entendermos, assim como nossa constituição ampliou e desenvolveu com outros setores governamentais ações conjuntas para a promoção e melhoria de condições de vida, perceberemos desta forma que quando se ampliam estes conceitos e consegue-se alcançar estas condições de vida precária da população, transformaremos o quadro social da população tais quais são: educação, saneamento, lazer entre outros, oferecemos desta forma melhor qualidade de vida a população, refletindo se na saúde e nas unidades hospitalares, pois deste modo haverá menos doenças provocadas por conseqüência da má qualidade de vida e condições precárias.

Como por exemplo, doenças provocadas por água suja, por um esgoto mal tratado, falta de saneamento e assim sucessivamente acontece com: a educação, o lazer, a falta de moradia,

As observações destes pontos são importantes para a melhoria, e bem estar da população culminando em um conceito novo e amplo de Saúde abordado e com importante relevância para uma melhoria na qualidade da saúde da população do Rio de Janeiro .

2 GESTÃO E CO – GESTÃO

Gestão é uma prática configurada pela proposição, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de um processo social.

No âmbito da saúde, a gestão inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução e a avaliação de planos, programas e projetos. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 54).

A Co-Gestão é, por consequência, um modo de gestão em equipe, próprio das sociedades democráticas, no qual o poder é compartilhado por meio de análises, avaliações e decisões conjuntas, envolvendo os diferentes atores sociais que participam do processo. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 54).

A Co-Gestão seria um modelo de gestão participativa que se adequaria como, ferramenta útil dentro das unidades, por ter como característica própria um modo de gestão em equipe e envolver os diferentes atores sociais que seriam por sua vez: usuários, profissionais, gestores e etc. Que ajudam no planejamento e monitoramento da Saúde Pública interferindo: técnica, política ou eticamente no processo participativo dentro de seu processo de gestão, análises, avaliações e decisões conjuntas. Dentro deste modelo de gestão democrática temos: Conselhos de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Controle social, Participação social, Regionalização. Que atuaram de forma eficaz na discussão e reflexão sobre as condições da saúde.

Os Conselhos de Saúde têm sua composição baseada no modelo de Co-Gestão, agregando gestores, trabalhadores e usuários. É fundamental também que os municípios se organizem em regiões, buscando estabelecer espaços de Co-Gestão regional, desta forma é possível estabelecer um vínculo entre as regiões mais próximas possibilitando a troca de informações, levando consequentemente as necessidades e anseios da região (localidade). A troca de idéias e

informações possibilita com que os participantes dos conselhos possam pensar juntos em políticas e ferramentas para ajudar no atual sistema que e encontra em questão.

2.1 MODELOS DE GESTÃO DEMOCRÁTICA / GESTÃO PARTICIPATIVA

Tais modelos seriam: Conselhos de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conferências de Saúde, Conferências Municipais de Saúde, Controle social, Participação social, Regionalização. Estes conselhos e conferências contribuem para um resgate dos valores do bem público que é a saúde. Neste modelo envolve a participação efetiva de todos os atores sociais. Confere o compromisso que tem se atribuído com o SUS, a sua continuidade e aprimoramento, dando atenção quanto a sua eficácia e eficiência. As comunidades ficam mais envolvidas procurando melhorar o desempenho edificação das diretrizes do SUS. Os diferentes setores da sociedade têm a oportunidade de questionar, formular e questionar as políticas públicas, sua avaliação e fiscalização. Substituindo a maneira centrada de gestão por uma mais participativa e integrada. Trabalha com várias opiniões conflituosas tentando entrar num consenso que vise a melhoria do sistema.

2.2 CONFÊRENCIAS DE SAÚDE

São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de Saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de Saúde, elaboradas nos conselhos são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação.

As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de Saúde. As conferências nacionais de Saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de Saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 58).

2.3 CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Reúnem, de forma ampla, usuários, trabalhadores, prestadores e gestores do SUS, para discutir e refletir sobre as condições de Saúde da população e a gestão do SUS, expressando posições e votando questões orientadoras do sistema. Os municípios devem manter em funcionamento um Conselho Municipal de Saúde e realizar as conferências municipais de Saúde, que possuem o papel preponderante de avaliar a situação da Saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas locais de Saúde. Seguindo a orientação descentralizadora do SUS, são de suma importância, por estarem mais próximas do usuário do serviço de saúde.

A Conferência Municipal de Saúde deve reunir pelo menos uma vez a cada quatro anos, com a participação dos usuários (50%), de representantes do governo, dos prestadores de serviço e dos trabalhadores de saúde. Deve ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho Municipal de Saúde. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 59).

2.4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

É um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no município. Atua na formulação

e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. São constituídos por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legal constituído. Para que um Conselho funcione de forma adequada, é necessário que seja representativo e tenha legitimidade, além das condições previstas na lei. Os usuários são escolhidos por membros de sua classe, com direito à voz e voto. A participação é voluntária e não-remunerada. As reuniões do Conselho são mensais e abertas para toda a população, com direito a voz.

A criação destes Conselhos municipais de Saúde é estabelecida por lei municipal, com base na Lei nº 8.142. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 60).

2.5 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)

Órgão que congrega os secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, tendo por finalidade operar intercâmbio de experiências e informações entre seus membros, assegurando a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar da Saúde. Promove o pleno exercício das responsabilidades das secretarias de Saúde, no que diz respeito às políticas de saúde, junto aos órgãos dos governos federal e municipal, ao Poder Legislativo e as entidades da sociedade. Realiza diligência no sentido de que as secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal participem da formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas de Saúde nas unidades federadas, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS). Assegura as secretarias municipais de Saúde ou órgãos municipais equivalentes, através da direção do Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas que digam

respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de Saúde. Encaminha aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo território nacional, estimulando e intercambiando experiências quanto ao funcionamento dos conselhos de Saúde, promovendo estudos e propondo soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde. Orienta e promove a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor Saúde. Mantém intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor Saúde. Sua diretoria é eleita em assembleias anuais. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 61).

2.7 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada com objetivo de representar as secretarias municipais de Saúde. Sua importância no cenário político brasileiro deve-se a constatação de que cabe, prioritariamente, ao município a prestação de serviços de Saúde, com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. Conclusão baseada no entendimento de que é o no município onde as necessidades de Saúde da população podem ser dimensionadas de perto. Nesse sentido, nada mais importante do que a existência de uma entidade que represente as secretarias municipais de Saúde, atuando: na formulação de políticas públicas intersetoriais e de Saúde; na disputa política em espaços nacionais de pactuação federativa e de implementação compartilhada das políticas públicas; no intercâmbio de experiências entre os municípios e com outros países e, na propagação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da Saúde. Na condição de representantes das 5.562 secretarias municipais de saúde do Brasil, o CONASSEMS participa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS, e da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que reúne a representação dos três entes federados: o

Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional dos secretários de Saúde (CONASS) e o (CONASSEMS). Na CIT, são definidas: diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. O CONASSEMS mantém, ainda, os Núcleos Temáticos, espaços onde secretários municipais de Saúde e assessores reúnem-se para discutir políticas, realizar estudos e preparar informações e pareceres para decisão dos colegiados. Os participantes dos núcleos têm assento nas comissões e grupos de trabalho tripartites do SUS. Realiza o Congresso anual CONASSEMS, que reúne, presencialmente, todos os secretários municipais de Saúde para discutir temas do interesse dos gestores municipais e definir orientações para o trabalho de representação do CONASSEMS e, a cada dois anos, elege a diretoria do órgão.

Os conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS), existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, das secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Atuam na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera de governo. As regras para composição dos Conselhos de Saúde são, também, estabelecidas no texto legal, devendo incluir representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários, sendo a representação dos usuários paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos. A criação dos conselhos estaduais e municipais de Saúde, quais sejam: garantia de representatividade, com a escolha dos representantes feita pelos próprios segmentos; distribuição da composição, sendo 50% usuários, 25% para trabalhadores de saúde e 25% para gestores e prestadores de serviços; eleição do presidente entre os membros do Conselho. Os conselheiros são indicados pelas entidades a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares ou

outras entidades e movimentos afins. Recomenda-se, ainda, que não seja coincidência de mandatos entre membros dos conselhos e governantes, como forma de minimizar as possibilidades de rupturas bruscas nas políticas implementadas. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 63).

2.7 CONSELHOS DE GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE

São órgãos colegiados de gestão participativa, de natureza deliberativa e fiscalizadora, com atuação no âmbito da inserção e abrangência da unidade de Saúde. Vinculados ao SUS, devem se constituir em órgãos colegiados permanentes, tendo a finalidade de assegurar a participação da população e dos trabalhadores no planejamento, acompanhamento, fiscalização, avaliação de atuação de cada unidade, em conformidade com os princípios e diretrizes dispostos na legislação sanitária. Devem também garantir o encaminhamento e fiscalização das recomendações e deliberações dos conselhos de Saúde, além de avaliar e aprovar os relatórios de atividades, de produção e de desempenho da unidade de saúde. Eles planejam e avaliam a qualidade do atendimento e, na ausência de ouvidora, recebem diretamente as queixas da população atendida no local. Nestes conselhos devem reunir-se regularmente pelo menos a cada dois meses o que implica dizer, que estes conselhos preocupam-se com a melhoria do sistema e qualidade dos serviços. (O SUS DE A a Z, 2005, p. 64).

3. PROBLEMÁTICA SOCIAL DO RIO DE JANEIRO (RETRATO ATUAL)

A população do Rio de Janeiro apresenta uma realidade em que agrava a situação das unidades de saúde. Por serem dados sociais analisados podemos perceber que incidem diretamente nas unidades de saúde. Tendo como exemplos, de fatores agravantes da má qualidade de vida da população do Rio de Janeiro, temos: o déficit habitacional no Estado do Rio em que chega a 300 mil unidades conforme revelou estudo do CIDE (Centro de Informações e Dados do Estado do Rio), baseado em censo demográfico de 2000 do IBGE. as desigualdades sociais, faltas de saneamento básico, desemprego, uma parcela da população é de trabalhadores informais, má alimentação, má vestimenta, falta de moradia adequada, falta de educação, concentração de renda nas mãos de poucos, violência, sendo o Rio de Janeiro a capital do país que apresenta as mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas, responsáveis pela maioria das mortes na ampla dos 5 aos 49 anos de vida.

AGUDELO (1990) ressalta a violência, “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. MINAYO (1994) no entanto, não se pode, definitivamente, menosprezar a colaboração dos estudos epidemiológicos, que permitem apontar a magnitude do fenômeno e suas tendências, compondo, assim, um quadro diagnóstico para a ação. É neste sentido que se resumem, a seguir, alguma indicação sobre o caso do Brasil, onde a violência passou a ocupar um lugar de destaque na agenda da Saúde Pública.

De 2% no total da mortalidade geral em 1930 (Prata, 1992), a violência subiu para 10,5% em 1980; 12,3% em 1988 (Minayo & Souza, 1993); e 15,3% em 1989 (Souza & Minayo, 1994),

correspondendo, no final da década, à segunda causa de óbitos no país, abaixo apenas das doenças cardiovasculares.

É a atual situação da qualidade de vida que os cidadãos vivenciam neste momento, ou seja, uma situação precária de vida. Muitas pessoas acabam equivocando-se quando pensam que o problema dos hospitais públicos é somente os desvios de verba, como o último escândalo na CPI das sanguessugas, que desviou dez milhões de reais do governo federal da saúde pública. Por traz disso tudo, também existe uma demora nos repasses de verba, e os problemas sociais existentes que levam muitos usuários a procurarem atendimento por alguma carência, ou de má alimentação, ou moradia ou qualquer outro problema social que vai incidir de forma direta nas unidades. O que o governo poderia fazer para erradicar a pobreza, a desnutrição, educação, violência seria a criação de políticas sociais que atuassem e conseguisse abranger a população, pois até existem alguns programas sociais mais os mesmos não estão conseguindo suprir a necessidade da população.

4 FERRAMENTAS IMPLANTADAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DO SISTEMA DAS UNIDADES HOSPITALARES

As ferramentas que serão mencionadas a seguir, trabalham em cima dos possíveis problemas que acontecem internamente em algumas unidades de saúde.

Sendo feito basicamente, um raio-X, analisando dentro das várias competências e setores, de unidades hospitalares os problemas existentes e buscando possíveis soluções, adequando as ferramentas de acordo com cada situação existente.

Como por exemplo, se analisarmos:

1 ° A questão da falta de medicamentos e produtos de manutenção das unidades, podemos buscar uma ferramenta eficiente, que seria à administração de materiais que será vista posteriormente.

2° A questão dos equipamentos que quebram por falta de manutenção poderia ser solucionada com uma outra ferramenta que seria a manutenção preventiva que será vista adiante.

Estes dois problemas acontecem em algumas unidades por descuido ou falta de recursos disponíveis.

As ferramentas são um meio de tentar evitar que estes problemas aconteçam ou melhorar o sistema sem que haja o problema de fato, como no caso da cromotécnica que colabora para um ambiente mais harmônico dentro das unidades, ou tentando prevêê-los dependendo de que competência seja, como por exemplo planejamento hospitalar com base em dados existentes ou planejamento preventivo que pensará antes que o problema possa vir a acontecer.

As ferramentas serão vistas adiante e poderemos perceber cada ponto encontrado nesta visão raio-x, que busca encontrar os problemas. E os gestores têm a possibilidade de adequar as ferramentas como meio de resolução e melhoria da qualidade da prestação dos serviços.

4.1 ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

O acolhimento e humanização são ferramentas conhecidas no campo da saúde.

Fazendo um estudo, percebemos que em várias unidades não se encontramos nos profissionais o acolhimento e humanização nos serviços prestados aos usuários, os profissionais as vezes atendem os usuários sem a atenção devida e acolhimento necessário, certos serviços as vezes são dispensados de maneira desrespeitosa e violenta nos serviços públicos de saúde.

O documento oficial do programa (MS, 2000) inicia sua argumentação a partir de um diagnóstico de insatisfação dos usuários que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde e a maneira pela qual os mesmos o acolhem.

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (MS, 2000)

A humanização é uma ferramenta tão importante que o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde (MS, 2000) no Brasil. De acordo com o ministério da saúde o objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições. Neste sentido, a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom

relacionamento.

Atualmente o Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico (provisoriamente intitulada "Humaniza Sus"). Porém este conceito de humanização ainda é um pouco confuso, pois desta maneira se prestarmos atenção subentenderemos que antigamente que a prática em saúde era deshumanizada ou não era feita por e para humanos.

Geralmente emprega-se a noção de "humanização" para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes.

Esse conjunto de iniciativas dá voz a demandas antigas na saúde: a) pela democratização das relações que envolvem o atendimento (Carapinheiro, 1993; Svenson, 1996); b) por maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente (Adam e Herzlich, 1994; Ong *et al.*, 1995; Caprara e Franco, 1999); c) pelo reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e as dos pacientes, como sujeitos do processo terapêutico (Laplantine, 1991; Helman, 1994; Pitta, 1994; Silva, 1994).

Desta forma abre se o campo para novas possibilidades: para a melhoria da qualidade da assistência e para uma diferente relação pautada no reconhecimento do usuário como sujeitos e no diálogo entre profissionais e usuários.

A falta de diálogo, a falta de comunicação entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutem de forma negativa no cuidado prestado O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveria a violência,

comprometeriam a qualidade do atendimento . Assim, a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional , sendo esta sua diretriz mais central da proposta de humanização.

O Ministério da saúde ressalta: que sem comunicação não há humanização.

Já o acolhimento tem como base a atitude da equipe de saúde que permite receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada em seus anseios, solidarizando-se com o sofrimento. Desta forma é possível construir relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários.

Em outra dimensão, o acolhimento, enquanto técnica, implica na construção de ferramentas que contribuam para escuta e análise, identificando entre as soluções possíveis de serem ofertadas as mais adequadas as demandas apresentadas. A composição da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho relativas a mudanças como os serviços são organizados.

Um aspecto fundamental e relevante na humanização e pouco falado é sobre as condições estruturais de trabalho desse profissional, quase sempre mal remunerado, muitas vezes pouco incentivado e sobrecarregado de carga de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência.

A humanização e acolhimento é uma ferramenta que possibilita a comunicação de uma forma mais humanizada entre o eixo profissional e usuário, estreitando suas relações e por consequência deixando os pacientes mais a vontade para pedir ajuda ou tirar suas dúvidas.

4.2 CROMOTÉCNICA

A cromotécnica no ambiente hospitalar é uma ferramenta que se faz importante dentro das unidades, pois se preocupa com a decoração, o ambiente, a cor e como as cores podem influenciar no tratamento e temperamento dos pacientes, pois no estudo das cores nota-se que o branco é uma cor que é monótona aos pacientes que passam muito tempo nos hospitais.

E de acordo com o MS no programa Humaniza SUS a cor se insere como instrumento no ambiente hospitalar na ambiência, isto é, tratamento dado ao espaço físico hospitalar. Nas unidades de saúde a aplicação da cromotécnica colaboraria de forma eficaz, pois colocando cores em tons claros tornaria o ambiente hospitalar mais agradável e calmo é óbvio que colocando uma decoração para que o ambiente não fique tão monótono.

Temos a escala EVA (Escala Visual Analógica) para mensuração da dor.

As cores trazem uma redução de custos em remédios, pois as cores possuem propriedades terapêuticas e algumas cores têm em sua propriedade tons relaxantes que deixam os pacientes mais calmos.

A cromotécnica é um tratamento que não é complexo e pode ajudar a tornar o ambiente mais agradável, na escala EVA como já foi mencionado pode ser usada no tratamento com pacientes que não conseguem exprimir a dor que sentem,

E quando usam esta escala conseguem exprimir ao médico o que sentem. Ver escala Eva em anexos.

A cromotécnica é uma ferramenta inovadora e que não tem um custo alto podendo ser usada nas unidades como ferramenta que deixa o ambiente mais calmo e aconchegante para uma unidade de saúde.

4.3 ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS

As unidades de saúde estão sempre usando materiais, entretanto é importante que não faltem, pois sendo uma unidade de saúde, quando faltam materiais pode implicar em perda de uma vida.

Como por exemplo a falta de medicamentos, de materiais de limpeza para a manutenção do hospital, entre outros implica em perder vidas ou que outras doenças se proliferem no ambiente, podendo deixar outras pessoas doentes ou até mesmo profissionais que estão na unidade cotidianamente podem ficar doentes.

A falta de remédios e materiais que chegam em pouca quantidade é um problema. A administração de materiais proporcionaria um cuidado maior para que sempre tivesse materiais em estoque e para que não faltassem.

É bom que sempre tenha uma estatística dos remédios e materiais mais utilizados nas unidades.

Os medicamentos devem ficar em um ambiente físico adequado, ou seja, almoxarifado ou depósito - estar em prateleiras para que não quebrem. Serem estocados segundo sua importância.

É importante fazer um planejamento do consumo sazonal, ou seja, os medicamentos específicos que são mais consumidos em determinadas épocas do ano.

E sempre ter um estoque de segurança, pois este será o ponto de partida para novos pedidos de compra, quando os materiais começarem a serem usados é o sinal de que se chegou no estoque de segurança e deve-se tomar cuidado.

Seria viável a possibilidade de comprar antecipado ou em grande quantidade, afim de que se obtenha descontos nos produtos que estarão sendo estocados.

A administração de materiais é uma ferramenta muito importante dentro de qualquer unidade de saúde, como se pode observar o que foi mencionado nos parágrafos anteriores.

4.4 ENXUGANDO E ACHATANDO A ESTRUTURA PIRAMIDAL DAS UNIDADES /ADMINISTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS

É notória a hierarquização a cerca das decisões dentro das unidades. O processo de descentralização na tomada de decisão faria com que as decisões fossem tomadas mais rápidas, causando assim satisfação do paciente e do profissional, pois o mesmo teria autonomia para realizar o que fosse mais eficaz, porém com monitoramento das esferas mais competentes. Esta confiança atribuída é uma motivação ao profissional e traz também uma redução de custos, pois diminui a circulação de papéis.

E este processo de desburocratização deve significar uma transformação gradativa do modelo mecanístico e fechado para um modelo: aberto, amplo e orgânico.

Desta forma cria-se um sistema democrático e uma gestão participativa, conseqüentemente, um entrosamento com os diferentes setores e redução do tempo de espera nos serviços.

Contudo a ferramenta que seria viável seria a gestão de pessoas, que seria um modelo de gestão mais democrático, pois desta forma os profissionais sentiriam-se mais úteis dentro da unidade não cumprindo somente sua tarefa cotidiana, porém atuando mais no processo de decisões o que o tornaria mais satisfeito, pois daria um ar de “autonomia” causando um ambiente democrático. Porém o ponto mais alto da pirâmide, que seria a direção deve monitorar todo o processo para que não fique todo o sistema nas mão dos profissionais, pois os profissionais têm

autonomia neste modelo de gestão democrática, entretanto são monitorados até mesmo para assegurar o desenrolar dos processos.

Gestão com pessoas é a gestão em que os profissionais são o sujeito ativo da gerência, são os mesmos que guiam e controlam para atingir os objetivos da unidade e os objetivos pessoais. (CHIAVENATO, 1994)

A gestão com pessoas , no caso das unidades, com os profissionais, busca cada vez mais a satisfação dos profissionais, para que, motivados, executem suas tarefas com eficiência e eficácia.

4.4.1 Estrutura organizacional e demanda

O atual sistema de saúde encontra-se em uma fase que há uma grande demanda de usuários que procuram atendimento nas unidades e os profissionais não conseguem suprir a demanda existente.

Causando desta forma uma sobrecarga de trabalho nas mãos dos profissionais, que por sua vez não conseguiram atender todos os pacientes e por conseqüência o sistema irá andar devagar.

Para cuidar deste grande número de pessoas a estrutura organizacional deve estar preparada, de tal forma que gerencie as equipes atuantes, ou seja a ferramenta que irá se adequar será a gestão dos profissionais (gestão com pessoas) e o acolhimento, pois este irá acolher os usuários e os enviará para os serviços de acordo com o grau de necessidade que os usuários precisam.

4.5 Qualidade

A busca pela qualidade dos serviços de saúde deve ser uma das prioridades da unidade.

Algumas ferramentas que podem colaborar para o processo de qualidade seriam: brainstorming, diagrama de causa e efeito e diagrama de pareto, sendo usados podem ajudar as unidades a solucionar problemas e nestas reuniões podem surgir idéias para inovações de serviços.

Estas ferramentas seriam usadas em reuniões com profissionais e usuários.

O brainstorming nada mais seria do que uma reunião, onde são dadas idéias para resolução de problemas. Existem dois modelos: estruturado e não estruturado.

Diagrama de causa e efeito, mais conhecido como espinha de peixe, representa a relação entre o efeito e as possibilidades de causa que podem contribuir para tais efeitos. O efeito no lado direito do gráfico e os grandes contribuídores ou “causas” são listados a esquerda. Ele é desenhado para ilustrar claramente as várias causas que afetam o processo por classificação e relação das causas e para cada efeito existem inúmeras categorias de causas. As causas principais podem ser agrupadas sob quatro categorias conhecidas como 4M: método, mão de obra, material e máquina. Nas áreas administrativas talvez seja mais apropriado usar os 4P: política, procedimentos, pessoal e planta (layout).

É importante quando começar o processo estabelecendo uma definição que descreva o problema selecionado em termos claros do que seja, onde ocorre, quando ocorre e sua extensão.

A pesquisa para construção do diagrama de causa e efeito seria um brainstorming ou que os membros dispensassem algum tempo as reuniões no uso da folha de verificação para detectar causas e examinar as etapas do processo mais de perto.

Esta ferramenta possibilita agregar o problema em sua principal categoria.

O Diagrama de Pareto é um gráfico de barras verticais que nos permite determinar quais os problemas resolver e qual a prioridade. É elaborado em uma folha de verificação ou em uma outra fonte de coleta de dados, foca os problemas importantes.

Selecionar um tempo pré-determinado para comparação seja custo anual, frequência ou outros. A seleção de tempo para ser analisado, como por exemplo: oito horas, oito semanas ou oito meses.

Depois deste processo deve-se reunir os dados para comparar a frequência ou custo de cada categoria com relação as outras.

Estas três ferramentas podem colaborar na resolução dos problemas, pois permite identificá-los e criar possíveis soluções.

Na construção devem-se solucionar os problemas a serem comparados e estabelecer uma nova ordem através de brainstorming, ou seja, qual o maior problema da qualidade em determinado departamento, utilizar os dados existentes, ou seja, verificar os registros de qualidade do departamento pesquisado ao longo do último mês, para identificar áreas de problemas relevantes.

O **gráfico**, ou **diagrama**, de **Pareto**, figura 1, é uma seqüência de barras verticais paralelas. A altura de cada barra indica a influência da causa correspondente em relação ao efeito analisado. As barras mais altas são as mais significativas e as menores representam as causas menos significativas.

Nas reuniões os problemas mais importantes estarão na barra mais alta do gráfico, indicando que tem prioridade em relação aos outros.

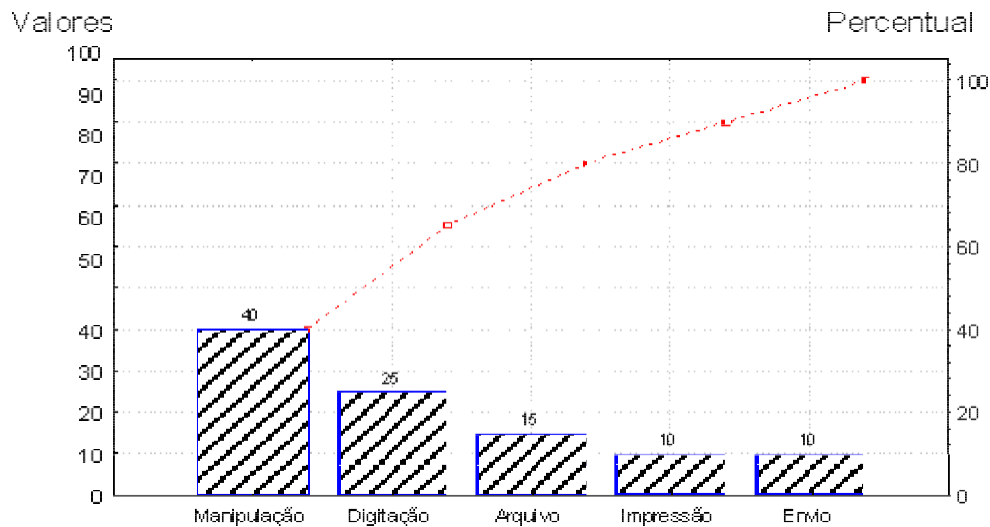
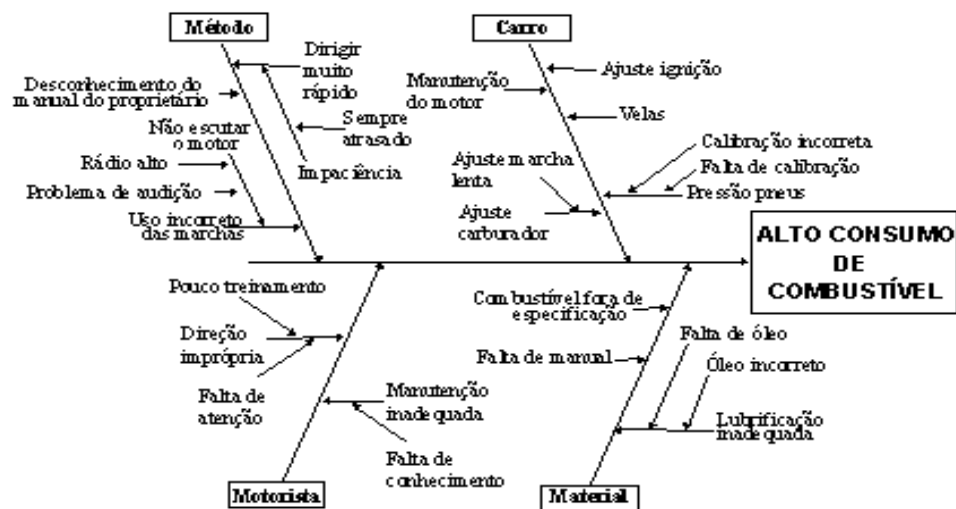


Figura 1 - Diagrama de Pareto

Diagrama Causa e Efeito: Problema



É um instrumento muito usado nas reuniões para estudar:

1. Os fatores que determinam resultados que desejamos obter (processo, desempenho, oportunidade);
2. As causas de problemas que precisamos evitar (defeitos, falhas, variabilidade).

5 GESTOR SOCIALMENTE RESPONSÁVEL

A gestão no campo de saúde pública é bem diferente da gestão dos módulos tradicionais, pois não tem por objetivo a obtenção de lucro, por isso os gestores tem um papel social.

Young, Ricardo, 2006:

Um gestor socialmente responsável é bem diferente de ser um administrador tradicional. Esse novo perfil de gestor, no entanto, ainda é uma raridade no universo corporativo atual. Explico: os executivos tiveram, em sua maioria, a formação em administração clássica, que leva em consideração conceitos poucos sistêmicos, muito cartesianos que priorizam a otimização de lucros dos acionistas.

Os gestores de hospitais muitas das vezes não são administradores que se formaram em graduação tradicional, o que é um problema, às vezes muitos são médico, enfermeiros e recebem o cargo por questão de confiança. O que significa dizer que o ideal seria que fossem formados numa graduação mais centrada, de gestão em saúde. Assim teria uma visão ampla, conheceria ferramentas, que melhoraria na qualidade dos serviços, o que a diferencia de um graduado em administração tradicional que visa à obtenção de lucro de sua organização e não que seu usuário esteja satisfeito com os trabalhos prestados socialmente é diferente e faz muita diferença.

MINAYO (2005) ressalta a relação entre a conquista do SUS, a participação dos gestores e atores sociais como colaboradores para a melhoria dos SUS: “O SUS é uma vitória de todos aqueles que defendem o sistema universal e igualitário para a população, essa é uma realidade já posta. Corrigir os seus desvios, construir novos rumos, qualificar com transformações necessárias é obrigação de todos os atores sociais, não só gestores. Chegamos a um momento de desenvolvimento do sistema em que a avaliação crítica é necessária é preciso repensar e fortalecer o papel dos estados, em plena consonância cooperação e respeito ao papel do município e ao do Ministério”.

6. NOVAS CONCEPÇÕES DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A nova concepção de Gestão em Serviços de Saúde nos traz uma idéia de inovação, de criatividade, de despertar no campo das idéias. Por isso que ela se resume em tantas ferramentas. Pois estas ferramentas serão um meio de inovar e criar uma Gestão com qualidade, pois se dará maior atenção aos problemas e o meio de resolução dos mesmos.

A nova concepção na saúde é a maneira de colocar-se no lugar do outro, de pensar na verdadeira essência de uma unidade de saúde, num sistema em que se humaniza e acolhe. As unidades não deveriam tomar somente como base ser um local de cura de doenças, porém de aplicações de políticas de promoção e prevenção à saúde, rompendo com o passado o modelo do conceito de saúde antigo, e o modo de preocupar-se com o paciente somente quando o mesmo estava doente.

A intenção da nova concepção é ter uma visão olhística, ou seja, do todo e acompanhar as novas técnicas e procedimentos, a tecnologia, as novas idéias comentadas nos congressos de saúde em que se preocupam em focar a saúde e suas políticas.

Os gestores não devem somente se preocupar com a questão financeira. Pois quando se têm idéias e inovações poupam-se dinheiro, investindo em máquinas e inova-se com tratamentos que podem dar certo e poupar o paciente de dor e mais remédios. Como no caso da cromoterapia que ajuda sem o uso de remédios.

O gestor socialmente responsável com a nova com a visão olhística deveria ser um profissional criativo e com técnicas que podem beneficiar o sistema, um profissional que tenha visão, não seja mecanizado, tenha magnetismo pessoal, que tenha autonomia e dê autonomia a sua equipe, porém monitorando-a.

Com estas ferramentas aplicadas existe uma possibilidade muito grande de satisfação dos

usuários, pois traz melhorias no atendimento, no entrosamento de profissionais e usuários, os equipamentos de diagnósticos funcionam, a estrutura física esta dentro dos padrões, a farmácia estará preparada, pois tem um estoque bem planejado, nas reuniões os profissionais estarão sempre atentos para os profissionais para os problemas que são prioridade, e a busca de um sistema com qualidade de atendimento nos serviços prestados.

O que foi mencionado anteriormente seria a nova concepção de gestão em serviços de saúde, buscando técnicas e o desenvolvimento das mesmas para a melhoria da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BROSSARD, Michael. **Qualidade Ferramentas Para Uma Melhoria Continua**, Rio de Janeiro, Quality, 1994.

CHIANENATO, Idalberto. **Gerenciando Pessoas**, São Paulo, Afiliado, 1997.

KRITZ, Sônia. **Administração de materiais E Patrimônio**, Rio de Janeiro, Senac, 1997.

Desconhecido. **O sus de A a Z garantindo saúde nos municípios**, Brasília, 2005.

Desconhecido. **Dicionário Língua Portuguesa**, São Paulo, 1992.

Canal saúde – **Revista** ,2006. Ano 7 n° 11.

Ministério da Saúde. **Caderno de informação técnica e memória do progestores n° 9**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**, Cad. Saúde Pública v.10 supl.1, Rio de Janeiro, 1994.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. **'Sheltering' in the municipal health system**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Oct./Dec. 2005, vol.5, no.4, p.493-503. ISSN 1519-3829.

SOUZA, Edinilsa Ramos de ; ASSIS, Simone Gonçalves de and SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. **Violence in Rio de Janeiro Municipality: risk areas and mortality trends among adolescents 10 to 19 years old**. *Rev Panam Salud Publica*, May 1997, vol.1, no.5, p.389-398. ISSN 1020-4989..

DESLANDES, Suely F.. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=pt&nrm=iso)&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez 2006. doi: 10.1590/S1413-81232004000100002

Franco, Túlio Batista; Bueno, Wanderlei Silva; Merhy, Emerson Elias. **"User embracement" and the working process in health: Betim' s case, Minas Gerais, Brazil**. *Cad. Saúde Pública*.

Rio de Janeiro, V.15,n.2, 1999. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=311x1999000200019&ing=es&nrm=iso)
[311x1999000200019&ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=311x1999000200019&ing=es&nrm=iso) acesso el: 07 ago 2006. doi:10.590/ SO 102-
311x1999000200019.

<http://www.cide.rj.gov.br> acesso in 03/12/2006.

www.datasus.com.br acesso in 03/12/2006.

www.hipp.com.br/html/cont_h03a.htm acesso in 18/08/2006.

www.tudorondonia.com.br/ler.asp?noticia no= 13407 acesso in 07/08/06.

http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=410&sid=25&tpl=view_participante
s ACESSO IN 05/12/2006.

<http://www.lgti.ufsc.br/O&m/quatro1.htm>

ANEXO

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE CAMPO

A presente pesquisa está formulada como uma entrevista estruturada com perguntas dicotômicas e justificativas.

A metodologia de análise dos resultados da entrevista é qualitativa (avaliação das respostas buscando uma análise comparativa entre a realidade e a pesquisa bibliográfica) (MATIAS, 2005).

1- A comunidade participa dos Conselhos de Saúde, colocando-se como atores sociais, levando para as reuniões idéias e expressando sua posição diante das questões que são levantadas nos conselhos?

sim não

Justifique.

2- A Unidade aplica a Cromotécnica como uma ferramenta que pode causar bem estar aos pacientes, preocupando-se com o a cor no espaço físico e a decoração?

sim não

Justifique.

3- É usada a administração de materiais na farmácia e nos produtos usados para manutenção do hospital, a fim de que sempre se tenha um levantamento dos produtos que são essenciais à manutenção das unidades para que não possam faltar?

sim não

Justifique.

4- A estrutura do hospital condiz com os serviços prestados, ou seja, a estrutura física consegue suprir a demanda, o espaço físico de acordo com as normas, os materiais estão guardados de maneira que não cause nenhum dano a terceiros?

sim não

Justifique.

5- Existe um cuidado com os pacientes na maneira de recebê-los da porta de entrada até a sua saída, lhe conduzindo para o serviço desejado, ou seja, o acolhimento e humanização como ferramenta na hora de recebê-los e encaminhá-los?

sim não

Justifique.

6- Os gestores fazem treinamentos com as equipes de atuação, para que as mesmas estejam interadas com as outras equipes de trabalho, afim de que possam conhecer todos os processos e não somente o seu, prestando os serviços com mais agilidade e qualidade?

sim não

Justifique.

7- A equipe de trabalho consegue suprir a demanda existente, ou seja, os profissionais que atendem nesta unidade conseguem atender a todas as pacientes que procuram atendimento, ou por conta da grande demanda os profissionais ficam com excesso de trabalho e acaba gerando uma demora na prestação de serviços?

sim não

Justifique.

8- É feita periodicamente a manutenção dos equipamentos de diagnóstico, para que não quebrem por falta de manutenção, causando desta forma gastos maiores que poderiam ser evitados simplesmente com manutenção preventiva?

sim não

Justifique.

9- Em certos períodos acontece Brainstorming, ou seja, reuniões que ajudam na qualidade dos serviços, aonde os profissionais e usuários vão a estas reuniões para expor suas idéias e juntos levantarem soluções em meio aos serviços prestados ?

sim não

Justifique.

10- O tempo pela entrega de exames e para que eles sejam feitos esta dentro do tempo previsto, ou seja, os exames que os pacientes necessitam fazer são feitos sem demora, e quando são encaminhados para que façam seus exames conseguem fazer dentro de um tempo considerável bom ou demora-se muito para que os mesmos sejam feitos e sejam entregues ?

sim não

Justifique.

FOTOS COMPLEMENTARES DA PESQUISA DE CAMPO



Casa de parto



Foram colocadas cadeiras de vime para

Criar um ambiente casual e aconchegante





A Casa de Parto é bem equipada para atender as pacientes



Objetos orientais, velas aromáticas e cristais ajudam a compor o ambiente da Casa de Parto



ANEXO

(TABELAS COM DEMONSTRATIVOS DE INDÍCES MENCIONADOS)

Níveis de escolaridade da população de 15 anos e mais

Pop PNAD 15a e + por Escolaridade segundo Reg.Metropolitana

UF: Rio de Janeiro

Região: Região Sudeste

Reg. Metropolitana: RM do Rio de Janeiro

Situação: Urbana

Período: 2004

Reg.Metropolitana	Menos de 1 ano de estudo	1 a 3 anos de estudo	4 a 7 anos de estudo	8 e mais anos de estudo	Total
TOTAL	480.109	797.369	2.226.627	5.360.743	8.864.848
RM do Rio de Janeiro	480.109	797.369	2.226.627	5.360.743	8.864.848

Proporção (%) de população urbana segundo Região e UF

Período: 1991, 1997-2004

Região e UF	1991	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	75,59	77,6	77,58	77,68	81,25	83,9	84,14	82,59	83
Região Sudeste	88,02	88,7	88,73	88,7	90,52	91,46	91,78	91,88	92,06
Minas Gerais	74,87	76,9	76,6	77,04	82	83,37	84,43	84,68	84,91
Espírito Santo	74,01	74,5	75,28	75,5	79,52	80,95	81,55	80,7	82,03
Rio de Janeiro	95,25	95	94,97	94,92	96,04	96,52	96,77	96,76	96,9
São Paulo	92,8	93,1	93,29	93,02	93,41	94,28	94,25	94,39	94,46

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD e Censos Demográficos 1991 e 2000.

Taxa de desemprego

Pop desocup 10a e+ por Reg. Metropolitana segundo Reg.

Metropolitana

UF: Rio de Janeiro

Região: Região Sudeste

Reg. Metropolitana: RM do Rio de Janeiro

Período: 2004

Reg.Metropolitana	REGIÃO	Total
	METROLITANA o Rio de Janeiro	
TOTAL	662.531	662.531
RM do Rio de Janeiro	662.531	662.531

Taxa de analfabetismo da população de 5 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo a situação do domicílio e sexo Estado do Rio de Janeiro- 2003

Situação do domicílio e sexo	Taxa de analfabetismo da população de 5 anos ou mais de idade, por grupos de idade (%)										
	Total	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 anos ou mais						50 a 59 anos	60 anos ou mais
				Total	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos		
Total	6,3	28,7	1,2	4,6	1,1	1,1	2,0	2,7	3,1	6,0	13,6
Homens	5,8	27,5	1,6	3,9	1,4	1,2	2,3	3,5	2,9	5,0	9,8
Mulheres	6,8	30,0	0,9	5,2	0,7	1,0	1,7	2,1	3,2	6,8	16,3
Urbana	6,0	28,5	1,1	4,2	1,0	1,0	1,9	2,3	2,6	5,4	12,9
Homens	5,3	27,2	1,4	3,4	1,2	1,1	2,1	3,1	2,2	4,7	8,6
Mulheres	6,5	29,8	0,7	4,9	0,8	0,9	1,6	1,7	2,9	6,0	15,8
Rural	17,7	34,3	5,1	17,1	4,2	4,4	6,4	12,5	18,1	27,9	38,7
Homens	18,0	33,1	5,9	17,4	6,8	4,2	8,0	13,1	20,9	19,8	41,2
Mulheres	17,4	36,0	4,3	16,9	0,0	4,8	4,9	11,9	14,4	34,4	36,1

FONTE: IBGE E PNAD

Número de profissionais graduados em saúde

Graduados por Região segundo Região

UF: Rio de Janeiro

Região: Região Sudeste

Carreira: Medicina

Período: 2002

	Região	Região Sudeste	Total
TOTAL		1.904	1.904
Região Sudeste		1.904	1.904

**Tabela 16.17 - Apreensões de armas, por tipo de arma apreendida
Estado do Rio de Janeiro - período agosto de 2004- maio de 2005**

Anos e meses	Apreensão de armas, por tipo de arma apreendida								
	Total	Revólver	Pistola	Garrucha	Carabina	Espingarda	Fuzil	Metralhadora	Outras (1)
2004									
Agosto	3 310	1 795	365	372	128	508	30	5	107
Setembro	1 912	1 065	193	156	73	316	16	3	90
Outubro	1 658	890	177	185	63	248	12	7	76
Novembro	1 675	894	180	210	57	250	26	1	57
Dezembro	1 599	822	127	207	55	275	21	6	86
2005									
Janeiro	804	417	88	70	16	151	14	2	46
Fevereiro	745	385	74	73	19	142	8	3	41
Março	426	228	44	26	14	83	5	-	26
Abril	402	228	42	36	11	66	4	-	15
Maio	420	222	43	42	16	61	4	1	31

Fonte: Secretaria de Estado de Segurança Pública - SESP, Instituto de Segurança Pública - ISP, Núcleo de Pesquisa em Justiça