

GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇO HOSPITALAR

Prof.ª Carla Eunice Gomes Correa





UNIASSELVI

Copyright © UNIASSELVI 2013

Elaboração:

Prof.^a Carla Eunice Gomes Correa

Revisão, Diagramação e Produção:

Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI

Ficha catalográfica elaborada na fonte pela Biblioteca Dante Alighieri

UNIASSELVI – Indaial.

362.11068

C824G Correa, Carla Eunice Gomes

Gestão da qualidade em serviço hospitalar / Carla Eunice
Gomes Correa, Indaial : Uniassevi, 2013.

207 p. : il

ISBN 978-85-7830-806-3

1. Administração de hospital. I. Centro Universitário Leonardo
da Vinci.

APRESENTAÇÃO

Caro(a) acadêmico(a)!

Iniciamos o estudo da disciplina de Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde. Muito se escuta falar em qualidade, mas o que vem a ser qualidade? O termo qualidade é aplicado de diversas formas e de acordo com a necessidade de cada profissional. Entretanto, falar em qualidade é fazer referência a um processo complexo, principalmente, no setor de saúde.

O setor de saúde por si só já é um setor bastante complexo e possui muitas particularidades em cada um dos níveis de atenção: básica, secundário e terciário. Assim, o nosso objetivo, nesta disciplina, é abordar os principais conceitos e as principais ferramentas que poderão lhe auxiliar no dia a dia tanto para a melhoria, correção, e prevenção que contribuirão para alcançar os níveis de qualidade que as instituições de saúde almejam.

O presente Caderno de Estudos é dividido em três unidades. A Unidade 1 busca apresentar a evolução, tipos, organização e produtividade dos serviços de saúde. Na segunda unidade estudaremos os principais conceitos, ferramentas e indicadores de qualidade em saúde e na Unidade 3, nós refletiremos sobre a gestão e humanização dos serviços de saúde.

Esperamos que este estudo possa oferecer a você um conhecimento técnico e contribuir no aporte necessário para o desempenho de suas funções enquanto gestor hospitalar.

Bons estudos!

Prof^a. Carla Eunice Gomes Corrêa



Você já me conhece das outras disciplinas? Não? É calouro? Enfim, tanto para você que está chegando agora à UNIASSELVI quanto para você que já é veterano, há novidades em nosso material.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2017, nossos livros estão de visual novo, com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura.

O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página, o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo.

Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de nossas ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Assim, você, acadêmico, tem a possibilidade de estudá-lo com versatilidade nas telas do celular, *tablet* ou computador.

Eu mesmo, UNI, ganhei um novo *layout*, você me verá frequentemente e surgirei para apresentar dicas de vídeos e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto em questão.

Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar seus estudos com um material de qualidade.

Aproveito o momento para convidá-lo para um bate-papo sobre o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – ENADE.

Bons estudos!



BATE SOBRE O PAPO ENADE!



Olá, acadêmico!

Você já ouviu falar sobre o ENADE?

Se ainda não ouviu falar nada sobre o ENADE, agora você receberá algumas informações sobre o tema.

Ouviu falar? Ótimo, este informativo reforçará o que você já sabe e poderá lhe trazer novidades.



Vamos lá!

Qual é o significado da expressão ENADE?

EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Em algum momento de sua vida acadêmica você precisará fazer a prova ENADE.



Que prova é essa?

É **obrigatória**, organizada pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quem determina que esta prova é obrigatória... O **MEC – Ministério da Educação**.

O objetivo do MEC com esta prova é o de avaliar seu desempenho acadêmico assim como a qualidade do seu curso.



Fique atento! Quem não participa da prova fica impedido de se formar e não pode retirar o diploma de conclusão do curso até regularizar sua situação junto ao MEC.

Não se preocupe porque a partir de hoje nós estaremos auxiliando você nesta caminhada.

Você receberá outros informativos como este, complementando as orientações e esclarecendo suas dúvidas.



Você tem uma trilha de aprendizagem do ENADE, receberá e-mails, SMS, seu tutor e os profissionais do polo também estarão orientados.

Participará de webconferências entre outras tantas atividades para que esteja preparado para #mandar bem na prova ENADE.

Nós aqui no NEAD e também a equipe no polo estamos com você para vencermos este desafio.

Conte sempre com a gente, para juntos mandarmos bem no ENADE!



SUMÁRIO

UNIDADE 1 – COMPOSIÇÃO DOS SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	1
TÓPICO 1 – ASPECTOS DA EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	3
1 INTRODUÇÃO	3
2 A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNDO	4
3 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	7
3.1 O QUE É O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS?	8
3.2 PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	9
LEITURA COMPLEMENTAR	10
RESUMO DO TÓPICO 1	15
AUTOATIVIDADE	16
TÓPICO 2 – TIPOS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	17
1 INTRODUÇÃO	17
2 O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DA SAÚDE	17
3 NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE	18
3.1 NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
3.2 NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	22
3.3 NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
LEITURA COMPLEMENTAR	24
RESUMO DO TÓPICO 2	34
AUTOATIVIDADE	35
TÓPICO 3 – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	37
1 INTRODUÇÃO	37
2 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA AO PACIENTE	38
2.1 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	38
2.2 PRONTO-SOCORRO	39
2.3 CENTRO CIRÚRGICO	40
2.4 CENTRO OBSTÉTRICO	40
2.5 INTERNAÇÃO	41
2.6 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO – UTI	42
3 SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	42
3.1 SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO	43
3.2 SERVIÇO DE REABILITAÇÃO	43
3.3 CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO – CME	44
3.4 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME	44
3.5 SERVIÇO DE HIGIENE E HOTELARIA HOSPITALAR	45
4 SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	46
4.1 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	47
4.2 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	47
4.3 BANCO DE SANGUE	48
5 PRODUTIVIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	49
5.1 CONCEITOS DE PRODUTIVIDADE	49

5.2 INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	50
RESUMO DO TÓPICO 3	52
AUTOATIVIDADE	53
 UNIDADE 2 – A QUALIDADE EM SAÚDE: PRINCÍPIOS BÁSICOS E FERRAMENTAS NA GESTÃO DA SAÚDE	 55
TÓPICO 1 – GESTÃO DA QUALIDADE: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO E CONCEITOS	57
1 INTRODUÇÃO	57
2 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA QUALIDADE	58
2.1 AS ERAS DA QUALIDADE	58
2.2 OS GURUS DA QUALIDADE EM SAÚDE	59
3 CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE	62
RESUMO DO TÓPICO 1	66
AUTOATIVIDADE	67
 TÓPICO 2 – QUALIDADE TOTAL NO GERENCIAMENTO DA SAÚDE	 69
1 INTRODUÇÃO	69
2 GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	69
2.1 PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS	70
2.2 CERTIFICAÇÕES E PRÊMIOS DA QUALIDADE	74
2.2.1 CQH	74
2.2.2 Organização Nacional de Acreditação – ONA	75
2.2.3 ISO – International Organization for Standardization	76
2.2.4 Joint Commission	77
LEITURA COMPLEMENTAR	78
RESUMO DO TÓPICO 2	79
AUTOATIVIDADE	80
 TÓPICO 3 – FERRAMENTAS E INDICADORES DA QUALIDADE APLICADOS À SAÚDE	 81
1 INTRODUÇÃO	81
2 FERRAMENTAS DA QUALIDADE	81
2.1 FOLHA DE VERIFICAÇÃO	82
2.2 DIAGRAMA DE PARETO	84
2.3 DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO	85
2.4 DIAGRAMA DE DISPERSÃO	88
2.5 HISTOGRAMA	90
2.6 FLUXOGRAMA	91
2.7 O CICLO PDCA	94
2.7.1 Aplicação do MASP e PDCA na solução de problemas	97
2.8 PLANO DE AÇÃO – 5W3H	98
3 INDICADORES DE QUALIDADE	98
3.1 TIPOS DE INDICADORES	99
3.2 CARACTERÍSTICAS DO INDICADOR	100
3.3 INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS AO MEIO EXTERNO E INTERNO....	102
LEITURA COMPLEMENTAR	105
RESUMO DO TÓPICO 3	112
AUTOTIVIDADE	113
 UNIDADE 3 – GESTÃO E HUMANIZAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	 115

TÓPICO 1 – FERRAMENTAS DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR	117
1 INTRODUÇÃO	117
2 O PLANEJAMENTO NAS TOMADAS DE DECISÕES	117
2.1 TIPOS DE PLANEJAMENTOS	120
2.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	123
LEITURA COMPLEMENTAR	127
3. PROGRAMA 5S	128
3.1 SENSO DA UTILIZAÇÃO (SEIRI)	131
3.2 SENSO ORDENAÇÃO (SEITON)	132
3.3 SENSO DA LIMPEZA (SEISO)	133
3.4 SENSO SAÚDE (SEIKETSU)	134
3.5 SENSO AUTODISCIPLINA (SHITSUKE)	135
4 METODOLOGIA PARA IMPLEMENTAR O PROGRAMA 5S	137
5 BALANCED SCORECARD (BSC)	141
RESUMO DO TÓPICO 1	144
AUTOATIVIDADE	145
 TÓPICO 2 – A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	 147
1 INTRODUÇÃO	147
2 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	147
3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH	149
4 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NOS NÍVEIS ASSISTENCIAIS: ATENÇÃO	
BÁSICA	152
4.1 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR (PNHAH)	153
5 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	154
5.1 AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO: MODELOS A SEREM SEGUIDOS	164
5.1.1 Palhaços em hospitais	165
5.1.2 Animal terapia	167
5.1.3 Musicoterapia e biblioterapia	168
5.1.4 Brinquedoteca hospitalar	170
LEITURA COMPLEMENTAR	176
RESUMO DO TÓPICO 2	179
AUTOATIVIDADE	180
 TÓPICO 3 – EDUCAÇÃO CONTINUADA NO CONTEXTO DA QUALIDADE EM	
SAÚDE	181
1 INTRODUÇÃO	181
2 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA: CONCEITOS E PRINCÍPIOS	181
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PNEPS	182
3 CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA A QUALIDADE EM SAÚDE	186
3.1 TIPOS DE TREINAMENTO	187
3.1.1 Treinamento admissional	188
3.1.2 Treinamento permanente	188
4 QUALIDADE E A MOTIVAÇÃO DAS PESSOAS	190
4.1 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	190
4.2 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS	191
4.3 O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	192
LEITURA COMPLEMENTAR	193
RESUMO DO TÓPICO 3	197
AUTOATIVIDADE	198
REFERÊNCIAS	199

COMPOSIÇÃO DOS SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade, você será capaz de:

- conhecer a formalização dos sistemas de saúde no mundo;
- compreender a constituição do Sistema Único de Saúde-SUS;
- identificar os princípios organizacionais do SUS;
- reconhecer a organização da assistência à saúde;
- distinguir os tipos de serviços de assistência à saúde.

PLANO DE ESTUDOS

Esta primeira unidade será dividida em três tópicos. No final de cada tópico, você encontrará atividades que contribuirão para sua reflexão e análise dos estudos já realizados.

TÓPICO 1 – ASPECTOS DA EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

TÓPICO 2 – TIPOS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

TÓPICO 3 – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ASPECTOS DA EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Caro acadêmico! Os sistemas de saúde passaram por um processo de reestruturação no decorrer dos séculos. Inicialmente, a assistência em saúde tinha o objetivo de somente tratar doenças, e buscar a cura destas. A promoção e prevenção não faziam parte dos objetivos iniciais.

Por Isso, é que se diz que os sistemas de saúde mundiais não são estáticos. Diariamente passam por um processo de desenvolvimento com o objetivo de oferecer à sociedade um melhor estado de saúde. A adaptação surge das necessidades e mudanças sociais e culturais de cada país, região e localidade.

Mas, você deve se perguntar, o que é um sistema de saúde?



Um Sistema de Saúde engloba o conjunto de todas as atividades que objetivam promover, restabelecer e manter a saúde da população de determinada sociedade. (WHO, 2000 apud VIANA; SILVA, 2012, p. 6).

Todavia, os sistemas de saúde para serem eficientes e eficazes precisam estar articulados ao processo de assistência e atenção à saúde, pois, para que se tenha um sistema completo necessitamos que as atividades do sistema de saúde ultrapassem os limites do cuidar, ou seja, da assistência em saúde, e se voltem também ao oferecer ações de atenção à saúde da população.

Assim, nesta unidade, veremos como surgiram os sistemas de saúde, sua classificação e a evolução destes na assistência à saúde da sociedade.

2 A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNDO

Antes do século XX podemos dizer que a assistência à saúde estava baseada num conhecimento limitado. A medicina era baseada num processo de observação que tinha o objetivo de evitar doenças e a cura era um resultado eventual que quando atingido passava a servir de modelo de tratamento. Com as descobertas e avanços da medicina voltou-se a se estruturar próximo ao modelo atual (NETO, 2011).



Thomas Green Morton foi o primeiro dentista em 1846, na cidade de Boston, nos Estados Unidos. Pela primeira vez, usou o éter para realizar uma cirurgia. Sendo assim ficou conhecido como o inventor da anestesia.

FONTE: Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v45n4/a01v45n4.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2013.



Joseph Lister tem seu nome ligado à introdução da assepsia cirúrgica. Lister começou a se interessar pela assepsia cirúrgica em 1857, quando publicou seu primeiro trabalho, Os Estádios Primários da Inflamação, uma análise de casos de piemia (septicemia geral na qual há focos secundários de supuração e que se caracteriza por febre, calafrios, suores, icterícia e abscessos em várias partes do corpo) e gangrena observados no hospital do University College.

FONTE: Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/biografias/joseph-lister.jhtm>>. Acesso em: 5 maio 2013.



Louis Pasteur nasceu em Dôle, Jura, na França, a 27 de dezembro de 1822, e morreu em Villeneuve l'Étang, Seine-et-Oise, França, a 28 de setembro de 1895. A importância de Pasteur foi enorme para o estudo das origens da vida, com passos decisivos na análise da estrutura molecular dos corpos. Os últimos anos de pesquisa são os mais importantes na atuação científica de Pasteur. Descobriu a origem dos furúnculos e da osteomielite na bactéria hoje denominada "estafilococo",

e a causa da infecção puerperal na bactéria hoje denominada "estreptococo". Depois de 1879, descobriu duas importantes vacinas preventivas: contra a cólera das galinhas, pela inoculação de micróbios de virulência atenuada, e contra a raiva.

FONTE: Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/biografias/louis-pasteur.jhtm>>. Acesso em: 5 maio 2013.



Claude Bernard foi um fisiologista francês, um dos mais importantes de todos os tempos, e é considerado o "pai" da moderna fisiologia experimental. Ele nasceu em 12 de julho de 1813, em uma fazenda em Saint-Julien, no Departamento de Rhône, e que hoje abriga o Musée Claude Bernard, estabelecido pela Mérieux Foundation.

Em virtude de suas descobertas e de sua influência na ciência e na medicina francesas, Claude Bernard tornou-se

ainda em vida, um dos mais premiados cientistas de seu país, lado a lado com gigantes como o seu amigo e contemporâneo, Louis Pasteur.

Tanto esses cientistas e suas descobertas, como a estruturação do processo evolutivo e avanços da saúde pública, foram determinantes para a construção e surgimento dos sistemas de saúde no mundo.

Nos dias atuais, você encontrará inúmeras diferenças e particularidades entre os sistemas de saúde. A literatura divide os sistemas de saúde em três categorias principais citadas por Viana e Silva (2012):

- a) Sistema Nacional de Saúde: Também conhecido como Sistema Público de Acesso Universal. Este modelo é predominante em países europeus como Reino Unido, Espanha, Itália, Grécia, Portugal etc. Neste modelo é oferecida à sociedade acesso universal com um custo que vai de moderado a baixo, pagos pelo Estado, porém, apresenta algumas limitações, ou seja, uma ampla lista de espera e pouca liberdade de escolha.

Neste caso, os serviços são financiados pelos tributos pagos em que os serviços médicos generalistas são privados, a rede hospitalar é pública, mas já em alguns países como Brasil, Inglaterra, Espanha e Canadá, já há instituições privadas que prestam serviços contratualizados ao Estado por meio da parceria público-privada (RODRIGUES; SANTOS, 2011). Já em países como Cuba, toda assistência à saúde é com total presença do Estado em toda a estruturação do sistema (NETO, 2011).

- b) Sistema de Seguro Social: é um mix de atuação do sistema público/profissional. É o modelo predominante em países como a França e Alemanha, onde o financiamento é realizado através das contribuições realizadas ao seguro social. O acesso é ilimitado e a sociedade pode consumir os cuidados médicos quando desejar.
- c) Sistema de Livre Mercado: Também chamado de modelo liberal de saúde. É comumente conhecido nos EUA, onde todos os serviços de saúde são privados e cada indivíduo é obrigado a ter um plano de saúde ou terá que pagar o custo dos serviços médicos.

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS DIFERENTES TIPOS DE SISTEMAS DE SAÚDE

Características	Tipos de Sistema de Saúde		
	Sistema Nacional de Saúde	Seguro Social	Com base no mercado
Financiamento	Estado, via arrecadação de impostos.	Empregador e empregado; Estado via arrecadação de impostos.	Empregador e empregado; usuário via pagamento de prêmios de seguros/ planos de saúde e desembolso direto.
Acesso	Universal para a população elegível.	Empregados e suas famílias.	Inadequado para as pessoas sem seguros, desempregados e pobres.
Limitações de acesso aos serviços	Lista de espera, pouca liberdade de escolha do profissional, tipo ou local do serviço.	Excesso de utilização é comum.	Capacidade de pagamentos.
Administração	Pública (Estado).	Privada (Fundos de enfermidade).	Privada (empresas de seguro/ planos de saúde).
Exemplo	Reino Unido.	França.	EUA.

FONTE: Viana e Silva (2012, p. 8)

De acordo com Rodrigues e Santos (2012) é importante salientar que em muitos países os sistemas de saúde são mistos, combinam as diferentes formas de sistema no mesmo país. No EUA embora a grande maioria da população financie seus próprios custos de saúde, existem sistemas públicos voltados ao atendimento de pobres e de idosos. No Brasil e também na Espanha, há um sistema público de acesso universal ao lado do setor privado (seguros e planos de saúde).

3 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o sistema de saúde passou por um processo evolutivo cujas características foram marcadas pelas tendências políticas e econômicas de cada uma das épocas.

De acordo com Aguiar (2011), alguns aspectos foram marcantes na organização do SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, como:

- a) A política de saúde evoluiu juntamente com a política social e econômica do país, ou seja, com base no capitalismo nacional e influenciada pelo capitalismo internacional.
- b) A política de saúde não era a principal prioridade. Somente recebia maior atenção nos casos de epidemias e/ou endemias que influenciavam nas questões econômicas e sociais.
- c) A assistência em saúde se desenvolveu a partir da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa.

Acadêmico(a)! Você deve ter observado que mencionamos várias vezes a expressão “política de saúde”. Mas você sabe o que significa uma “política de saúde”?



Política de saúde é a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e de seus determinantes, assim como a produção, distribuição e regulação dos bens e serviços e ambientes que afetam a saúde individual e da coletividade. (AGUIAR, 2011, p. 17).



No Brasil a Política Nacional de Promoção da Saúde foi aprovada pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Para ter acesso ao conteúdo desta política, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>.

E, o que são epidemias e endemias?

Epidemias: representam a ocorrência de um agravo acima da média (ou mediana) histórica de sua ocorrência. O agravo causador de uma epidemia tem geralmente aparecimento súbito e se propaga por determinado período de tempo, em determinada área geográfica, acometendo frequentemente elevado número de pessoas (MOURA, 2013, p. 15).

Endemias: são ocorrências de “agravos dentro de um número esperado de casos para aquela região, naquele período de tempo, baseado no seu decurso em anos anteriores não epidêmicos”. (MOURA, 2013, p. 15).

3.1 O QUE É O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo de assistência pública à saúde adotado no Brasil. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

Desde então, esse sistema tem passado por constantes modificações e está sendo construído através de Normas Operacionais Básicas, Normas Operacionais de Assistência à Saúde, Pactos pela Saúde, elaboradas e discutidas pelas três esferas de governo e consolidadas em Portarias pelo Ministério da Saúde.



Para saber mais sobre a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, acesse o Link: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.



Caro(a) Acadêmico(a)! Para você aprofundar seus conhecimentos sobre os termos técnicos utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sugiro a leitura da Obra O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios, elaborado pelo Ministério da Saúde.

FONTE: Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Agora que já estudamos um pouco sobre o surgimento do Sistema Único de Saúde no Brasil, vamos em frente, estudando um pouco sobre os princípios deste sistema de saúde.

3.2 PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS é o sistema de saúde brasileiro e passa por processo construtivo. Na lógica de sua criação, este sistema segue os mesmos princípios organizacionais em todo País, está sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal.

O SUS é considerado um núcleo comum, que reúne os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, chamado de princípios organizativos. De acordo com Aguiar (2011), o SUS norteia-se por três princípios doutrinários e incluem: a universalidade; a equidade e a integralidade da atenção. E, quatro princípios organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização, participação e controle social.

QUADRO 2 – PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZACIONAIS DO SUS

PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS	UNIVERSALIDADE	Garantia ao acesso à saúde para toda a população, sem preconceitos ou privilégios.
	EQUIDADE	É o princípio da justiça social e visa reduzir as desigualdades e assegura ações e serviços de todos os níveis de complexidade.
	INTEGRALIDADE	A integração de ações em saúde inclui: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação do indivíduo.

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS	REGIONALIZAÇÃO	Visa distribuir os serviços de saúde de forma adequada para a promoção da equidade de acesso, otimização de recursos e controle dos gastos.
	HIERARQUIZAÇÃO	Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados nesta área a partir de critérios epidemiológicos e definição da clientela atendida.
	DESCENTRALIZAÇÃO	Redistribuição do poder e responsabilidade entre os três níveis do governo: federal, estadual e municipal.
	PARTICIPAÇÃO SOCIAL	A participação da sociedade se concretiza através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

FONTE: Aguiar (2011)

Você sabia que mesmo que o SUS tenha bem definidos estes princípios, a sua concretização ainda é um desafio para os gestores? Isso mesmo, embora se tenha avançado muito na discussão sobre as políticas de saúde no Brasil e vários programas e projetos tenham sido implementados pelo governo federal e se estendido pelos estados e municípios, alcançar todos os princípios não é tarefa fácil.

Muito se fala da integralidade do sistema de saúde, entretanto, a integralidade do cuidado visa oferecer ao indivíduo a possibilidade de um atendimento completo de forma que todas as suas necessidades em saúde sejam atendidas. Mas como fazer isso, se ainda nos deparamos com regiões brasileiras sem acesso aos cuidados médicos? Ou sem infraestrutura necessária para um atendimento integral?

O texto a seguir apresenta a opinião de alguns especialistas em saúde. Vejamos os que eles abordam sobre os princípios do SUS.

LEITURA COMPLEMENTAR

ONDE FOI PARAR O SONHO DO SUS?

Depois de tantas promessas frustradas de redenção da rede assistencial pública, a tendência de governantes têm sido delegar cada vez mais atribuições estatais à iniciativa privada.

Ana Maria Costa
Ligia Bahia
Mario Scheffer

No documentário Sicko, de Michael Moore, ao ser abordado sobre o fim hipotético do sistema universal de saúde inglês, o NHS, um dos entrevistados foi incisivo: “haveria uma revolução”. Orgulho nacional britânico, homenageado na cerimônia de abertura da Olimpíada de Londres, o NHS sempre inspirou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Mas, afinal, onde foi parar o sonho do SUS de uma cobertura pública universal que não deixaria, por definição, nenhuma pessoa sem atenção à saúde? Ao mesmo tempo em que os cidadãos deveriam financiar o sistema por meio de impostos, de acordo com a capacidade contributiva, poderiam acessá-lo conforme a necessidade de saúde, não em função da possibilidade de pagar ou da inserção no mercado formal de trabalho. No sonho de tantos, inscrito na Constituição Brasileira, o SUS seria a expressão de solidariedade que une todos os brasileiros, ricos e pobres, sadios e doentes, moradores dos centros e dos grotões, em resposta coletiva ao essencial do ser humano, a saúde.

No Brasil, onde as políticas sociais universais não chegaram a se consolidar, o SUS sucumbe às pressões dos que apostam na privatização, vindas tanto de setores situados à direita quanto à esquerda do espectro político-partidário.

A privatização da saúde sempre foi escamoteada no país, o que contribuiu para a demora de uma definição clara sobre o lugar que a coletividade deve confiar ao setor privado.

Durante a redemocratização, no processo constituinte, a plataforma conservadora dos grupos empresariais privados foi confrontada com a agenda reformista do movimento sanitário. Prevaleceu a concepção da relevância pública da saúde, mas o rótulo do “privado complementar” passou a abrigar segmentos empresariais de distintas naturezas e competências.

Um quarto de século depois permanece a confusão em torno da falsa unanimidade em defesa do SUS, reconstruída na ressaca após derrota da regulamentação da Emenda Constitucional 29 e na atual campanha pelos 10% de recursos da União para a saúde. A bandeira por mais recursos públicos tremula também sob a ótica contábil de grupos privados e interesses corporativos, que historicamente nunca se colocaram ao lado da proteção social ampliada.

Depois de tantas promessas frustradas de redenção da rede assistencial pública, a tendência de governantes – que buscam responder às demandas por saúde dentro do limite de seus mandatos – têm sido delegar cada vez mais atribuições estatais à iniciativa privada. Essa inclinação privatizante não reverteu e nem sequer amenizou o quadro de dificuldades da população em acessar e utilizar os serviços de saúde.

Veja-se o exemplo da cidade de São Paulo: mesmo entregue em grande parte à iniciativa privada, a rede municipal de saúde exibia, ao final de 2012, fila de mais de 660 mil pedidos de consultas, exames e cirurgias. Acrescente-se o fato de que 60% dos paulistanos sofrem nas mãos de planos de saúde excludentes e de uma rede privada em colapso, saturada e incapaz de prestar bom atendimento.

Chegamos numa forquedura. Nem se consegue vislumbrar o SUS como um sistema único de qualidade, nem há perspectiva de seguirmos para um modelo de saúde predominantemente privado, feito o americano, chileno ou colombiano.

O impasse consiste na inversão entre necessidades de saúde e uso do fundo público. O Brasil tem um sistema público universal, mas são privados, em sua maior parte, os recursos alocados na saúde. Há uma desconexão entre os valores igualitários formais e as práticas sociais concretas de apropriação dos recursos assistenciais, um cenário totalmente incompatível com a efetivação de políticas de saúde universais. Enquanto nos países europeus e até mesmo nos Estados Unidos, a parcela pública dos gastos com saúde só aumenta, no Brasil assiste-se ao crescimento das despesas privadas na medida da intensificação de incentivos à privatização.

Em 2013, aos 25 anos da Constituição de 1988, há muito a ser comemorado. Os preceitos legais do SUS não soçobraram durante o tsunami neoliberal, devido à permanente resistência dos movimentos sociais contrários às mudanças do texto constitucional. Porém, fez água a expectativa de ultrapassagem do neoliberalismo por reformas estruturantes na saúde, a começar pela negação dos tão ansiados novos recursos federais que viriam com a regulamentação da EC 29.

Até hoje, permanecem enigmáticos os argumentos que teriam convencido a base do governo no Congresso Nacional a não ampliar o financiamento do SUS. É certo que, naquela época, as denúncias de corrupção e a malfadada tentativa de atrelar a prorrogação da CPMF à saúde criaram um clima desfavorável ao aumento de gastos públicos. No entanto, nada disso justificaria o covarde posicionamento de partidos progressistas.

O desfecho desfavorável à legislação, após arrastada tramitação, por 12 anos, deixou entidades do movimento social de orelha em pé. Por isso, nem foi grande surpresa a divulgação pela imprensa de uma reunião entre a presidente Dilma Rousseff, ministros e empresas de planos de saúde, em março de 2013, para tratar da concessão de mais subsídios e desonerações fiscais destinados à expansão do mercado de assistência médica suplementar.

A novidade foi a rápida e uníssona reação em defesa do SUS de dezenas de entidades como CEBES, ABRASCO, CUT, CONTAG, conselhos profissionais e Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Possivelmente, o posicionamento contrário até mesmo de setores sociais que supostamente representam futuros candidatos à obtenção de planos privados de saúde para trabalhadores e segmentos sociais que ascenderam na pirâmide de renda, espantou o fundamentalismo.

Planos privados florescem no momento em que as despesas públicas com a saúde são minguadas, no lastro da evolução do consumo e renda de estratos mais pobres da população, mas não resistirão a tensões macroeconômicas e não irão se alinhar a um sistema de saúde comprometido com a promoção da saúde, com a atenção primária, com os atuais desafios demográficos e epidemiológicos (nossos novos velhos e doentes), com a incorporação e o uso racional de tecnologias.

A cobertura privada suplementar jamais será uniforme e continuada, pois há diferenças abissais entre os produtos vendidos, a pessoa sai do emprego que garantia o plano, há exclusão pecuniária (idosos e doentes são expulsos porque gastam muito com saúde), há rescisão de contratos que não interessam mais às operadoras e a agência reguladora, capturada pelo mercado que deveria controlar, faz vistas grossas ao crescimento dos planos de baixo preço (com rede restrita de prestadores) e planos ‘falsos coletivos’ (contratados por pessoa jurídica, a partir de duas vidas, que escapam da regulamentação e ofertam serviços ruins).

Jogar fermento com dinheiro público no desordenado mercado de planos de saúde pode render votos e cai bem com o discurso de que o SUS para todos é inviável e com a avaliação negativa de parte da sociedade, divorciada do sistema público. A lógica é antiga: em nome da limitada capacidade do Estado, propõe-se a transferir obrigações para o cidadão e o empregador que podem pagar pelo plano privado, empobrecendo a oferta e desidratando ainda mais o financiamento público do SUS.

As experiências negativas acumuladas com o atendimento dos planos de saúde desfazem ilusões de que o mercado, só o mercado, é capaz de resolver necessidades sociais. A proximidade e a desenvoltura de empresas com a cúpula do governo podem significar interferências permanentes na agenda pública da saúde.

Os passaportes dos empresários aos centros decisórios foram adquiridos em ambientes frequentados por médicos particulares dos mandatários da República e em fóruns corporativos do setor privado, mediante apoios políticos objetivos, inclusive com generosos financiamentos para campanhas eleitorais. Tais prerrogativas indicam que não se afugentou, definitivamente, a intenção de privatizar de vez o sistema de saúde brasileiro.

O que estará em jogo daqui em diante será o choque entre um projeto societário baseado na efetivação de direitos de cidadania e uma proposta de extensão da cobertura de planos de saúde. A “solução” privatizante empinou, revestida de forte teor pragmático e apelo eleitoral, adequada, portanto, à duração e continuidade dos mandatos governamentais. Sua concretude e aparente facilidade de implantação contrapõem-se a um SUS tido como inerte, cada vez menos vigoroso.

Trata-se de uma falsa representação, segundo a qual o mercado é portador do progresso e das inovações tecnológicas e o sistema público não passa de um apanágio do atraso. Ao longo do tempo essa inclinação ideológica produziu uma ideia síntese: o sistema universal de saúde é impossível e seus defensores, uns românticos desatualizados. Com os requerimentos do moderno individualismo, se não incomodarem, esses sonhadores devem ser tratados com condescendência, por serviços prestados no passado.

O grande desafio será questionar esse constructo, baseado nas certezas das preferências pela privatização, em um contexto de subfinanciamento do SUS. O sonho de o Brasil garantir a igualdade de acesso em saúde para todos que precisam, em qualquer lugar, a qualquer hora, só irá adiante se os fundos públicos ganharem aportes significativos, passando a financiar apenas serviços, equipamentos e redes, públicos e privados, porém absolutamente incluídos e deliberadamente universais.

Resgatar o SUS como um bem comum a ser protegido requer mobilização e novos arranjos políticos capazes de confrontar a marcha triunfal do privado. A hora é de escolhas essenciais para o futuro da saúde no Brasil. Não desistiremos de seguir lutando por um sistema de saúde moderno e justo, controlado pelos usuários, trabalhadores e agentes públicos, que traga desenvolvimento ao país e que tome um lugar de destaque na vida nacional.

FONTE: COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. Publicado na Plataforma de Política Social. Disponível em: <<http://revistaforum.com.br/blog/2013/04/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/>>. Acesso em: 25 maio 2013.



RESUMO DO TÓPICO 1

Caro(a) acadêmico(a)! Neste primeiro tópico, você estudou os seguintes aspectos:

- Os sistemas de saúde no mundo.
- O sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS).
- Os princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

AUTOATIVIDADE



Agora vamos refletir um pouco. Descreva como está organizado o SUS em sua cidade.

TIPOS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Como vimos anteriormente, a formalização dos sistemas de saúde no mundo também passou por transformações não se tratando, portanto, de um processo estático. Vem sendo implementadas novas mudanças buscando ofertar um conjunto de soluções para a sociedade. Também, tivemos a oportunidade de conhecer um pouco da estrutura e organização de nosso sistema de saúde brasileiro, chamado Sistema Único de Saúde – SUS.

O sistema de saúde brasileiro, no decorrer dos anos, passou por uma evolução, com características marcantes que foram associadas aos acontecimentos políticos e econômicos do país.

Por esse motivo, e neste contexto, é importante entendermos a importância dos serviços de saúde na assistência da saúde, identificando qual é o papel de cada um dos serviços e como as atividades de forma articulada podem contribuir na prevenção e promoção da saúde da sociedade.

2 O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DA SAÚDE

Nas últimas décadas, as transformações sociais foram um dos fatores que produziram grandes mudanças na sociedade brasileira, gerando, desta forma, um rol de complexidades a serem geridas, principalmente, no setor de saúde, apresentando vários desafios para os gestores do SUS e das instituições de saúde.

O marco constitucional brasileiro de 1988, quando criado, previa uma cobertura universal e gratuita para a assistência da saúde. Entretanto, nos dias atuais, fatores como o envelhecimento da população, o aumento de doenças crônicas, doenças infectocontagiosas têm crescido anualmente e o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem conseguido acompanhar as necessidades da demanda. Estas situações acabam por causar impactos com diversas interfaces significativas para o Sistema Único de Saúde.

A situação atual tem levado a estruturação da assistência à saúde e a criação de novos programas para as pautas de discussões acadêmicas e dos gestores públicos uma vez que se percebe “claramente pelos usuários do SUS: lista de esperas demoradas para alguns exames ou procedimentos, qualidade geralmente insatisfatória dos serviços de assistência, falhas de acolhimento e de encaminhamento, infraestruturas em mau estado, verbas canceladas, entre outros”. (TASCA, 2011, p. 9).

Neste contexto, verifica-se que os serviços de saúde ficam responsáveis por garantir ao usuário do sistema público os princípios doutrinários do SUS. Entretanto, observa-se que esses princípios se sobrepõem de forma que o cuidado dependerá da possibilidade e da capacidade de cada instituição em ajustar modos de intervenção que atendam às necessidades e prioridades de cada um dos usuários.

Mas, articular os princípios da universalidade, equidade e integralidade, não é tarefa fácil, principalmente para o primeiro nível de atenção. Na prática, normalmente a assistência se depara com obstáculos que diminuem a capacidade da atenção primária, e conseqüentemente, faz com que estas apenas contribuam apenas na prevenção, deixando a resolutividade clínica para a rede de urgência e emergência das unidades hospitalares (CAMPOS, 2007; MÉDICI, 2011).

Neste sentido, Médici (2011, p. 21) coloca que “sem a existência de processos coordenados de integração, todas as unidades de saúde, independente de seu porte e complexidade passam a atuar como porta de entrada do setor”.

Além disso, a falta de conhecimento da população em relação aos níveis de complexidade do sistema de saúde faz com que estes, tenham como base de sua escolha para a resolutividade dos problemas de saúde, o porte da instituição, o que resulta em superlotação em hospitais e esvaziamento das unidades básicas.

Desta forma, para se compreender o papel dos serviços de saúde para a assistência à saúde é necessário que se compreenda a função de cada nível de complexidade na resolutividade e promoção da saúde.

3 NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A proposta de se montar redes de atenção à saúde, surgiu na década de 90 nos Estados Unidos, e em seguida avançou pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá e depois atingiu alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2009).

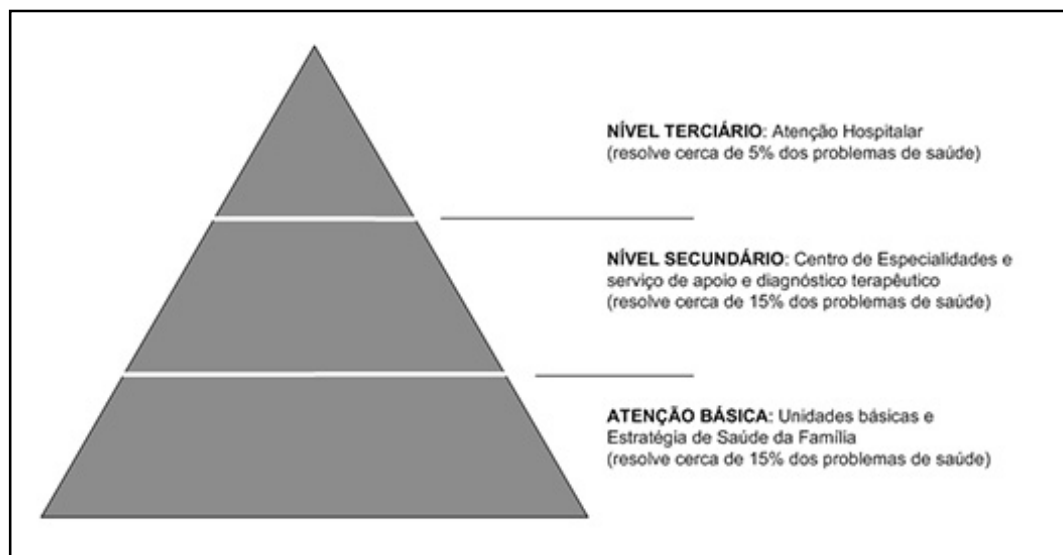
Desde então, surgiram em diversos países e continentes várias interpretações sobre a abrangência e do escopo da atenção primária, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implantação o que levou a utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde como: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada (BRASIL, 2011).

Na organização dos sistemas de saúde por níveis de atenção consideram-se três elementos essenciais:

- a) a tecnologia e o material disponível para a realização do diagnóstico e apoio terapêutico;
- b) a capacitação de pessoal, ou seja, da equipe de profissionais atuante;
- c) o perfil de morbidade da população a ser atendida pelo sistema, ou seja, as doenças mais frequentes nesta população.

Para você compreender melhor sistema de saúde, vamos apresentá-lo pela lógica da pirâmide clássica (figura a seguir).

FIGURA 1 – MODELO DA PIRÂMIDE: HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SUS



FONTE: Solla e Chioro (2008, p. 628)

Agora, vamos estudar cada um desses níveis de forma mais aprofundada. Vamos lá!

3.1 NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada por vários países como sendo um novo modelo assistencial dos sistemas de saúde que tem como foco o cidadão.

A **APS** refere-se a um conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas, também conhecida como **Atenção Básica em Saúde**. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) considera tais termos equivalentes.

A **Atenção Básica** caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2011, s/p – Grifo do autor).



PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou os Ambulatórios Gerais são os primeiros serviços de contato do paciente com os sistemas de saúde, sendo responsável por cobrir as afecções e condições mais comuns dos problemas de saúde da população, ou seja, a principal porta de entrada do usuário é pela atenção básica e, por isso, a equipe necessita estar preparada para acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2011).



O Programa Saúde da Família foi proposto pelo Ministério da Saúde para os municípios brasileiros em 1994. Inicialmente, nesta proposta, o processo de trabalho da equipe de saúde era pautado na separação de funções por categorias profissionais e se restringia a uma delimitação geográfica da área a ser atendida pela unidade de saúde (FRAIZ, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Sua equipe é formada por uma equipe multidisciplinar envolvendo: odontólogo, um atendente de consultório dentário (ACD) e /ou um técnico de higiene dental (THD) e agentes comunitários de saúde que atuam em 7 áreas estratégicas: controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle da diabetes *mellitus*; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher.

Além da ESF, faz parte da atenção primária em saúde também a Vigilância em Saúde que compreende:

- Vigilância Sanitária.
- Vigilância Epidemiológica.
- Vigilância Ambiental.
- Saúde do Trabalhador.
- Controle de Endemias.
- Assistência Farmacêutica.

Nos dias atuais, muito tem se discutido, no âmbito da saúde, a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Você sabe o que significa a RAS?



A RAS é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (MENDES, 2011)

3.2 NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

As unidades de saúde de nível secundário contemplam os serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico. O caminho a ser percorrido pelo usuário para se ter acesso à atenção secundária, geralmente inicia pelo serviço de atenção primária, ou seja, o ambulatório Geral ou ESF.

Para atender à demanda existente, as unidades de serviços de atenção secundária devem atender a alguns critérios essenciais para uma assistência de promoção a saúde:

- a) Possuir profissionais que atuem em especialidades médicas.
- b) Possuir materiais e equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica.
- c) Possuir equipamentos que possam contribuir na precisão do diagnóstico.

Cabe esclarecer, caro(a) acadêmico(a), que os limites entre a atenção especializada e a atenção básica não são precisos. A abrangência das responsabilidades de cada uma se dá atualmente, pela sua forma de financiamento que estabelece diferentes formas de valoração dos serviços prestados (SOLLA; CHIORO, 2008).

Em muitos municípios e regiões brasileiras a oferta de serviços especializados em saúde está vinculada ao serviço privado que por meio de contratualização e convênios com a rede pública ofertam este serviço pelo SUS. (SOLLA; CHIORO, 2008).

Você encontrará diferentes denominações para os serviços ambulatoriais especializados como: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especialidades da Saúde, Centro de Referência Especializada. Tais denominações variam de acordo com as estratégias de comunicação social adotada pelo gestor municipal.

3.3 NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO A SAÚDE

O nível terciário de atenção a saúde compreende a atenção hospitalar. O termo hospital origina-se do latim “*Hospitu*” cuja tradução quer dizer local onde se hospedam pessoas.



De acordo com o Ministério da Saúde, o hospital é um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela ou de não internação, no caso de ambulatorios e outros serviços (BRASIL, 2009).

De acordo com Mozachi (2009), os hospitais de acordo com as especialidades podem ser divididos em:

- **Hospital Geral** – destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológico-obstétrica e clínica pediátrica.
- **Hospital Especializado** – com assistência em especialidades como neurocirurgia, cardiologia etc.

O estabelecimento hospitalar também poder ser classificado de acordo com o seu porte, ou seja, pelo número de **leitos de internação**:

- Pequeno: até 50 leitos.
- Médio: de 51 a 150 leitos.
- Grande: de 151 a 500 leitos.
- Porte especial para os acima de 500 leitos.



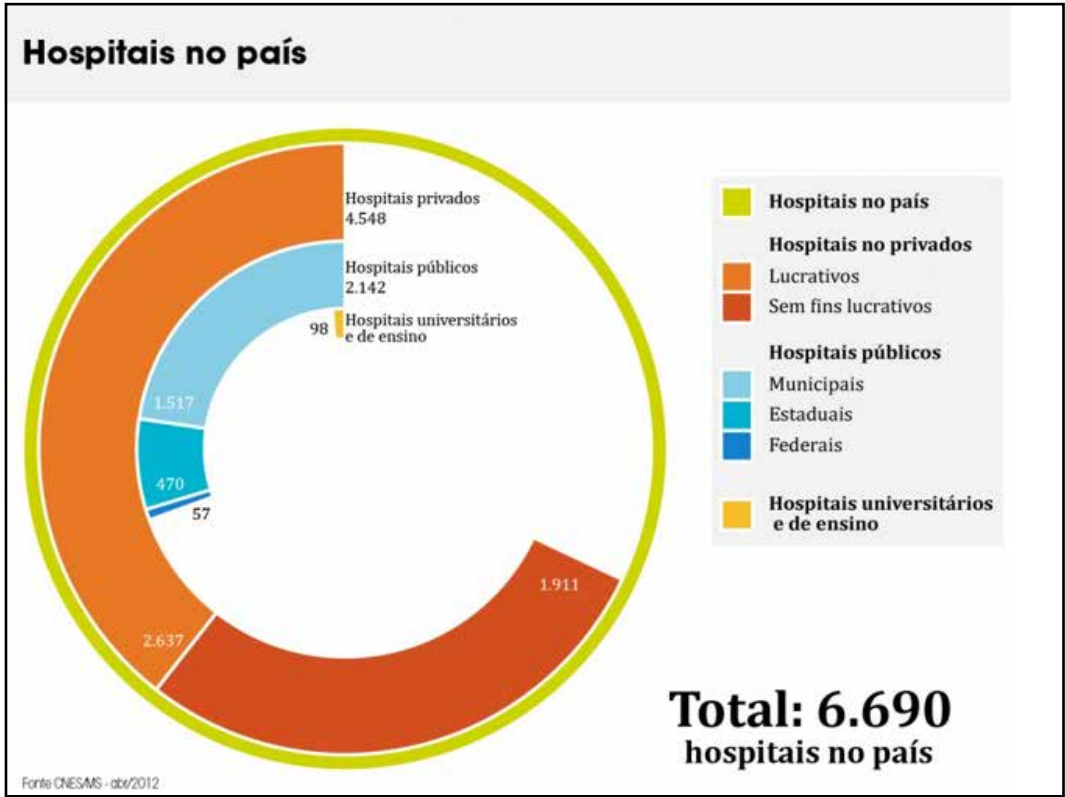
Entende-se por:

Leito hospitalar, cama numerada e identificada que se destina à internação de um paciente dentro de um hospital. O leito se localiza em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo do paciente durante sua estadia no hospital. (MOZACHI, 2009, p. 667).

Internação é a forma de cuidado sob a qual os pacientes são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior que 24 horas. (MOZACHI, 2009, p. 667).

Além disso, você encontrará denominações como: hospital público (cujos gestores são os estados e municípios); privados e particulares (cuja administração não recebe a interferência do governo). De acordo com a Federação Brasileira de Hospitais, atualmente, os Brasil possui um total de 6.690 estabelecimentos hospitalares (Figura a seguir) e 328.178 leitos destinados aos SUS.

FIGURA 2 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES NO BRASIL



FONTE: Federação Brasileira dos Hospitais

LEITURA COMPLEMENTAR

VIGILÂNCIA DA SAÚDE NO ESPAÇO DE PRÁTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Cátia Martins Oliveira
Ângela Oliveira Casanova

Modelos de atenção

Nos últimos anos, tem sido produzida uma vasta bibliografia acerca da efetividade dos modelos assistenciais implementados, na concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A maioria dos estudos aponta a

insuficiência dos modelos vigentes em responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira. Como decorrência, também tem sido amplamente discutidas propostas alternativas de reformulação ou superação desses modelos, capazes de suprir essas necessidades. No presente artigo, optou-se pela definição de modelos de atenção – ou modelos assistenciais – adotada por Paim: “são combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas”.

Os principais modelos existentes no país apresentam arranjos institucionais e organizacionais, que lhes dão suporte. No modelo médico assistencial-privatista, a atenção à saúde é predominantemente individual e curativa, com um nítido predomínio do hospital sobre as demais alternativas de assistência. No modelo assistencial-sanitarista, destacam-se as unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, os programas e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. A convivência desses modelos, seja em caráter complementar ou de maneira contraditória, vem caracterizando um “sistema” de saúde, pautado por uma prática fragmentada, oferecida de maneira desigual e descontextualizada dos cidadãos, gerando respostas pontuais e limitações profundas para a garantia de uma atenção efetiva, equânime e integral à saúde. Diante desse quadro representado pela baixa efetividade na prestação da atenção à saúde, tornou-se consenso entre os estudiosos desse campo que o sistema de saúde brasileiro necessita, sem negar os modelos anteriores, rever a lógica tradicional que ainda o rege e buscar condições para que, de forma permanente, se aproxime dos indivíduos, tornando-se mais humanizado e resolutivo.

Assim, diversos princípios, tais como promoção da saúde, processo de trabalho, qualidade na atenção, intersetorialidade e planejamento local, têm permeado as reflexões em torno da necessidade de reformulação dos modelos assistenciais vigentes. Estudos e investigações em torno dessa temática vêm sendo desenvolvidos e implementados por meio de experiências inovadoras, fazendo com que o processo de construção do SUS venha se constituindo “em um imenso laboratório”. Segundo esta autora, esse processo tem contribuído para que propostas até então restritas venham sendo difundidas e incorporadas a outras realidades, caracterizando o que a mesma define por um processo de “interfertilização” entre os sistemas de saúde locais e a reflexão acadêmica.

Entre as principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, encontra-se a vigilância da saúde, que propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde. Importa ressaltar brevemente que existe um debate gerando distintas vertentes sobre a vigilância da saúde,

considerando-a como “análise de situações de saúde” ou ainda como “proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária”. No presente texto, reforça-se a vertente na qual a vigilância da saúde amplia a concepção de saúde ao ter como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença na medida em que envolve operações sobre os determinantes dos problemas de saúde, constituindo-se em “espaço da saúde” e não exclusivamente de atenção à doença.

Do ponto de vista técnico-operacional, a vigilância da saúde viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente às necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade. Nesse caminho, a vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde.

Neste artigo, pretendemos apontar as possibilidades de articulação dos princípios norteadores da vigilância da saúde com as práticas desenvolvidas na atenção básica, entendendo sua importância como um caminho fértil para consolidação dos ideários do Sistema Único de Saúde.

Reorientação do processo de trabalho na atenção básica sob o paradigma da vigilância da saúde

Território como locus privilegiado de atuação: definindo problemas e identificando necessidades de saúde.

Tendo em vista a multiplicidade de aspectos e esferas que condicionam e determinam os estados de saúde de uma população, é fundamental que a atenção básica organize seu processo de trabalho tendo em vista a territorialidade, principal pilar da vigilância da saúde. Ao trabalhar com mapeamento do espaço de vida, induz-se a implementação de práticas de saúde orientadas a contribuir para uma atuação planejada e equânime sobre os problemas e as necessidades de saúde, caminhando em direção à superação das complexas desigualdades existentes relativas à cobertura, ao acesso e à qualidade na atenção à saúde.

O território deve ser considerado enquanto um espaço geográfico, mas também social e político, que se encontra em permanente transformação, onde vivem grupos sociais definidos, em que se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença. Parte-se assim do pressuposto que o processo de territorialização pode ser um meio operacional para o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde.

A experiência desenvolvida em uma das unidades do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, é pertinente para exemplificar a atuação baseada em problemas na perspectiva da vigilância da saúde. Visitas periódicas eram realizadas ao território pela equipe de saúde, a fim de atualizar o conhecimento das condições de vida da comunidade local, o que lhe permitia também observar aspectos sociais, econômicos e culturais, de modo a favorecer o planejamento das ações. Decorrido algum tempo, a equipe ampliou sua compreensão acerca do território e das famílias, verificando que os problemas por ela identificados como prioritários – em especial, a saúde materno-infantil – não tinham o mesmo valor para a comunidade, que reconhecia outros como os seus problemas – tais como a questão do lixo e a das drogas –, o que resultou em baixa resolubilidade das ações previamente planejadas pela equipe. Essa experiência demonstra com clareza os desafios e as possibilidades que uma equipe de atenção básica tem ao optar por trabalhar sob o enfoque da vigilância da saúde. Desafio, porque um novo processo de trabalho precisa ser construído, atribuindo-se dimensão inédita às relações entre equipe de saúde e a comunidade, ao passo que o objeto de trabalho, que costuma ser a doença, necessita ser ampliado e os sujeitos, redefinidos. Para tanto, é preciso estabelecer uma relação dialógica, em que é essencial a escuta do outro, pois só assim se torna possível identificar as reais necessidades, aquelas sentidas no cotidiano da vida e que, em geral, não se coadunam com as observadas pelos profissionais em sua prática.

Com o tempo, o envolvimento e o respeito às necessidades sentidas pela população possibilitaram a construção de laços, ampliaram o conceito de saúde e de doença para todos os envolvidos e fortaleceram o papel da equipe na comunidade, permitindo que os problemas considerados prioritários pela equipe também fossem finalmente trabalhados. Esse movimento implica também o respeito ao direito de escolha e decisão da população quanto as suas necessidades e prioridades de atenção, desafiando um papel participativo-propositivo e não só executivo das ações de saúde. Nesse contexto, a epidemiologia, ferramenta útil para perceber a rede de causalidades e determinantes do processo saúde-doença, é utilizada, mas sem deixar de observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde.

Tendo como base organizativa o princípio de territorialização e o entendimento dos problemas que estruturam uma situação de saúde, é possível desencadear processos de trabalho estruturantes sob a lógica da vigilância da saúde. Essas iniciativas têm sua possibilidade de êxito na composição e organização do processo de trabalho local, por meio da criação de dispositivos que permitam rearranjos no modo de operar as relações da equipe com os usuários. Abrem-se assim possibilidades para se construir no território modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas que contribuam para a produção da saúde.

Integração das práticas de saúde na atenção básica: um grande desafio

Uma das críticas mais recorrentes ao arranjo das práticas de saúde predominantes na atenção básica diz respeito à centralidade do atendimento na enfermidade e não na pessoa, à falta de diálogo e, principalmente, a dificuldade de apreensão ampliada das necessidades de saúde colocadas pela população atendida. Além disso, são comuns as chamadas “oportunidades perdidas” de prevenção de agravos ou, mesmo, de promoção da saúde nas consultas, que costumam ser pontualmente realizadas. Essas limitações do modelo biomédico dominante apontam para a importância de superar a visão centrada na doença como único meio de enfrentamento dos problemas traduzidos pelas queixas que constituem a demanda dos serviços de atenção básica.

Em virtude do exposto, se faz a seguinte pergunta: como integrar práticas e construir objetivos comuns capazes de orientar o trabalho, sem que se perca a especificidade já acumulada de cada área? Sem dúvida, essa especificidade deve ser preservada, evitando-se uma indiferenciação que desconsidere a necessidade de dar respostas competentes aos problemas de saúde.

No modelo proposto pela vigilância, os profissionais não precisam necessariamente dominar todo o conhecimento sobre determinado problema ou agravo em saúde, mas devem, sim, ampliar e redefinir as ações, integrando saberes e práticas das diversas áreas, em caráter complementar, por meio de uma visão abrangente e uma ação integral. As ações de saúde deverão ter como base as necessidades percebidas dos usuários em suas dimensões biopsicossociais e ser concebidas como práticas de saúde, ou seja, uma prática social articulada com a totalidade social.

Entretanto, é preciso considerar que, nos serviços de atenção básica tradicional, a forma de arranjo das ações de saúde permanece pautada nos chamados “programas especiais”, instrumentos prescritivos e afinados com a centralidade dos aspectos biológicos que, ao priorizarem o enfoque de risco, geram a fragmentação das ações sem que consigam organizar e instrumentalizar práticas de vigilância da saúde nos serviços. Não se pode desconsiderar que esses programas de saúde obtiveram progressos significativos, os quais se refletem na melhoria de determinados indicadores sanitários; porém, por serem dirigidos a grupos ou a problemas específicos, trabalham de forma isolada e invariante, cada qual para sua área de conhecimento, como a saúde da mulher, do idoso, programa de controle da tuberculose, dentre outros, ofertando cardápios fixos para sua coorte de pacientes como se os mesmos não mudassem nunca, ou seja, permanecessem sempre com as mesmas necessidades de atenção e assim com o mesmo cardápio de recursos. Torna-se imprescindível que se desenvolva uma abordagem diferenciada dessa forma de intervenção comumente utilizada na saúde pública, na qual se promova a inclusão do conjunto da população e não de grupos programáticos.

Sob tal ótica, há que se adotar uma postura que identifica as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro, buscando superar os métodos prescritivos que burocratizam a práxis sanitária. Reestruturar a forma de organização na atenção à saúde envolve, portanto, a necessidade de superar a valorização da produção de procedimentos para uma abordagem reflexiva, contínua e resolutiva, que permita auxiliar na construção de estratégias mais direcionadas, as quais, muitas vezes, não são contempladas nos programas verticalmente estabelecidos. O objeto de atenção deve compreender o sujeito e seu contexto de vida, passando pela garantia de ações integrais que procurem prevenir e promover a saúde individual, mas também trabalhar a demanda clínica dos indivíduos doentes através de um novo rearranjo que valorize o espaço de atendimento individual como um espaço de “elevação” de consciência sanitária. Essa ideia se concretiza, por exemplo, na construção de projetos terapêuticos, permitindo a conexão de diferentes campos de conhecimento dos profissionais para ampliação e redefinição das ações na direção de uma atenção integral.

Igualmente importante é a reunião de equipe que deve ser considerada como um recurso valioso, um espaço de gestão colegiada para a solução de conflitos e que favorece o compartilhamento do saber e a sensibilização dos profissionais para reorganizarem seu processo de trabalho sempre que necessário, com apoio dos gestores locais. Incentivar e motivar as equipes locais de atenção básica é um importante dispositivo para promover a participação dos trabalhadores de saúde nos processos decisórios da produção da saúde, quando se busca uma relação mais humanizada entre membros da equipe e usuários e a garantia de resultados mais efetivos.

Além de um olhar interdisciplinar, as práticas em saúde devem ter como pressuposto sua extensão à intersectorialidade, na medida em que os profissionais que atuam na atenção básica cotidianamente enfrentam situações colocadas pela comunidade local, cuja complexidade o escopo de ações programadas e previstas não tem sido capaz de responder. Entre essas situações, encontram-se a violência, doméstica e estrutural, as condições precárias de habitação e saneamento, o aumento relativo da gravidez entre adolescentes, o desemprego, a baixa renda e, principalmente, a falta de cidadania, que revelam ausência ou insuficiência de serviços dirigidos ao atendimento dos anseios da população. Em razão disso, as ações não podem ficar restritas aos espaços do setor saúde (intrasetorial), pois é importante que se estendam a outros domínios e espaços de atuação, expandindo-se para outros órgãos e setores governamentais e não governamentais. Muitas iniciativas no âmbito socioeconômico e educacional podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde, envolvendo questões de moradia (habitacionais e ambientais), propostas de geração de trabalho e renda, aumento da escolaridade, a fim de consolidar uma conjugação de forças sociais e econômicas, que pode ser materializada na construção de políticas de desenvolvimento autossustentável, cujo objetivo seja melhorar as condições de vida e saúde.

Esse componente é o de maior complexidade e, sem dúvida, sua abordagem é de difícil implementação; porém, ao incorporar a ação intersetorial, permite-se que os profissionais de vários setores contribuam com seus saberes, linguagens e práticas para a melhoria da intervenção na saúde.

Algumas estratégias de ação intersetorial e de mobilização social que visam à melhoria das condições de vida vêm ganhando destaque. No município do Rio de Janeiro, um exemplo que merece ser citado é o da integração da Comunidade de Manguinhos em um projeto de desenvolvimento local, integrado e sustentável, denominado DLIS Manguinhos. ODLIS é um processo essencialmente participativo e que se propõe a enfrentar as questões sociais em território determinado, mediante a construção de parcerias entre os diversos atores por meio do desenho de uma agenda integrada, considerando a responsabilidade social das empresas e a de instituições existentes na área do Complexo de Manguinhos, como a Fiocruz, os Correios, a Embratel e a Refinaria de Manguinhos. Nessa comunidade, as unidades de saúde são também vinculadas ao DLIS, exercendo um papel protagônico para o desenvolvimento de ações intersetoriais. As equipes de saúde nesse espaço auxiliam na promoção da democratização da informação e colaboram para potencializar os recursos e talentos existentes na própria localidade, ampliando assim, as possibilidades de intervenção. Essa é uma experiência que induz repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os atores envolvidos no processo de produção social da saúde.

Cabe destacar aqui a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como importante processo estruturante da vigilância da saúde, por contemplar em sua configuração elementos que dão aporte à prática das equipes. A integração e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população. O processo de trabalho favorece o planejamento de ações em saúde mais próximas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população, nos diferentes territórios, subsidiando a sustentabilidade dos processos de intervenção. A ESF pode assumir, por conseguinte, postura ativa de intervenção em saúde, pois se assenta sobre a visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo. Sob esse aspecto, ela possui os elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade.

Portanto, o que caracteriza a integração de práticas de saúde é a possibilidade de articular ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e as assistenciais por meio da apreensão ampliada das necessidades, existindo respeito ao contexto específico de cada encontro na escolha das intervenções cabíveis. Tudo isso orientado por um tipo de relação especial e – por que não dizer? – ainda “novo” no contexto das práticas: uma relação entre sujeitos, o que implica atitude de escuta, diálogo e corresponsabilidade entre equipe de saúde e usuários.

Instrumentos das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária na busca da atenção integral à saúde da população

A lógica da vigilância da saúde incorpora também, mas não somente, a integração das atividades de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, para a prestação de uma atenção ampliada. Nesse sentido, deve-se procurar combinar os instrumentos dessas vigilâncias, a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, tornando possíveis respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde, como já vem acontecendo em algumas experiências no país, ainda que pontuais.

Sob esse aspecto, a vigilância epidemiológica – tradicionalmente centrada no controle de doenças transmissíveis – necessita rever suas possibilidades de atuação, extrapolando-a para além da listagem de agravos/doenças de notificação compulsória. As ações preconizadas nessa área acarretam, com frequência, profundas limitações, o que leva à perpetuação de um sistema direcionado a um grupo de doenças específicas, em um olhar estritamente técnico, que privilegia o evento já acontecido, contrariando a concepção da vigilância, que é a de atuar antes da detecção do problema. A vigilância epidemiológica necessita ultrapassar o modelo tradicional, de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas, para avançar numa proposta que aborde e contemple a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes do processo de adoecimento. Há necessidade de instituir importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional, gerando uma concepção de vigilância integrada.

No que concerne à vigilância ambiental, é importante o resgate de uma abordagem sistêmica e interdisciplinar dos problemas de saúde e de seus riscos, consolidando um modelo operacional na rede de serviços que gere integração com as demais vigilâncias na construção de ambientes saudáveis. Atividades de cunho educativo em torno da questão ambiental precisam ser estimuladas, contribuindo para a organização dos moradores quanto aos seus problemas e fortalecendo uma gestão territorial participativa. Aspectos relacionados à qualidade da água consumida pela comunidade, ao destino dos resíduos, à poluição, aos contaminantes ambientais – principalmente, em áreas rurais de produção agrícola – e ao desmatamento, entre outros, são bons exemplos de situações a serem consideradas, em conjunto com a população local, na avaliação dos riscos à saúde, bem como na formulação de estratégias intersetoriais necessárias ao seu enfrentamento.

Quanto à vigilância sanitária, a demanda por ações específicas no controle de riscos associados ao consumo de bens, produtos e serviços tem crescido significativamente, o que exige uma atuação mais organizada e competente, desde o nível local. A complexidade de seu escopo de atuação faz com que seja

necessária a articulação permanente de uma gama de conhecimentos provenientes de várias disciplinas e de profissionais de diferentes áreas, de modo a garantir a qualidade dos produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos fundamentais para a promoção da qualidade de vida das pessoas.

Esses princípios devem nortear a forma de organizar as práticas, por meio de propostas de ação integrada, das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, ao conjunto de intervenções necessárias. Mesmo tratando-se de áreas específicas, é preciso que se favoreça a criação de um cenário que não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a articulação das estratégias e das ações, propondo respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território.

Um exemplo que merece ser descrito é a situação real de contaminação por uma indústria de pesticida em município do Rio Grande do Sul. Os profissionais da unidade de saúde adscrita à área começaram a observar que as pessoas que moravam no entorno da indústria estavam ficando doentes por causa de um aterro clandestino de pesticida. A equipe desenvolveu um trabalho de vigilância da saúde analisando os fatores determinantes desse quadro, comprovando um vínculo causal entre a doença e a presença de organoclorado proveniente do aterro. Além do acompanhamento terapêutico individual, a equipe se articulou com a vigilância epidemiológica para notificação e monitoramento dos casos e, em conjunto com as vigilâncias ambiental e sanitária, buscaram novas informações relacionadas a produtos, meio ambiente e procedimentos que pudessem ter relação com o agravo. A integração dessas vigilâncias propiciou investir em um ambiente saudável livre de contaminação, com a perspectiva de evoluir nesse processo até se conseguir um dispositivo legal capaz de proibir o loteamento do terreno, evitando que as pessoas habitem no local.

Respeitando as especificidades de cada esfera de atuação – sobre as doenças, produtos e serviços ou o ambiente –, é importante que a equipe de saúde local reconheça-se também como agente de vigilância, a fim de distinguir no território os riscos aos quais a população se encontra exposta e possa discutir com ela os encaminhamentos necessários para contorná-los, propondo, por exemplo, projetos transversais voltados para intervir de forma ampliada sobre os grupos mais vulneráveis. A integração das atividades das vigilâncias pode servir de experiência para a equipe de uma atuação intra e intersetorial, cuja importância, ainda que reconhecida no nível discursivo, tem se concretizado muito pouco no âmbito das práticas.

Conclusão

Por fim, é importante ressaltar que não existe padrão preestabelecido ou métodos prescritivos de atuação da vigilância, pois as estratégias de organização desse conjunto heterogêneo de práticas não podem burocratizar a práxis sanitária, mas se delinear de acordo com a situação de saúde evidenciada, assumindo,

portanto, diversas configurações. O importante é que as ações de saúde tenham como referência os interesses dos usuários em suas realidades, que não são fragmentadas, mas sim resultantes de um mesmo encadeamento de determinantes sociais, políticos, culturais, ambientais, entre outros.

Seja qual for a configuração adotada, a equipe deve guiar-se pela superação das raízes estruturais das iniquidades em saúde, contribuindo para a garantia do acesso a bens e serviços de qualidade. Espera-se que esse movimento no interior dos serviços de atenção básica alcance, de fato, ao longo do tempo, a reorientação dos sistemas de saúde na direção de afirmar-se como espaço de saúde e não exclusivamente de atenção à doença.

FONTE: Extraído de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029>. Acesso em: 12 jun. 2013.



RESUMO DO TÓPICO 2

Caro(a) acadêmico(a)! Neste tópico, você teve a oportunidade de estudar sobre:

- Os serviços de saúde e sua importância para a assistência da saúde da população.
- Os níveis dos serviços de assistência à saúde.

AUTOATIVIDADE



Agora, analise cada um dos níveis de complexidade e explique como está estruturada em nível primário em seu município. Quais os programas vinculados em nível primário de assistência? Existe em seu município a assistência à saúde em nível secundário e terciário? Se sim, de que forma?

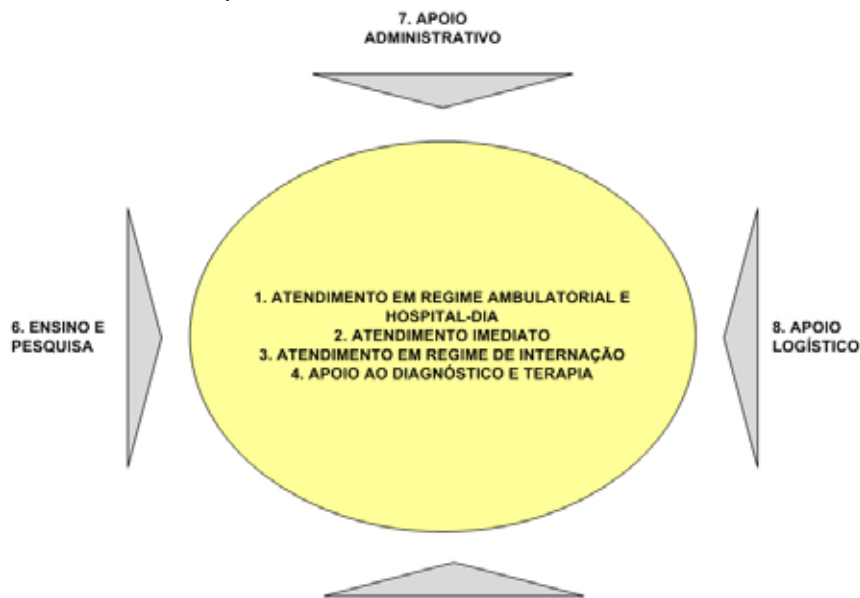
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

É muito frequente encontrarmos estudos sobre a organização de serviços no meio acadêmico e científico. Inicialmente os estudos nesta área eram pautados no planejamento de saúde através da análise das políticas de saúde, e nos aspectos gerais da implementação do processo de Reforma Sanitária e do planejamento estratégico-situacional.

Os serviços de saúde são organizados de forma que alguns serviços são de atenção direta ao paciente, ou seja, as atividades desenvolvidas pelas instituições caracterizam-se pela interação existente entre os usuários e os profissionais de saúde (NETO, 2011) e, outros de atenção técnica (apoio ao atendimento) e diagnóstico e terapia.

FIGURA 3 – ATRIBUIÇÕES DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS



FONTE: Adaptado da Resolução RDC nº 50 da ANVISA

A abrangência do atendimento ambulatorial tem se tornado mais ampla nos dias de hoje. As Unidades Básicas de Saúde tem aumentado as ofertas de serviços, fazendo com que o atendimento ambulatorial nos hospitais seja organizado de forma mais seletiva e especializada. Dessa forma, a estruturação e organização destas unidades de saúde exigem dos profissionais uma visão ampliada do conceito de saúde, pois, tanto a rede de atendimento primário como os hospitais terão de incorporar às suas atividades novos procedimentos como nos casos dos hospitais-dia, atualmente, responsáveis por cirurgias de baixa complexidade. (BRASIL, 2011; NETO, 2011).

Em países cujo atendimento em saúde se encontra em um estágio mais avançado, as resoluções da maioria dos procedimentos cirúrgicos são videolaparoscópicos e inclusos nos procedimentos ambulatoriais, ficando aos Hospitais a responsabilidade da resolutividade dos casos de alta gravidade e risco de morte ao usuário e paciente.

2 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA AO PACIENTE

Os serviços de assistência direta ao paciente concentram as atividades que compreendem o objeto de procura dos usuários de serviços de saúde e consequentemente, nelas ficam concentradas as principais fontes de recurso da instituição (NETO, 2011).

No grupo de serviços de assistência direta ao paciente concentram-se os serviços de:

- Assistência ambulatorial.
- Pronto-socorro.
- Centro-cirúrgico.
- Centro obstétrico.
- Internação.
- Unidade de tratamento intensivo.

Agora, vamos estudar e conhecer cada um desses setores.

2.1 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

De acordo com o Ministério da Saúde entende-se por ambulatório a modalidade de atuação realizada que não necessite de internação.

A estrutura física do ambulatório deve possuir, no mínimo, quatro consultórios, para atendimento das especialidades: clínica médico-cirúrgica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontologia. O dimensionamento de sua estrutura

dependerá também da demanda, ou seja, é preciso levar em consideração vários fatores, como: turnos de atendimentos, duração da consulta, público existente, habitantes-alvo para cada especialidade e dias úteis por ano (BRASIL, 2011b).

Conforme determinação da ANVISA, através da Resolução RDC nº 50/2002 (ANVISA, 2004), a Unidade de Ambulatório pertence à atribuição 1, cujas atividades principais são as seguintes: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia.

2.2 PRONTO-SOCORRO

A superlotação nos serviços de urgência e emergências é um dos problemas dos sistemas de saúde principalmente nas grandes capitais e em municípios muito distantes com acesso a poucos recursos tecnológicos e humanos.

De acordo com Damasceno (2007), vários fatores que contribuem para essa situação caótica poderiam ser enumerados como:

- polarização das desigualdades econômicas;
- aumento da violência urbana;
- envelhecimento progressivo da população com aumento das doenças crônicas e degenerativas;
- queda da qualidade e na quantidade do atendimento médico na rede básica.

Geralmente, a maior exposição da população a eventos agudos decorrentes de lesões associadas a causas externas, ou seja, traumatismos causados por acidentes, agressões e ferimentos por armamentos, têm proporcionado maior demanda para os serviços de emergências.

Embora a assistência à saúde seja de longa data, somente a partir de 1933, é que o tratamento de urgência passou a ser prestado a todos os indivíduos necessitados a qualquer hora do dia e da noite, no próprio posto ou qualquer lugar acessível à ambulância e onde houvesse necessidade (ASCENSÃO, 2010).

O pronto-socorro, também denominada de Unidade de Pronto Atendimento ou Unidade de Emergência, é a unidade responsável pelos atendimentos de urgência e emergência. Seu funcionamento é ininterrupto (24 horas por dia e 365 dias por ano).



Emergência é a ocorrência de agravo à saúde, com risco iminente de vida ou que cause intenso sofrimento ao paciente, exigindo tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

Urgência é constituída de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida que também implica em atendimento médico imediato (BRASIL, 1995).

Emergência é a ocorrência de agravo à saúde, com risco iminente de vida ou que cause intenso sofrimento ao paciente, exigindo tratamento médico imediato. (BRASIL, 1995).

Urgência é constituída de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida que também implica em atendimento médico imediato (BRASIL, 1995).

2.3 CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico deve ser visto como o coração do hospital e não apenas como mais um setor, pois o hospital, cada vez mais, atende a pacientes com as mais diversas patologias e que necessitam de algum procedimento cirúrgico (NETO, 2011).

De acordo com a Resolução da ANVISA nº 307/2002, o centro cirúrgico deve conter, além das salas cirúrgicas devidamente equipadas, salas de apoio como: sala de recuperação, sala de equipamentos, sala de anatomia patológica, expurgo, vestiários (masculino e feminino), área de conforto para a equipe etc.

O planejamento eficiente da estrutura física do centro cirúrgico, bem como, dos seus processos contribuem não somente para o bom andamento dos serviços evitando gargalos e longas filas de espera desnecessárias, como também, implica minimização de custos para as instituições hospitalares e/ou outras unidades de saúde que contemplem esta unidade.

2.4 CENTRO OBSTÉTRICO

O atendimento em centro obstétrico, nos últimos anos, passou por um processo evolutivo. Atualmente, muito se discute nos meios acadêmicos e até mesmo pelos sistemas de saúde públicos a adoção de novos modelos de partos humanizados: parto de cócoras, parto na banheira, partos em casa, parto em suítes obstétricas e também a prática do alojamento conjunto (mãe e filho permanecem no mesmo ambiente).



O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto.

Mas toda unidade hospitalar tem Centro Obstétrico? Nem sempre. Quando na unidade hospitalar o número de leitos é inferior a 50, o Centro Obstétrico fica inserido junto no Centro Cirúrgico. Já em unidades hospitalares maiores, que dispõem de maternidade, geralmente, você encontrará um complexo articulado: admissão, internação, centro obstétrico e berçário (NETO, 2011).

Assim como no Centro Cirúrgico, o Centro Obstétrico também deverá ser planejado de forma que possa oferecer um atendimento de qualidade à gestante. De acordo com a RDC 36/2008, o Centro Obstétrico deve ser um ambiente reservado para o acompanhamento da gestante durante o trabalho de parto que envolve o pré-parto, parto e pós-parto.



A RDC Nº 36, DE 03 DE JUNHO DE 2008, dispõe sobre regulamento técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Para saber mais acesse o site: <www.anvisa.gov.br/hotsite/.../rdcs/RDC%20Nº%2036-2008.pdf>.

2.5 INTERNAÇÃO

A unidade de internação é o centro do hospital. De acordo com Neto (2011), todos os serviços do hospital estão voltados a atender ao paciente, porém é necessário ter em mente que a tendência é utilizar a internação hospitalar em último caso, quando as unidades de especialidades já não são o suficiente para atender à especificidade do processo de doença.

No mundo todo já existe uma tendência a reduzir internações através da redução de permanência do paciente hospitalizado, e utilizando outras modalidades de atendimento como a rede de assistência domiciliar, o que em alguns municípios tem baixado a necessidade de leitos de internação. Por outro lado, com o crescente número de pacientes com doenças crônicas e degenerativas, faz-se necessária a hospitalização de longa permanência.

2.6 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO – UTI

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, equipamentos específicos e individuais, recursos humanos especializados destinados ao diagnóstico e apoio terapêutico.

De acordo com a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, a UTI pode atender grupos etários específicos que as classificam em:

- Unidade de Terapia Intensiva – Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.
- Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

Lembre-se, a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Por isso, cabe ao gestor hospitalar inicialmente verificar essa legislação para verificar se sua instituição atende aos pré-requisitos.

3 SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Além dos serviços de assistência direta ao paciente, outros serviços são essenciais para que se possa oferecer ao paciente um atendimento integral e seguro. Trata-se dos serviços técnicos. Os serviços técnicos como o próprio nome já diz, envolve toda uma equipe de apoio técnico, que integra profissionais de diferentes áreas como: administrativos, manutenção, higienização e hotelaria.

Neste contexto se destacam as atividades desenvolvidas pelo:

- Serviço de nutrição.
- Serviço de reabilitação.
- Central de Material Esterilizado (CME).
- Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).
- Serviço de higiene e hotelaria hospitalar.

Agora, vamos conhecer cada um deles de forma mais detalhada. Vamos lá?

3.1 SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO

Os serviços de nutrição estão presentes nos três níveis de atenção ao paciente. Na atenção primária, o serviço é sistematizado e organizado através de ações de alimentação, nutrição e do cuidado nutricional integrando atividades desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde.

Entretanto, a baixa oferta de acompanhamento nutricional na rede de unidades básicas implica limitar os princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde garantida pelos princípios do SUS (BRASIL, 2009).

Na atenção secundária, este acompanhamento está interligado ao atendimento de áreas especializadas no tratamento de doenças crônicas como: diabetes *melitus* (adulto e infantil); obesidade mórbida, tratamento oncológico entre outras.

No serviço terciário, que compreende as unidades hospitalares, o serviço de nutrição é responsável por toda a alimentação fornecida ao paciente (de acordo com a prescrição médica) de forma que este se alimente de forma segura.

3.2 SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

O **serviço de reabilitação** é um serviço que não se encaixa somente como apoio ao nível terciário de atenção à saúde. Inicialmente, este serviço era visto como apoio à especialidade de ortopedia. Com a evolução das especialidades médicas, a atuação do serviço de reabilitação passou a ser necessário tanto na atenção intra-hospitalar como na extra-hospitalar.

No serviço de reabilitação atuam os seguintes profissionais: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional. Estes profissionais são responsáveis pela fisioterapia do paciente, ou seja, pelo tratamento de várias doenças que podem causar algum grau de incapacidade, como os casos mais leves (dor nas costas – lombalgia) – até lesões graves como as sequelas deixadas em casos de derrame cerebral ou AVC – Acidente Vascular Cerebral (NETO, 2011; GUIMARAES, 2007).

3.3 CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO – CME

A Central de Materiais Esterilizados (CME) é destinada a processar, limpar, empacotar, desinfetar os produtos e materiais que serão utilizados nos procedimentos ambulatoriais e, principalmente pelas unidades cirúrgicas no processo de assistência à saúde.

Muitas vezes, em se tratando de atenção primária e secundária, os serviços de esterilização são realizados em unidades terceirizadas ou até mesmo, em unidades hospitalares.

Entretanto, como nessas unidades o volume de material não é muito significativo, as unidades possuem pequenas centrais de esterilização também chamadas de estufas.

De acordo com Neto (2011), a CME é a unidade responsável por processar e devolver ao Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico os materiais em condições de uso.

O planejamento desta unidade vai depender muito da capacidade de cirurgias que a instituição realiza e também dos processos de trabalho utilizados pela equipe. Entretanto, a falta de planejamento e protocolos bem definidos de cada um dos processos a ser realizado pela equipe poderá acarretar em riscos para o paciente (FELDMANN, 2008).

Por **processar** entende-se um conjunto de operações destinadas a: descontaminar, limpar, embalar, desinfetar, controlar a qualidade, estocar e distribuir.

3.4 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

O serviço de arquivo médico e estatística (SAME) é responsável pela guarda dos documentos do prontuário médico dos pacientes por um período de 20 anos, nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.



Entende-se por **prontuário médico** “o repositório das informações reunidas durante o processo de atendimento do paciente, utilizado por todos os profissionais envolvidos na assistência”. (NETO, 2011, p. 245).

Embora, este serviço fique responsável pela guarda dos documentos, é importante salientar que o prontuário é do paciente. Por isso, a necessidade de se criar protocolos sobre como serão realizados os arquivos, e também, em que casos serão disponibilizadas cópias destes documentos ao paciente e sua utilização ou circulação pelas instituições de saúde.

Em grandes instituições o prontuário físico, já vem substituído por prontuários eletrônicos, o que facilita o fluxo de informação e o seu controle. Porém, este novo modelo está em discussão, devido aos documentos necessitarem de assinatura dos profissionais e por isso, a discussão está centrada nas assinaturas eletrônicas (NETO, 2011). Outra preocupação está em como manter o sigilo, rastreabilidade e responsabilidade dos registros realizados, garantindo a segurança do paciente.

3.5 SERVIÇO DE HIGIENE E HOTELARIA HOSPITALAR

O hospital, embora com suas características únicas e desagregáveis, deve se valer de seus princípios e valores para se tornar uma instituição efetivamente social e integrativa capaz de diferenciá-la das demais, que infelizmente ainda são extremamente burocráticas, autoritárias e engessadas.

Neste contexto, o serviço de higiene e hotelaria hospitalar é essencial para que o paciente se sinta confortável e bem hospedado, desta forma, ele deixa de ser “paciente” e passa a ser visto como um “hóspede” da instituição (GUIMARÃES, 2007).



A hotelaria hospitalar é um serviço de hotelaria adaptado ao meio hospitalar, que humaniza as condutas e os ambientes e procura inserir todos os envolvidos com os vínculos de respeito, atenção, presteza ao usuário (TARABOULSI, 2009).

Ou seja, a hotelaria hospitalar nada mais é do que a introdução de técnicas, procedimentos e serviços que visem ao benefício, tanto de origem social e físico como emocional e psicológico, tanto do paciente quanto de familiares. A hotelaria hospitalar envolve:

- Arquitetura hospitalar.
- Automação hoteleira.

- Hospitalidade.
- Meios de hospedagem.
- Serviços criativos.
- Higiene e limpeza.
- Bioética.
- Biossegurança.

Mas se estamos falando em organização dos serviços de saúde, como devemos organizar a hotelaria hospitalar? Na verdade, a organização da hotelaria em unidades hospitalares, vai depender do tamanho de sua estrutura e da natureza de suas atividades, seu planejamento e as estratégias de mercado.



Para você aprofundar seus conhecimentos sobre a hotelaria hospitalar, recomendo a leitura do artigo "Os cinco sentidos da hospitalidade". Disponível em: <<http://www.periodicodeturismo.com.br/site/artigo/pdf/OS%20CINCO%20SENTIDOS%20DA%20HOSPITALIDADE.pdf>>.

4 SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os serviços de diagnósticos e terapêuticos (SADT) são os serviços complementares que ajudarão o médico no diagnóstico e prevenção da doença do paciente nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. De acordo com Oliveira e Cruz (2011), não há um conceito e/ou definição universal utilizado para descrever este serviço, porém, o próprio nome já deixa claro qual sua função.

Neste contexto de atividades, destaca-se a atuação dos:

- Laboratórios de Análises Clínicas.
- Diagnóstico por Imagem.
- Banco de Sangue.

4.1 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

O laboratório de análises clínicas tem um papel muito importante, pois cerca de 70% das decisões médicas são baseadas nos exames de laboratório. De acordo com Faulhaber e Cruz (2011) sua finalidade é fornecer ao profissional médico informações capazes de:

- Detectar doenças existentes e/ou a predisposição a elas.
- Confirmar ou rejeitar um diagnóstico inicial.
- Estabelecer um prognóstico.
- Conduzir o tratamento para o paciente.
- Monitorar a evolução e o tratamento da saúde do paciente.

Geralmente, os serviços de análises clínicas são serviços privados, onde a disponibilização pelo SUS – Sistema Único de Saúde – acontece através de pactuação entre os envolvidos com a interferência do gestor de saúde.

Assim, na atenção primária e secundária para a realização de exames laboratoriais os usuários necessitam se deslocar até o posto de coleta do laboratório. Na assistência terciária, este serviço encontra-se localizado dentro das unidades hospitalares, e são responsáveis pela coleta, análises e resultados dos exames durante o período de hospitalização.

Para atingir um nível de qualidade e segurança para o paciente, estes serviços são monitorados e certificados por sistemas de qualidade responsáveis por auditar os padrões e normas referentes aos processos adotados pela instituição.

4.2 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os serviços de diagnósticos por imagem também é um serviço que oferece o apoio ao diagnóstico do paciente nos três níveis de atenção a saúde. O **Raio-X** foi o primeiro serviço de diagnóstico a ser descoberto no século XIX (OLIVEIRA; CRUZ, 2011).

Com a evolução da medicina outros exames diagnósticos por imagem foram surgindo e atualmente, pertencem a esta classe os serviços de:

- Radiografia (Raio-x).
- Mamografia.
- Ultrassonografia.
- Tomografia computadorizada.
- Ressonância magnética.

- Radiologia intervencionista.
- Angiografia.
- Densitometria óssea.
- Tomografia por emissão de positrões.
- Medicina nuclear.

De acordo com Foppa e Santos (2012, p. 198) os “métodos de imagem são ferramentas fundamentais na avaliação e manejo dos pacientes com doença ou risco de doença [...]. Os exames de imagem permitem adicionar novas informações a esse raciocínio e, por isso, são chamados exames complementares”.

4.3 BANCO DE SANGUE

Inicialmente, a terminologia utilizada era banco de sangue. Na década de 80, criou-se o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, visando à implantação de hemocentros e hemonúcleos que fazem parte das Hemo-Redes Estaduais.

Cabe ao hemocentro a captação de doação, coleta, processamento, sorologia, imonuhematologia, ensino e pesquisa. O hemonúcleo é subordinado ao hemocentro e suas atividades são semelhantes aos hemocentros, porém com uma cobertura territorial bem menor (BARRETO; NETO, 2011).

Além disso, existem as agências transfusionais, que realizam serviços específicos para alguma instituição (como nos casos dos hospitais) estas agências são responsáveis pela guarda do hemocomponentes, pelas prova pré-transfusionais e pelo ato transfusional quando necessário.



A portaria nº 1.353 de 13 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos.

Visando esclarecer a população sobre a importância e os cuidados a serem tomados em relação à doação de sangue, o Ministério da Saúde lançou em 2008 o Caderno de Informação: sangue e hemoderivados: produção hemoterápica: Sistema Único de Saúde – SUS (serviços públicos e privados contratados) e serviços privados não contratados ao SUS.

FONTE: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Sangue%20e%20Hemoderivados_Azul.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.



AZEVEDO, Luciano Cesar Pontes de. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** – 2ª. Ed.; São Paulo: Atheneu, 2011.

Apresenta de forma objetiva o desenvolvimento da saúde pública brasileira no século XX, e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). De forma criativa e inteligente o texto desenrola-se comparativamente às mudanças experimentadas pela legislação que acompanham a evolução político-social, cuja base são os direitos da cidadania, englobando o direito da Saúde.



O livro é composto por seis capítulos que resumem o percurso do sistema de saúde brasileiro, desde o despontar de sua conformação para poucos nos primeiros anos da república até a sua trajetória mais recente, buscando consolidar-se como um sistema de saúde para todos.

5 PRODUTIVIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

5.1 CONCEITOS DE PRODUTIVIDADE

O termo **produtividade**, atualmente, é muito utilizado em diversas situações do cotidiano, mas o que vem a ser produtividade?

O termo produtividade foi utilizado pela primeira vez por Littre em 1883, como sinônimo de capacidade para produzir. Porém, devido ao processo evolutivo no início do século XX, o termo assumiu outro significado, relacionando o termo as quantidades produzidas (*output*) e os recursos empregados na produção (*input*) (MARTINS; LAUGENI, 2005).

De acordo com a Comunidade Econômica Europeia, produtividade é “o quociente obtido pela divisão do produzido por um dos fatores de produção”. (MARTINS; LAUGENI, 2005, p. 13).

Sim, devemos lembrar que as alterações ambientais e também os fatores sociais estão integrados ao estado de saúde da população.

No Dicionário de Economia, você encontrará o seguinte conceito: “produtividade é o resultado da divisão da produção física obtida numa unidade de tempo (hora, dia, ano) por um dos fatores empregados na produção (trabalho, terra, capital)”. (SANDRONI, 1999, p. 286).

Inicialmente o conceito de produtividade foi relacionado a custos e qualidade, atualmente este já abrange questões sociais, ambientais e econômicas.

Por isso, da importância de se considerar estas variáveis neste contexto. Você conseguirá visualizar melhor esta integração ao estudar a Unidade 3 desta disciplina, onde vamos verificar a aplicabilidade destes conceitos na gestão humanizada das instituições de saúde.

5.2 INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

Os benefícios gerados pelo aumento contínuo da produtividade são importantes tanto para as instituições como para sociedade em geral. Por isso, a importância de se utilizar os indicadores na avaliação da produtividade e também como uma ferramenta de gestão (MARTINS; LAUGENI, 2005).

Devido à complexidade que envolve as instituições de saúde faz com que seja impossível medir produtividade com um único índice, tornando-se necessária a utilização de um conjunto de indicadores (BITTAR, 1996).

Paladini (2002) conceitua indicador como sendo um mecanismo de avaliação em bases mensuráveis representados por números, cuja função é expressar os resultados das ações estruturadas com objetivos definidos inicialmente.



Caro(a) acadêmico(a)! Lembre-se de que na utilização de indicadores de produtividade e qualidade em instituições de saúde é necessário considerar a estrutura da organização, a qualidade do material disponível e o impacto do atendimento prestado (LONDONO; MOREIRA; LAVERDE; 2003).

Entre os critérios utilizados para medir a produtividade, o mais utilizado é o quociente entre o número de unidades produzidas por funcionários de diferentes setores. A partir desta fórmula é possível identificar as deficiências em termos de produtividade da mão de obra e suas causas. Tal critério indica quanto de melhoria se pode almejar com certa possibilidade de êxito (DRUCKER, 1989)

Várias pesquisas sobre a mensuração da produtividade no contexto da saúde evidenciam a necessidade de reestruturação nos modelos existentes de mensuração (DAMASCENO, 2008). No quadro a seguir, você observará uma proposta de indicadores de produtividade e qualidade comumente utilizados na área de saúde.

QUADRO 3 – INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

FINALIDADE	EQUAÇÃO
Estabelecer a produtividade em função da relação entre atendimento e as horas trabalhadas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de horas trabalhadas}}$
Planejar o número de leitos hospitalares e de recursos correlatos.	$\frac{\text{Quantidade de recursos físicos}}{\text{Total de usuários}}$
Determinar o nível de utilização dos recursos.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recursos utilizados} \times 100}{\text{Total de recursos disponíveis}}$
Determinar a qualidade dos serviços prestados em função da satisfação do usuário.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas satisfeitas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas atendidas}}$

FONTE: Londono, Morera, Laverde (2003)

Quando comparamos as organizações das indústrias, e afirmamos que é possível adequar as ferramentas aos hospitais, é devido à tamanha aderência e o resultado operacional que se obtém com sua aplicação ao ambiente hospitalar (SALU, 2013).

Mas, o que fazer quando os indicadores de acompanhamento utilizados não permitem à organização uma análise correta sobre a situação da instituição ou do mercado em que esta opera?

Atualmente, sem a produtividade e certo grau de eficiência, as organizações dificilmente serão bem-sucedidas no mercado. O alto grau de exigência dos consumidores faz com que a gestão da produtividade se torne um dos quesitos principais na formulação das estratégias de competitividade das organizações (CORREA, 2010).

Evidentemente que o tema produtividade é bem mais extenso do que foi apresentado neste tópico, porém, este tema é uma complementação à gestão da qualidade. Pois, como você pode perceber, a qualidade interfere diretamente na produtividade, uma vez, que a falta de qualidade envolve retrabalho e adequação dos produtos.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você teve a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre a organização dos serviços de assistência à saúde, no qual foram abordados os seguintes temas:

- Serviços de assistência direta ao paciente.
- Os serviços técnicos de assistência à saúde.
- Os serviços diagnósticos de assistência à saúde.
- A influência da produtividade na qualidade dos serviços.

AUTOATIVIDADE



- 1 Com base na leitura desta unidade responda: em seu município, como estão organizados os serviços terciários de assistência direta ao paciente?
- 2 Escolha uma unidade hospitalar próximo a você e verifique como funciona o serviço de diagnóstico por imagem para oferta de serviços pelo SUS.

A QUALIDADE EM SAÚDE: PRINCÍPIOS BÁSICOS FERRAMENTAS NA GESTÃO DA SAÚDE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, o(a) acadêmico(a) estará apto(a) a:

- compreender a evolução da qualidade e dos seus sistemas de gestão;
- conhecer as ferramentas e sua aplicação na resolução de problemas;
- analisar e solucionar problemas referentes à qualidade;
- reconhecer os indicadores necessários para análise da qualidade.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos e, no final de cada um deles, você terá a oportunidade de fixar seus conhecimentos, realizando as atividades propostas.

TÓPICO 1 – GESTÃO DA QUALIDADE: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO E CONCEITOS

TÓPICO 2 – QUALIDADE TOTAL NO GERENCIAMENTO DA SAÚDE

TÓPICO 3 – FERRAMENTAS E INDICADORES DA QUALIDADE APLICADOS À SAÚDE

GESTÃO DA QUALIDADE: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO E CONCEITOS

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde é bastante antiga, pois, trata-se de atividades cujos resultados dependem de vários processos iniciais. O número de insatisfação em relação aos serviços prestados pelas instituições de saúde tem crescido muito nos últimos anos. Nem sempre, tal problemática tem relação direta com o atendimento oferecido às pessoas. Faz parte de um conjunto de ações: longas filas de espera, falta de infraestrutura, procedimentos caros e inacessíveis a todas as classes sociais, fazem parte deste contexto.

Inicialmente, a preocupação com a qualidade estava focada nas indústrias. Nas últimas décadas, esta preocupação estendeu-se para as áreas de serviços, principalmente devido à dificuldade que se tem em mensurar os desvios e ineficiência dos serviços prestados.

Desta forma, a preocupação com a qualidade está deixando de ser um diferencial de mercado, para se tornar um pré-requisito básico à sobrevivência das instituições frente à competitividade.

Mas como a qualidade pode ajudar as instituições? Ao se preocupar com a qualidade e adotar um sistema de gestão baseado na qualidade, a empresa amplia seus horizontes de forma que contemple não apenas seu público externo, mas estendem estes novos conceitos ao público interno também, visando à satisfação de todos os envolvidos no processo de tratamento e/ou prevenção da saúde.

Desta forma, nosso objetivo, nesta unidade, é de inicialmente repassar conceitos básicos de qualidade nos serviços de saúde, juntamente com a sua evolução histórica para que você compreenda o processo da qualidade.

2 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA QUALIDADE

Desde as primeiras civilizações sempre se buscou o aperfeiçoamento das tarefas tentando melhorá-las de todas as formas, ou seja, com qualidade. Por isso, pode-se dizer que o conceito de qualidade é bastante antigo, surgiu há milênios e é tão antigo quanto à história do homem. (GARVIN, 1997). Mas, foi com a implantação das linhas de produção em massa pelas indústrias que este conceito se tornou formal, e por muitos anos, permaneceu atrelado exclusivamente a setores de produção e operações.

Os conceitos de qualidade que norteiam os programas até hoje, nasceram, basicamente, nos Estados Unidos, porém, sua aplicabilidade se deu no Japão por ser o primeiro país a adotar tais conceitos em seus processos produtivos.

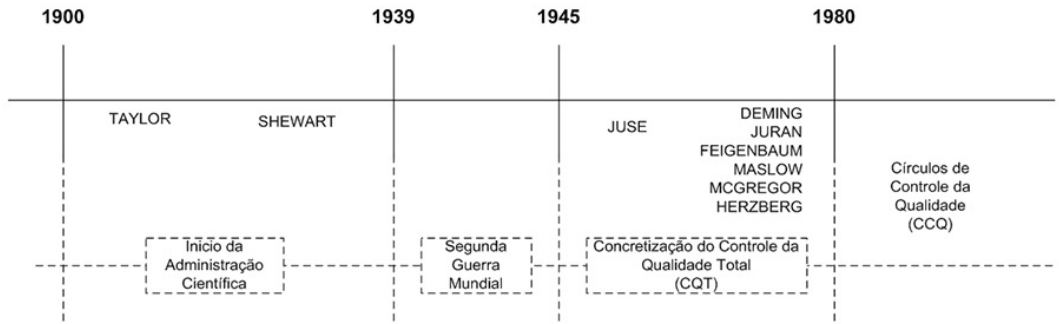
2.1 AS ERAS DA QUALIDADE

Ao longo dos anos, o conceito de qualidade passou por uma série de mudanças. Essas mudanças foram definidas por Garvin (1997) como “eras da qualidade”. As eras foram divididas em quatro períodos:

- a) **Era da inspeção:** a era da inspeção surgiu pouco antes da Revolução Industrial com a necessidade da produção em massa e tinha como principal interesse a verificação do produto, com ênfase na uniformidade.
- b) **Era do controle estatístico da qualidade:** surgiu na década de 30, implementada por Shewhart, que permitia monitorar o processo produtivo e identificar a necessidade de fazer ações de melhoria.
- c) **Era da gestão estratégica da qualidade:** na era da garantia da qualidade, a prevenção de problemas continuava sendo o foco principal, mas passaram a utilizar outros instrumentos de controle além da estatística, como: a quantificação de custos da qualidade.
- d) **Era da gestão total da qualidade:** na era da gestão da qualidade, o foco principal é o impacto estratégico. O controle da qualidade significa uma oportunidade de diferenciação da concorrência. A ênfase nesta era está no cliente e nas suas necessidades.

Ao analisar as eras da qualidade, podemos verificar todo um processo evolutivo até chegarmos aos objetivos que norteiam os nossos programas atuais de qualidade: qual seja, o de atender ao cliente e suas necessidades da melhor forma possível. Da mesma forma, Maximiano (2005), coloca que o período atual é o da era da qualidade total, onde a ênfase da qualidade passa por todos os envolvidos no processo sob uma visão sistêmica, onde todos são responsáveis pela garantia de qualidade dos serviços, no caso das instituições e/ou serviços de saúde desde médicos, enfermeiros aos gestores.

FIGURA 4 – DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE



FONTE: Adaptado de Seleme e Standler (2010)

Mas, qual é a relação da qualidade com a área da saúde? Toda a formação profissional da saúde é orientada no sentido de melhoria. Assim, se pensarmos um pouco, veremos que, o conceito de qualidade evolui tanto quanto os grandes avanços na medicina. Tais avanços só foram possíveis, porque em algum momento, as pessoas pensaram em melhorias (NOGUEIRA, 2003).

2.2 OS GURUS DA QUALIDADE EM SAÚDE

Se você, caro(a) acadêmico(a), aprofundar os estudos da evolução da qualidade, encontrará alguns nomes que foram muito importantes no processo. Esses estudiosos hoje são conhecidos mundialmente como sendo os Gurus da Qualidade.



“O que eles têm em comum é que fizeram parte da história, tanto pela contribuição teórica como pela intervenção em empresas”. (CARVALHO, 2005, p. 10).

- **SHEWHART:** Se dedicou a estudar o Controle estatístico da qualidade (CEP) e propôs a utilização do ciclo PDCA (*plan-do-check-act*).
- **DEMING:** Criou os 14 princípios da Demming e desenvolveu o controle estatístico do processo (CEP).
- **JURAN:** Desenvolveu os 10 pontos de Juran, e estudou a trilogia do plano de melhoria da qualidade.

- **CROSBY:** Criou os 14 pontos de Crosby e desenvolveu a teoria do Defeito Zero.
- **ISHIKAWA:** Desenvolveu o controle da qualidade por toda a empresa (*Company Wide Quality Control – CWQC*) e também as sete ferramentas da qualidade que veremos ao longo de nossos estudos.

A figura a seguir apresenta os princípios de Demming, Juran e Crosby. Você verá, nos próximos tópicos, a aplicabilidade destas contribuições quando estudaremos sobre as ferramentas da qualidade.

FIGURA 5 – PRINCÍPIOS DESENVOLVIDOS POR DEMMING, CROSBY E JURAN

14 princípios de Demming 1 - Criar uma visão consistente para a melhoria de um produto ou serviço objetivando tornar-se competitivo e manter-se em atividade. 2 - Adote a nova filosofia e assuma a sua liderança na empresa. 3 - Termine com a dependência da inspeção como via para a qualidade. 4 - Minimize os custos com a seleção de um fornecedor preferencial. 5 - Melhore de uma forma constante e contínua cada processo. 6 - Promova a aprendizagem no terreno. 7 - Encare a liderança como algo que todos podem aprender. 8 - Não lidere com base no medo. Evite usar um estilo autoritário de gestão. 9 - Destrua as barreiras entre os departamentos funcionais. 10 - Elimine as campanhas ou slogans com base na imposição de metas. 11 - Abandone a gestão por objetivos com base em indicadores quantitativos. 12 - Não classifique o desempenho de formação para todos os empregadores. 13 - Crie um ambicioso programa de formação para todos os empregadores. 14 - Imponha a mudança como sendo uma tarefa de todos os trabalhadores.	14 princípios de Crosby 1 - Comprometimento da Gerência; 2 - A equipe de Melhoria da Qualidade; 3 - Cálculo da Qualidade; 4 - Avaliação do Custo da Qualidade; 5 - Conscientização; 6 - Ação corretiva; 7 - Estabelecimento de um Comitê Especial para o Programa Zero Defeito 8 - Treinamento de Supervisores;
	14 pontos de Juran 1 - Construir a consciência a respeito da necessidade e a oportunidade de buscar a melhoria. 2 - Definir os objetivos da melhoria. 3 - Organizar tudo de forma a alcançar os objetivos (determinar um comitê de qualidade, identificar os problemas, selecionar os projetos, designar grupos de trabalho, escolher facilitadores). 4 - Ministrando treinamento. 5 - Atuar projetos para resolver problemas. 6 - Reportar os progressos. 7 - Atribuir reconhecimentos.

FONTE: CORRÊA (2010, p. 17)

Na área da saúde, também temos alguns nomes que se destacaram quando o assunto foi melhoria da qualidade, como é o caso da enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910). Essa enfermeira implantou, em 1854, o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, através da utilização de gráficos e dados estatísticos. Seus estudos foram muito importantes durante a Segunda Guerra Mundial, e contribuíram para minimizar o número de mortes durante o período da guerra.



Florence Nightingale (1820-1910): Enfermeira inglesa nascida na cidade italiana de Florença. Com seu trabalho lançou as bases dos modernos serviços de enfermagem, ganhando fama, portanto, como fundadora da profissão de enfermeira e como reformadora do sistema de saúde. Após se formar por uma instituição protestante de Kaiserswerth, Alemanha, transferiu-se para Londres, onde passou a trabalhar como superintendente de um hospital de caridade. Sempre interessada pela enfermagem, durante a guerra da Crimeia (1854-1856), integrou o corpo de enfermagem britânico como enfermeira-chefe do exército, em Scutari, Turquia. Durante a guerra constatou que a falta de higiene e as doenças matavam grande número de soldados hospitalizados por ferimentos. Assim desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infraestrutura hospitalar que a tornou conhecida em toda a frente de batalha, consagrando a assistência aos enfermos em hospitais de campanha. Suas reformas reduziram a taxa de mortalidade em seu hospital militar de 42,7% para 2,2% e voltou famosa da guerra e logo passou a batalhar, com considerável sucesso, pela reforma do sistema militar de saúde.

FONTE: Extraído de: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/FlorNigh.html>>. Acesso em: 16 jul. 2013.

Nogueira (2003) destaca ainda neste contexto, a participação do médico pediatra Donald Berwick, que juntamente com Paul Batalden, estudaram os conceitos de "melhoria de qualidade" utilizados na Toyota e na NASA, desafiando a aplicá-las à prática da medicina.



Donald M. Berwick (nascido em 1946), começou sua carreira como pediatra em Harvard com o Plano Comunitário de Saúde. Em 1983, ele se tornou o primeiro vice-presidente de Qualidade de Cuidados de medição do plano. Nessa posição, Berwick investigou medidas de controle de qualidade em outras indústrias como a aeronáutica e de produção e teve considerada a sua aplicação em ambientes de cuidados de saúde. De 1987-1991, Berwick foi cofundador e coinvestigador principal do Projeto Demonstrativo da Melhoria da Qualidade em Cuidados de Saúde, concebido para explorar as oportunidades de melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. Com base neste trabalho, Berwick deixou Harvard com o Plano Comunitário de Saúde em 1989 e cofundador da IHI (*Institute for Healthcare Improvement*).

FONTE: Extraído de: <http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Donald_Berwick&prev=/search%3Fq%3DDonald%2BBerwick>. Acesso em: 16 jul. 2013.

Mas como aplicar os conceitos de qualidade voltados à indústria no setor de saúde? Neste sentido, Berwick (1995) coloca que é possível utilizar os conceitos de qualidade utilizados na indústria adaptando-as às necessidades do setor de saúde, pois, é possível aplicar as ferramentas da qualidade para a resolução de problemas.

3 CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE

Definir qualidade, muitas vezes, é bastante complexo e em saúde o desafio se torna maior, pois, envolve a percepção das pessoas. E, com isso os termos podem ser utilizados de acordo com as situações distintas do nosso cotidiano, conforme a aplicação recebe significados diferentes.

O termo qualidade é originário do latim *qualitate*. É utilizado em diversas situações, pois podemos fazer referências à qualidade de vida das pessoas, da qualidade de um serviço prestado, da qualidade em saúde, da qualidade de um tratamento (SELEME; STANDLER, 2010).

Por isso, quando o objetivo é avaliar a qualidade em saúde não podemos utilizar apenas termos técnicos, é necessário inicialmente identificar e reconhecer as preferências individuais e sociais dos envolvidos, buscando a garantia da equidade.



Qualidade, segundo o dicionário Aurélio, Ferreira (2009, p. 112), é a “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas que as distingue das outras e lhes determina a natureza. Dote, virtude”.

Para Silva (2001, p. 449), “qualidade é a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que propiciam a habilidade de satisfazer dadas necessidades”.

Mezomo (1995) afirma que a qualidade de um produto ou de um serviço é avaliada de acordo com a percepção de cada pessoa. O que pode ser considerado um serviço de qualidade para uns, para outros pode não ser, ou seja, desta forma, os serviços e/ou produtos devem adequar-se aos desejos dos clientes.

Em se tratando da área da saúde, um dos mestres da qualidade em saúde Avedis Donabedian (apud MEZONO, 1995, p. 73), coloca que qualidade é

uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e valores sociais existentes.

Nas instituições de saúde, o paciente ao ser atendido, não avalia tecnicamente o serviço, ou seja, a conduta médica, porém, poderá e com certeza vai avaliar, a forma como a recepcionista fez a abordagem inicial, a prontidão com que suas dúvidas foram esclarecidas pela equipe técnica, a qualidade da comida ofertada, entre outros aspectos com os quais este se remeterá durante o atendimento.

Assim neste contexto, Las Casas (1999), elenca quatro dimensões importantes da qualidade em serviços:

- a) **Confiabilidade:** é importante fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa.
- b) **Segurança:** clientes querem sentir, transmitir segurança e confiança, caracterizadas pelo conhecimento e cortesia da equipe.
- c) **Aspectos tangíveis:** os aspectos físicos que circundam a atividade de prestação de serviço também têm sua importância como fator de influência, como instalações, equipamentos, aparência dos colaboradores etc.
- d) **Empatia:** grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes, como a capacidade de se colocar no lugar dos outros e, também, a receptividade, que é a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza.

Na mesma visão de Las Casas (1999), em se tratando de serviços de saúde Donabedian (1978) entende a qualidade em três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental.

A **técnica** diz respeito aos conhecimentos técnicos e científicos utilizados na solução do problema do paciente.

A **interpessoal** se refere à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente.

A **ambiental** diz respeito às comodidades como conforto e bem-estar oferecidos ao paciente.

QUADRO 4 – OS SETE PILARES DA QUALIDADE SEGUNDO DONABEDIAN

EFICÁCIA: capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

OTIMIZAÇÃO: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

ACEITABILIDADE: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQUIDADE: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

FONTE: DONABEDIAN, A. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde.** trad.: Roberto Passos Nogueira. Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

Vamos refletir um pouco. Quem de nós em algum momento já não foi paciente? Relembre todos os sentimentos confusos que surgiram nesse momento: medo, raiva do sistema de saúde, frustração, dor, apreensão, nervosismo, ansiedade, e poderíamos citar muitos outros mais não é mesmo?

Bem, diante disso, se deparamos com um paciente carente, muitas vezes resistente ao tratamento, ainda precisamos lembrar que: “O fato é que o paciente é um cliente, se tivesse escolha, não desejaria utilizar os nossos serviços”. (NOGUEIRA, 2003. p. 27-28).

Por isso, a importância de tentarmos atender as suas necessidades em todas as dimensões com qualidade e também compreendermos a dificuldade de se avaliar a qualidade em serviços, pois, serviços são intangíveis, ou seja, os fatores partem de vivências e de difícil padronização, por ser uma avaliação que necessita da presença e da participação do cliente.



RESUMO DO TÓPICO 1

Caro(a) Acadêmico(a)! Neste primeiro tópico, você estudou os seguintes aspectos:

- A história da qualidade e sua evolução.
- As eras da qualidade.
- Os gurus da qualidade.
- Os conceitos da qualidade e de qualidade em saúde.

AUTOATIVIDADE



Descreva de que forma os funcionários da organização influenciam na construção de serviço de qualidade.

QUALIDADE TOTAL NO GERENCIAMENTO DA SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

No Tópico 1 desta unidade, você estudou os conceitos da qualidade e sua evolução ao longo dos anos. Além disso, você teve conhecimento das contribuições de alguns pesquisadores que se tornaram os gurus da qualidade, pois contribuíram para melhorar a aplicabilidade do conceito em diversas situações do cotidiano.

Dando continuidade ao estudo sobre qualidade, no Tópico 2, veremos como surgiu a Gestão da Qualidade Total (TQM) na área da saúde, qual sua origem, e porque as organizações de saúde estão adaptando seus processos em busca de uma certificação.

2 GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL

A qualidade sempre foi um problema a ser administrado pelos gestores. Vimos, no Tópico 1, que inicialmente este problema estava sob a responsabilidade dos departamentos de controle de qualidade de produtos nas indústrias. Com a evolução dos processos, a competitividade do mercado e com usuários cada vez mais exigentes, a visão de qualidade total foi estendida a outros departamentos das organizações dando origem aos sistemas de qualidade.

Mas o que quer dizer qualidade total? Chiavenato (2000, p. 433) afirma que a qualidade total tem “como objetivo o acréscimo de valor contínuo [...] aprimoramento contínuo e gradual, implementado por meio do desenvolvimento ativo e comprometido de todos os membros da organização no que ela faz e na maneira como as coisas são feitas”.

A origem da **qualidade total** foi na década de 50, com base na visão japonesa conhecida como CWQC (*Company-wide-Quality-Control*) e na visão norte-americana chamada TQC (*Total Quality Control*). Com o passar dos anos ambos os modelos passaram por um processo evolutivo. Enquanto os norte-

americanos voltavam suas atenções para a detecção de problemas, os japoneses estavam preocupados com o desenvolvimento de processos eficazes que além de detectar, também, solucionavam os problemas. Todo este processo evolutivo resultou no TQM (*Total Quality Manegent*), ou seja, na Gestão pela Qualidade Total (MIGUEL, 2005).

A **Gestão pela qualidade total** ou *Total Quality Management* (TQM) é uma visão da qualidade de forma mais ampla que abrange vários setores econômicos: indústria, serviços e comércio. A TQM é constituída por várias atividades/ações que devem ser adotadas pela empresa para alcançar a melhor qualidade e se tornar competitiva no mercado.

Neste sentido, Miguel (2005, p. 53) afirma que a TQM é,

um sistema estruturado que visa satisfazer clientes internos e externos, além dos fornecedores, integrando o ambiente de negócios com a melhoria contínua, através de ciclos de desenvolvimento, melhoria e manutenção aliados a uma mudança cultural na organização.

Autores como Feigenbaum (1986 apud SLACK et al., 1999) afirmam que a TQM é um sistema eficaz que integra esforços no desenvolvimento, manutenção e melhoria da qualidade, permitindo a redução de custos dos serviços de forma que atendam plenamente à satisfação do consumidor.

Um dos primeiros passos para alcançar e manter a qualidade total seja na produção ou na prestação de serviços é a padronização dos processos, ou seja, fazer com que todas as organizações desenvolvam os serviços utilizando os mesmos critérios e normas. Vamos ver como isso ajuda no processo da gestão da qualidade?

2.1 PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS

Os processos são essenciais para a gestão de qualquer instituição. Qualquer produto resultante do trabalho humano é fruto de um processo. Mas o que é um processo?



“Processo é o conjunto de causas que gera um determinado efeito ou [...] um conjunto de meios para se chegar a um determinado fim”. (NOGUEIRA, 2003, p. 33).

Por que é importante padronizar esses processos?

Quantas vezes você já deparou com a situação de treinar um colaborador novo do seu “jeito”? A padronização é a forma de uniformizar, reduzir riscos, fazer com que cada pessoa se sinta seguro ao realizar uma tarefa.



A padronização é o instrumento que garante a manutenção da qualidade (NOGUEIRA, 2003).

Na conjuntura econômica atual, a competitividade faz com que as exigências sejam cada vez mais crescentes, as organizações dependem de sua capacidade de incorporação de novas tecnologias de produtos, processos e serviços.

Nas instituições de saúde, implantar novas tecnologias tem sido um desafio frente à problemática dos baixos repasses pelos sistemas de saúde pelos serviços prestados. Entretanto, cada vez mais há a necessidade de se inovar e paralelamente minimizar custos.

Neste sentido, cada vez mais a padronização tem sido utilizada como meio para se alcançar a redução de custo dos serviços, evitando desperdício e retrabalhos e consequentemente mantendo um padrão de qualidade. Campos (1990) coloca que os padrões permitem ganhos de produtividade, a partir do momento que se consegue comunicar de modo simples o conhecimento técnico e gerencial às pessoas responsáveis pela execução dos processos e/ou tarefas.



Lembre que a descrição dos processos e padrões deve ser simples e objetiva.

Todo sistema de padronização ou protocolo necessita de acompanhamento. É necessário sempre controlar as alterações para que somente as últimas versões estejam disponíveis para uso, para que não ocorra o uso de documentos obsoletos. Assim, é muito importante que no documento conste, o número do protocolo, a data de revisão e o responsável pela alteração e aprovação (Figura a seguir).

FIGURA 6 – MODELO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

HOSPITAL PADRÃO S.A	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Nº: DATA EMISSÃO:
TAREFA: <i>MEDIDA TEMPERATURA</i> EXECUTANTE: <i>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</i>		REVISÃO Nº: DATA DESTA REVISÃO:
RESULTADOS ESPERADOS: <i>- Medidas acuradas (índice de erro menor que 1%).</i> <i>- Registro preciso (índice de erro/omissão menor que 1%).</i>		
PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS: <i>- Bandeja com termômetro em seu frasco com algodão e álcool iodado, gaze seca, caneta, folha de registro de temperatura, relógio com ponteiro de segundos.</i>		
PRINCIPAIS ATIVIDADES: <i>1 - Informar o procedimento ao paciente.</i> <i>2 - Retirar o termômetro do frasco.</i> <i>3 - Enxugá-lo com gaze seca.</i> <i>4 - Observar temperatura indicada e ajustá-la, se necessário, para menor ou igual a 35°C.</i> <i>5 - Colocar o termômetro sob a axila do paciente, com o bulbo em contato com a pele.</i> <i>6 - Marcar três minutos no relógio, iniciando no momento em que o termômetro é colocado em posição.</i> <i>7 - Decorridos três minutos, retirar o termômetro, fazer a leitura até décimos de grau e registrar na folha própria.</i> <i>8 - Agitar o termômetro até marcar 35°C ou menos e recolocá-lo no recipiente.</i>		
CUIDADOS: <i>- Nunca iniciar o procedimento sem conferir antes a temperatura já marcada no termômetro.</i> <i>- O bulbo deverá ficar sempre em contato com a pele do paciente.</i> <i>- Segurar firmemente o termômetro para agitá-lo, evitando que caia e se quebre.</i>		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE: <i>- Qualquer temperatura acima de 38°C, além de registrada, deverá ser comunicada imediatamente à supervisora.</i>		
PREPARADO POR: _____ _____		APROVADO POR: _____

FONTE: Nogueira (2003, p. 66)



Caro(a) acadêmico(a)! O documento de padronização também é conhecido como Protocolo ou Procedimento Operacional Padrão – POP.

Lousana e Conceição (2007) coloca que os POPs referentes a um processo devem ser documentados. Os procedimentos podem ser apresentados em forma de texto, fluxogramas, tabelas, ou ainda uma combinação destes, de acordo com a necessidade da organização. Porém, a autora salienta que há a necessidade que o POP apresente os seguintes itens:

- Título.
- Propósito.
- Escopo.
- Responsabilidade e autoridade.
- Descrição de Atividades.
- Registro.
- Apêndices.
- Análise crítica, aprovação e revisão.
- Identificação das alterações.

Geralmente, para a elaboração de um POP também é utilizada a ferramenta 4W1H, juntamente com o método PCDA:

- Qual (What).
- Quem (Who).
- Quando (When).
- Onde (Where) e.
- Como (How).

Os 4W são referentes à fase P (planejamento) do PDCA e o 1H corresponde ao D (execução) do PDCA. Mas para complementar o PDCA, precisaremos do C e do A, certo? O “C” corresponderá às condições de verificação se o processo foi realizado corretamente. E, o “A”, corresponde à condição de caso o processo não tenha sido executado corretamente, o que deverá ser feito para corrigir.



Como você pôde observar, não existe um modelo padrão a ser seguido para a construção do POP. As instituições elaboram os POPs a partir das suas necessidades.

2.2 CERTIFICAÇÕES E PRÊMIOS DA QUALIDADE

As instituições da área de saúde buscam a certificação da qualidade através da acreditação. De acordo com a Organização Nacional da Saúde (ONA, 2007), a “Acreditação é o procedimento pelo qual um organismo responsável, ou seja, a instituição acreditadora reconhece formalmente que uma empresa tem competência para cumprir as atividades definidas na sua razão social”.

Helito (2010) coloca que a acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações de saúde e que visa principalmente a uma educação continuada de seus profissionais.

Você encontrará uma série de certificações do serviço de saúde. Neste tópico vamos conhecer algumas delas. O estudo aprofundado sobre cada uma você estudará na disciplina de Acreditação dos Serviços de Saúde.

2.2.1 CQH

O Programa de Controle da Qualidade Hospitalar – CQH foi criado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

O CHQ tem por objetivo contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos hospitais.

O selo (Figura a seguir) é concedido aos hospitais após os mesmos passarem por um processo de avaliação e o cumprimento das normas e critérios estabelecidos pelo programa.

FIGURA 7 – SELO DE QUALIDADE – PROGRAMA CQH



FONTE: Disponível em: <www.cqh.org.br>. Acesso em: 6 ago. 2013.

De acordo com a CQH, cerca de 10 hospitais do Estado de São Paulo, já receberam o selo de certificação. Além dos critérios, o Programa do CQH tem embutido os seguintes valores:

- **Ética:** a participação no CQH requer das instituições integridade e honestidade moral e intelectual.
- **Autonomia técnica:** possuem autonomia técnica para serem conduzidos, independentemente de obrigações que contrariem os princípios definidos em seus documentos básicos: Missão, Valores, Visão, Estatuto e Metodologia de Trabalho.
- **Simplicidade:** as regras estabelecidas são bastante simples, por isso são adequadas à realidade dos hospitais brasileiros.
- **Voluntariado:** a participação dos hospitais é voluntária, pois entendem que a busca pela melhoria da qualidade é uma responsabilidade da instituição com seus clientes.
- **Confidencialidade:** todos os dados coletados e analisados são confidenciais de cada hospital.
- **Enfoque educativo:** estimula o processo educativo nas instituições.

2.2.2 Organização Nacional de Acreditação – ONA

A Organização Nacional de Acreditação – ONA é uma organização não governamental de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo

(ONA, 2007). Sua área de atuação é nacional, sendo representada por instituições credenciadas para avaliar e certificar as instituições de saúde.

O objetivo geral da ONA está em promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde.

FIGURA 8 – SELO DE CERTIFICAÇÃO DA ONA



FONTE: Disponível em: <www.ona.org.br>. Acesso em: 6 ago. 2013.

A ONA oferece as instituições dois tipos de certificação:

- **ACREDITAÇÃO:** destinado às Organizações Prestadoras de Serviços para a Saúde, aos Serviços Odontológicos e aos Programas da Saúde e Prevenção de Riscos.
- **SELO DE QUALIFICAÇÃO ONA:** destinado aos serviços para a saúde.

O processo de certificação inicia com a seleção de uma Instituição Acreditoradora Credenciada para realizar a avaliação para a certificação. O segundo passo é a organização de saúde atender aos requisitos de elegibilidade estabelecidos nas Normas Orientadoras e se conclui com o agendamento da visita de avaliação na instituição.

2.2.3 ISO – *International Organization for Standardization*

A *International Organization for Standardization* – ISO é uma organização internacional que tem aceitação universal na definição de modelo para o estabelecimento de Sistemas de Gestão da Qualidade.

Embora seja conhecida pela “Gestão da Qualidade”, a norma ISO 9001/2000 também contribui na melhoria na produtividade, custos e clima organizacional dentro das empresas. A ISO 9000 está presente em diversos tipos de empresas, de indústrias até os prestadores de serviços em geral como escolas, hospitais, escritórios de advocacias, clínicas e outros (NBR ISO 9000, 2007).

Assim como as demais certificações, a ISO conta com instituições parceiras, caracterizadas como “organismos certificadores”. Essas instituições são responsáveis por fornecer a certificação ISO 9001 a partir do processo de auditoria externa.

O sistema de gestão da qualidade da ISO 9000 é focado nos princípios da:

- organização focada no cliente;
- liderança;
- envolvimento de pessoas;
- enfoque sistêmico para gerenciamento;
- melhoria contínua;
- tomada de decisões baseadas em fatos e,
- relacionamento com o fornecedor.

A norma ISO 9000 se divide em:

- introdução;
- objetivo;
- referência normativa;
- termos e definições;
- sistema de gestão da qualidade;
- responsabilidade da direção;
- gestão de recursos; realização do produto e/ou serviço;
- medição;
- análise e,
- melhoria.

O certificado emitido tem validade por quatro anos, porém, semestralmente ou anualmente são realizadas auditorias de manutenção.

2.2.4 *Joint Comission*

Joint Comission International – JCI – A missão da JCI é melhorar a qualidade da assistência à saúde na comunidade internacional, fornecendo serviços de acreditação.

Inicialmente, a acreditação limitava-se apenas aos hospitais, posteriormente, passou a oferecer novas modalidades de acreditação, abrangendo outros tipos de serviços na área da saúde como: Manual de Padrões Internacionais para o Cuidado Contínuo; Manual de Padrões Internacionais para o Fornecedor do Transporte Médico; Manual de Padrões Internacionais para Laboratórios de Análises Clínicas.

LEITURA COMPLEMENTAR

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional).

A terceira fase consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa.

E, finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

FONTE: Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/>>. Acesso em: 14 jul. 2013.



RESUMO DO TÓPICO 2

Caro(a) acadêmico(a)! Ao final deste tópico, você pôde estudar os seguintes conteúdos relacionados à Qualidade dos Serviços em Saúde:

- A importância da qualidade total para as instituições de saúde.
- Os conceitos de processo e sua implementação nas instituições.
- As certificações na área da saúde.

AUTOATIVIDADE



Descreva os benefícios da utilização de fluxogramas nas suas rotinas diárias.

FERRAMENTAS E INDICADORES DA QUALIDADE APLICADOS À SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Vimos nos tópicos anteriores que a qualidade nas últimas décadas passou a ser necessidade por diversos fatores que vão desde a competitividade das organizações ao novo perfil de cliente/paciente cujos anseios vêm se modificando.

Entretanto, quando falamos em qualidade, é necessário que todos estejam envolvidos, vivenciando, transmitindo e utilizando os princípios da qualidade em todas as etapas do processo de trabalho nas organizações de saúde.

Todavia, saber e conhecer o conceito e seus princípios é apenas uma das primeiras fases que o gestor hospitalar deverá conhecer no processo de gestão. Tão importante quanto conhecer é saber aplicar estes conceitos através da aplicabilidade de um conjunto de ferramentas que possam ser direcionadas à melhoria da qualidade.

Assim, este tópico tem o objetivo de apresentar as principais ferramentas da qualidade aplicadas na melhoria do serviço de saúde. Vamos lá!

2 FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Você encontrará muitas ferramentas aplicadas à qualidade. Cada uma delas tem uma função específica. Por isso, a necessidade de você, enquanto gestor hospitalar, compreender cada uma delas e por que da sua utilização no dia a dia.

Segundo Miguel (2005, p. 138), as sete ferramentas da qualidade “são originadas do conhecimento, como por exemplo, da pesquisa operacional”. E, embora muitas destas ferramentas sejam utilizadas com base nas ideias e opiniões dos colaboradores, ou seja, a equipe de trabalho, elas podem ser classificadas quanto a sua finalidade e utilização conforme veremos no quadro a seguir.

QUADRO 5 – PRINCIPAIS FINALIDADES DAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Finalidade	Ferramentas
Identificação e priorização de problemas	Amostragem e estratificação
	Folha de verificação
	Gráfico de Pareto
	Gráfico de Tendência, gráfico de controle
	Mapeamento do processo
	Brainstorming
	Matriz de priorização
Análise e busca de Causas e efeitos	Brainstorming
	Estratificação
	Diagrama espinha de peixe
	Diagrama de afinidades
	Diagrama de relações
	Relatório das três gerações (passado, presente, futuro)
Elaboração e Implementação de soluções	Diagrama de árvore
	Diagrama de processo decisório
	5W1H
	5S
Verificação dos resultados	Amostragem
	Folha de verificação
	Histograma, medidas de locação e variância
	Gráfico de Pareto
	Gráfico de tendência, gráfico de controle

FONTE: CARPINETTI (2010, p. 79)

2.1 FOLHA DE VERIFICAÇÃO

A folha de verificação é um documento utilizado para a coleta de dados e registro de anotações direcionadas para os problemas ou situação que se pretende resolver. A Folha de Verificação tem por objetivo planejar a coleta de dados e organizá-los para a utilização futura, sem que haja a necessidade de rearranjo posterior dos dados (CARPINETTI, 2010).

A folha de verificação pode ser:

- Folha de verificação simples.
- Folha de verificação de frequência.

A Folha de verificação simples é uma lista de itens pré-estabelecidos que necessitem ser certificados, sendo marcados a partir do momento que forem realizados e/ou avaliados (ALVES, 2012). A folha de verificação poderá ser utilizada para detectar vários problemas. O modelo apresentado no quadro a seguir pode ser utilizado no controle de acidentes de trabalho.

QUADRO 6 – MODELO DE FOLHA DE VERIFICAÇÃO SIMPLES

Controle de Acidentes de Trabalho	Sempre	Na maioria das vezes	Na minoria das vezes	Nunca
As caixas de perfurocortantes são lacradas quando se atinge o nível de segurança?				
As agulhas estão sendo descartadas corretamente?				
Os equipamentos de proteção individual (EPI) estão prontamente à disposição quando necessário?				
Os EPIs são utilizados quando necessário?				

FONTE: Alves (2012, p. 44)

A **folha de verificação de frequência** é utilizada para registrar informações necessárias para acompanhar o desempenho dos processos, bem como, coletar a frequência da ocorrência de determinado evento. No quadro a seguir, você pode verificar um modelo de folha de verificação de frequência utilizada no monitoramento da administração de um medicamento.

QUADRO 7 – MODELO DE FOLHA DE VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA

Ocorrência: Administração de medicamentos		
Período da Coleta de Dados: 1 Mês(dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa)		
Responsável:		
Ocorrência	Frequência	Total
Atraso do anestesista	IIII	4
Atraso do cirurgião	IIIIIIII	10
Sala ocupada	IIII IIII.....IIII	30
Falta de roupa	IIIIIIII.....IIII	70
Falta de material esterilizado	IIIIIIIIII	16
Outros	IIIIIIII	10
TOTAL		140

FONTE: Adaptado de Nogueira (2003)



É importante que o profissional conheça a importância de seu trabalho, pois a transcrição dos dados precisa ser fidedigna, para que o quadro não apresente uma situação irreal.

2.2 DIAGRAMA DE PARETO

O **Diagrama de Pareto** foi desenvolvido por Vilfredo Pareto, economista que se dedicou a estudar a distribuição da riqueza em seu país (Itália). Com base na teoria de Pareto, Juram enunciou o chamado **Princípio de Pareto**: “Sempre que um grande número de causas contribui para um determinado efeito, poucas dessas causas são as responsáveis pela maior parte do efeito”. (NOGUEIRA, 2003).



Vilfredo Pareto (1848-1923): economista e sociólogo, elaborou a teoria de interação entre massa e elite e aplicou a matemática à análise econômica, mais conhecido por sua dedicação à matemática voltada para a economia e a sociologia. Em sua primeira obra, **Cours d'économie politique** (1896-1897), formulou sua polêmica lei da distribuição de renda e, por meio de complicada fórmula matemática, demonstrou que a distribuição de renda e riqueza na sociedade não é aleatória e segue padrão invariável no curso da evolução histórica em todas as sociedades, a Lei de Pareto.

FONTE: Extraído de: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/ECViPare.html>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

A ferramenta Diagrama de Pareto é utilizada para demonstrar em forma de gráfico de barras as várias causas dos defeitos, falhas, reclamações, determinando a prioridade de resolução do problema.

Para a construção do Diagrama de Pareto inicialmente foi elaborada uma planilha (quadro XX), com os problemas detectados na folha de verificação (figura a seguir).

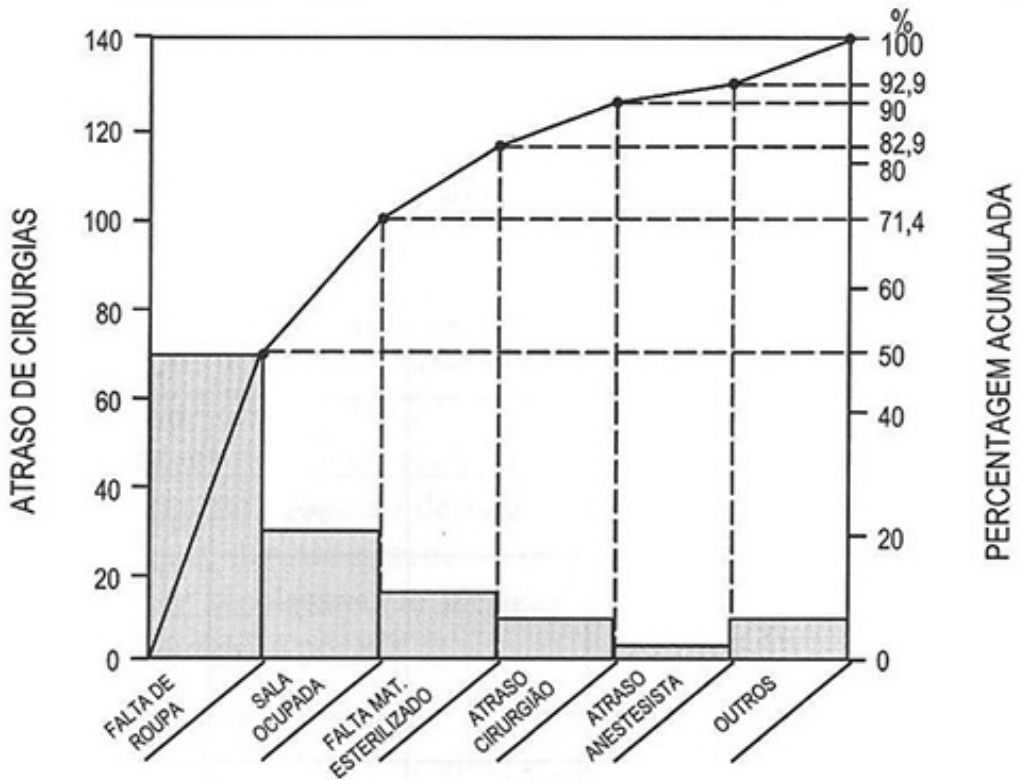
QUADRO 8 – PLANILHA DE DADOS PARA A CONSTRUÇÃO DO GRÁFICO DE PARETO

Ocorrência	Quantidade	Quantidade Acumulada	Porcentagem (%)	Porcentagem Acumulada (%)
Falta de roupa	70	70	50,0	50
Sala ocupada	30	100	21,4	71,4
Falta de material Esterilizado	16	116	11,5	82,9
Atraso cirurgião	10	126	7,1	90,0
Atraso anestesista	4	130	2,9	92,9
Outros	10	140	7,1	100
Total	140	-	100	-

FONTE: Adaptado de Nogueira (2003)

Agora, com estas informações podemos construir o Diagrama de Pareto (Figura a seguir).

FIGURA 9 – MODELO GRÁFICO DE PARETO



FONTE: Nogueira (2003, p. 104)

2.3 DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO

O Diagrama de causa e efeito é uma ferramenta desenvolvida por Kaoru Ishikawa e por isso também é conhecida como “Diagrama de Ishikawa”, ou ainda devido ao seu formato chamada de “Diagrama espinha de peixe”.



Kaoru Ishikawa (1915-1989): nasceu em Tokyo, graduou-se em Química na Universidade de Tokyo em 1939. Em 1949, Ishikawa entrou para a União Japonesa de Cientistas e Engenheiros (JUSE), um grupo de pesquisa de controle de qualidade. Ishikawa aprendeu os princípios do controle estatístico da qualidade desenvolvido por americanos. Kaoru traduziu, integrou e expandiu os conceitos de gerenciamento do Dr. William Edwards Deming e do Dr. Joseph Moses Juran para o sistema japonês. Em conjunto com a JUSE, em 1962, Ishikawa introduziu o conceito de Círculo de Qualidade. Em 1982, viria o Diagrama de Causa e Efeito, também conhecido como Diagrama de Ishikawa. A melhor contribuição do Diagrama de Ishikawa: forneceu uma ferramenta poderosa que facilmente pudesse ser usada por não especialistas para analisar e resolver problemas.

FONTE: Extraído de: <http://www.qualidadebrasil.com.br/pagina/kaoru_ishikawa/114>. Acesso em: 15 jul. 2013.

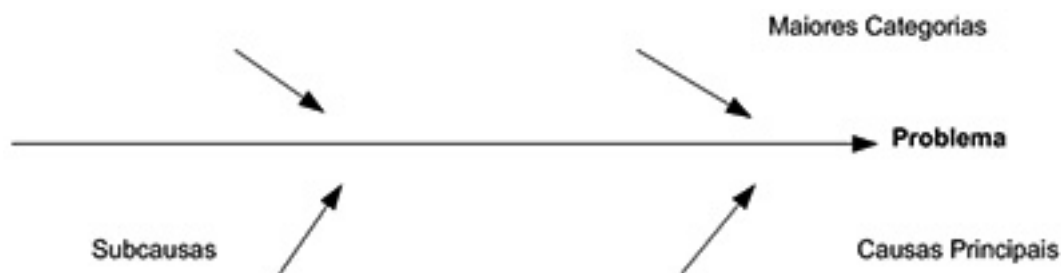
Esta ferramenta é construída em forma de uma espinha de peixe (gráfico) utilizada para identificar as possíveis causas e subcausas de determinados problemas e efeitos. (NOGUEIRA, 2003; ALVES, 2012).

De acordo com Seleme e Standler (2010), o diagrama de causa e efeito poderá ser utilizado para:

- **Identificação de causas:** o ponto de partida é o problema existente, e por meio da aplicação do diagrama, é possível identificar as causas originárias do problema. Neste caso, o profissional precisa conhecer todas as etapas do processo, para levantar todos os dados necessários.
- **Levantamento sistemático das causas:** tem por objetivo estruturar de forma sistemática todas as causas que deram origem ao problema visando a uma possível solução.

A figura a seguir apresenta um exemplo do Diagrama de Causa e Efeito

FIGURA 10 – EXEMPLO DE DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO



FONTE: Mezomo (2005, p. 140)

Na figura a seguir, você poderá acompanhar a construção do diagrama, partindo de um caso prático de atraso entre as cirurgias (ALVES, 2012; NOGUEIRA, 2003).

O problema identificado foi o alto índice de atrasos para início das cirurgias programadas.

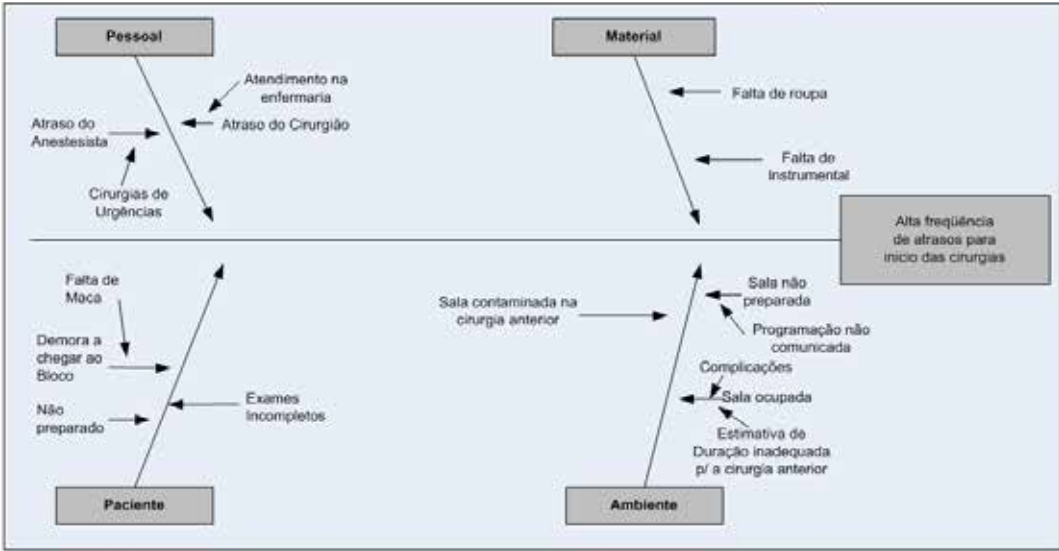
1º Passo: formou-se uma comissão de pessoas envolvidas no processo e levantaram-se as possíveis causas como:

- atraso do médico cirurgião;
- atraso do médico anestesista;
- sala ocupada;
- sala não preparada;
- atraso do paciente;
- falta de roupa;
- falta de instrumental;
- exames incompletos;
- paciente demora a chegar ao bloco cirúrgico;
- falta de macas;
- estimativa de duração da cirurgia anterior;
- complicação na cirurgia anterior.

2º Passo: com as devidas informações levantadas iniciou-se a construção do diagrama de causa e efeito.

A direita da folha (num retângulo) escreve-se o efeito. À esquerda nas espinhas principais, colocam-se as causas. As espinhas secundárias e terciárias são desdobradas em grupos maiores através de vários questionamentos (por quê?). Tais questionamentos conduzem as causas fundamentais.

FIGURA 11 – EXEMPLO DE DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO (ATRASOS DE CIRURGIAS)



FONTE: Nogueira (2003, p. 101)

No exemplo da figura anterior, agrupamos as causas em pessoal, material, paciente e ambiente, mas você poderá agrupá-las de acordo com a necessidade de cada instituição. Ou, caso você analise um diagrama de causa e efeito construído para uma indústria, você encontrará as causas agrupadas em “Fatores de Manufatura” ou “6M”: material, máquina, medida, meio ambiente, mão de obra e método (ALVES, 2012).

2.4 DIAGRAMA DE DISPERSÃO

A ferramenta **Diagrama de Dispersão** também é conhecida como **Diagrama de Correlação**. A utilização da ferramenta auxilia na visualização de informações que demonstram as alterações sofridas por uma variável quando outra se modifica.

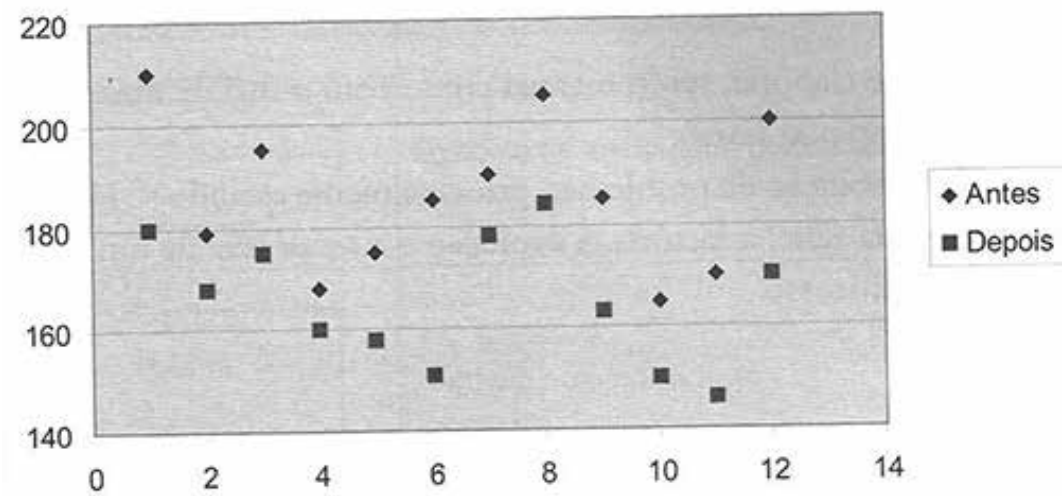
Podemos exemplificar a utilização desta ferramenta tomando por base um exemplo apresentado por Alves (2012) sobre a distribuição da pressão arterial. O medicamento Captopril® é destinado a baixar a pressão sistólica. Para testar seu efeito, ele foi ministrado em 12 pacientes, cuja pressão sistólica foi monitorada antes e depois da utilização do medicamento. Observe os resultados no quadro que segue.

QUADRO 9 – PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg) – (medida em 12 pacientes antes e depois do Captopril®)

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Antes	210	179	195	168	175	185	190	205	185	165	170	200
Depois	180	168	175	160	158	151	178	184	163	150	146	170

FONTE: Adaptado de Alves (2012)

FIGURA 12 – MODELO DA UTILIZAÇÃO DO GRÁFICO DE DISPERSÃO NA DISTRIBUIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL



FONTE: Alves (2012, p. 51)

Caro(a) acadêmico(a)! Ao analisar o Quadro 9, você pôde observar que houve uma variação a menor nas medidas da pressão sistólica dos pacientes após o uso da medicação. Mas qual é o objetivo do gráfico de dispersão? O gráfico da figura anterior demonstra a variação entre o antes e o depois de cada um dos pacientes. Podemos concluir pelo gráfico que a redução da pressão sistólica depois do uso do captopril® pelos pacientes não foi pequena (ALVES, 2012).

2.5 HISTOGRAMA

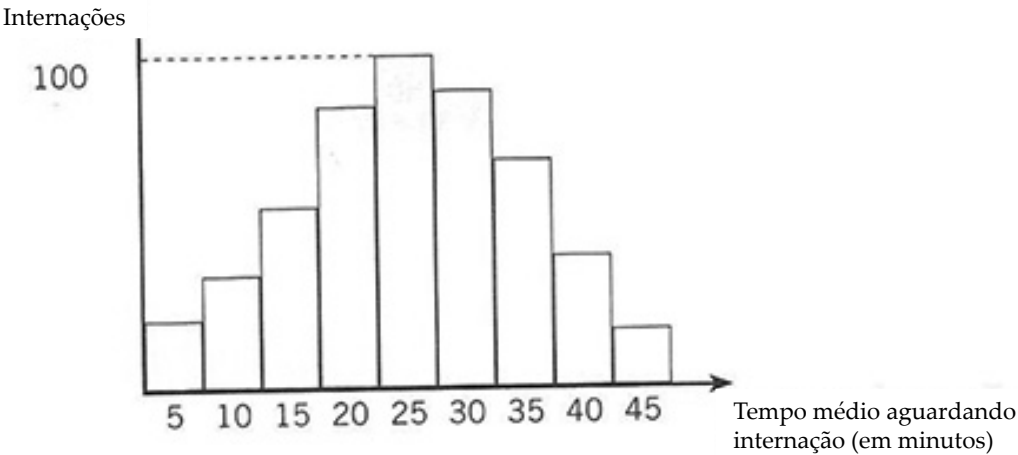
O **histograma** é um gráfico construído em forma de barras horizontais, cujo objetivo é mostrar a distribuição dos dados por categoria. Segundo Marshall Junior (2006, p. 106), “O histograma fornece uma fotografia da variável num determinado instante. Representa uma distribuição de frequência. As frequências são agrupadas estatisticamente na forma de classes, nas quais se observa a tendência central dos valores e sua variabilidade”.

Mas qual é a vantagem da utilização do histograma? Segundo Alves (2012), as vantagens da utilização do histograma são:

- Visualização rápida de uma sequência de dados.
- Prático e de fácil elaboração (seja manualmente e/ou com utilização de recursos computacionais).
- Facilita a resolução dos problemas.

Para exemplificar e facilitar o seu entendimento, Observe o exemplo da figura a seguir, sobre uma série histórica do tempo de espera para internação (ALVES, 2012).

FIGURA 13 – HISTOGRAMA DO TEMPO DE ESPERA AGUARDANDO INTERNAÇÃO



FONTE: Alves (2012, p. 52)

2.6 FLUXOGRAMA

O **fluxograma** é um diagrama utilizado para descrever através de representação gráfica o fluxo de um processo. Geralmente, se utiliza figuras gráficas para ilustrar de forma simples a transição de informação entre elementos que o compõem (ALVES, 2012; NOGUEIRA, 2003; SELEME; STADLER, 2010).

A utilização do fluxograma possibilita ao profissional gestor:

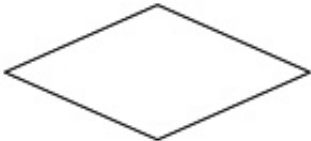
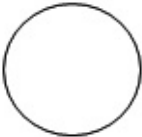
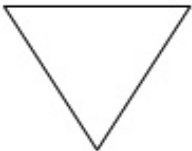
- Descrever os processos empresariais para a busca de melhorias.
- Identificar as atividades críticas e os gargalos existentes no processo.
- Conhecer a sequência e encadeamento das atividades melhorando a visão do fluxo do processo.
- Descrever e visualizar as documentações de cada processo para análises futuras.
- Facilitar a compreensão dos processos para os novos colaboradores.



Caro(a) acadêmico(a)! Lembre-se de que a construção de fluxogramas é realizada através da utilização de símbolos gráficos universais, ou seja, que são padronizados pelas Normas Brasileiras e Internacionais que facilitam o entendimento dos fluxos.

Observe, no quadro a seguir, os símbolos mais comuns utilizados na construção de fluxogramas:

QUADRO 10 – SIMBOLOGIA UTILIZADA NA CONSTRUÇÃO DE FLUXOGRAMA

Símbolo	Significados
	Terminador: Símbolo de início e fim do processo.
	Processo: Símbolo que indica a ação e/ou o processo.
	Decisão: Símbolo que indica a decisão de uma determinada ação ou processo.
	Conexão: Símbolo de conexão entre as páginas ou partes de um processo. Também conhecido como “referência na página”.
	Documento: Representa a entrada e saída de informações a partir de um documento.
	Símbolo que indica a armazenagem do processo (arquivo).
	Indica o sentido do fluxo.

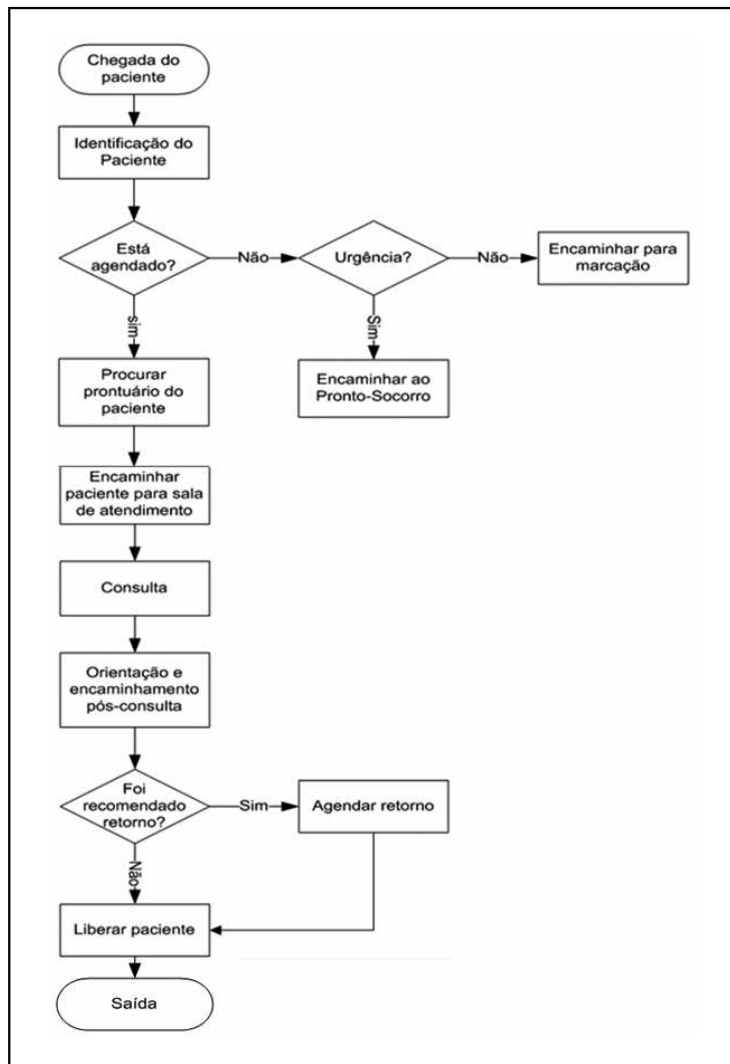
FONTE: A autora



Para a construção de fluxogramas você poderá utilizar as ferramentas disponibilizadas pelo programa Microsoft Word ou ainda poderá optar em utilizar o *software* específico como Microsoft Visio.

Para você compreender melhor a utilização do fluxograma, observe o fluxograma do processo de uma consulta ambulatorial em uma unidade de atenção básica de Estratégia de Saúde da Família (ESF), descrito na figura a seguir.

FIGURA 14 – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE CONSULTA AMBULATORIAL



FONTE: Adaptado de Nogueira (2003)



Sugiro para você, futuro gestor hospitalar, a leitura da obra: NISHIO, Elizabeth A.; BETTA, Cristiane A.; SILVA, Vanessa C. G.. Guia de rotinas e fluxos gerais e específicos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

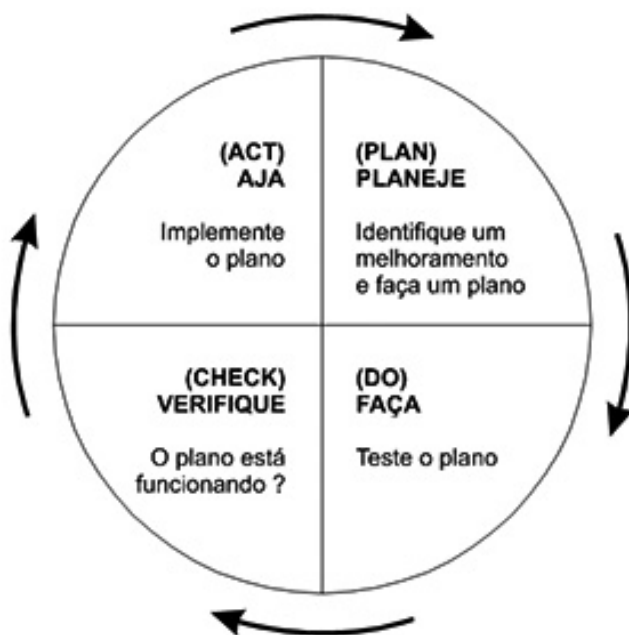
2.7 O CICLO PDCA

O **ciclo PDCA** também conhecido como “ciclo de Shewhart” (seu idealizador) ou como “ciclo de Demming” (responsável pelo seu desenvolvimento e reconhecimento) é “um método de gerenciamento de processos ou sistema. É o caminho para se atingirem as metas atribuídas aos produtos dos sistemas empresariais”. (CAMPOS, 1996, p. 262).

“O ciclo PDCA tem por objetivo a promoção da melhoria contínua promovendo o tratamento adequado de problemas, a padronização da melhoria contínua e o desenvolvimento de oportunidades”. (MARSHALL JUNIOR, 2006, p. 92).

O PDCA é composto por quatro fases básicas: planejar, executar, verificar e atuar (figura a seguir). Cada uma destas fases consiste em estabelecer ações que deverão ser adotadas no processo de melhoria contínua.

FIGURA 15 – O CICLO PDCA DE SHEWART DEMING



FONTE: Extraído de CORREA; CORREA (2005, p. 121)

- **PLAN** (Planejar): consiste em definir as metas a serem alcançadas (aonde se quer chegar) e também, o método para alcançar as metas (procedimento para alcançá-las).
- **DO** (Executar): executar as tarefas exatamente como foi previsto na etapa de planejamento é primordial para alcançar as metas estabelecidas. Esta fase envolve a coleta de dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo e o treinamento no trabalho a ser realizado.
- **CHECK** (Verificar): consiste em verificar se o plano está sendo executado de acordo com o planejado e envolve a identificação dos desvios na meta ou no método.
- **ACTION** (Agir corretivamente): esta fase consiste em definir e implementar soluções que eliminem as causas responsáveis pelos desvios.

O ciclo PDCA é utilizado tanto para manter ou melhorar os resultados dos processos.

Quando o processo se encontra estabilizado, significa que o planejamento de procedimentos padrões e os resultados da meta que foi atingida são aceitáveis. Neste caso, alguns autores substituem o P (planejamento) por S(Standard) tornando o ciclo PDCA para a manutenção dos resultados conhecido como SDCA (*Standard – Do – Check – Action*). (Figura a seguir).

FIGURA 16 – CICLO PDCA PARA MANUTENÇÃO DE RESULTADOS

PDCA	FLUXO	META PADRÃO	
S	1	META PADRÃO	Qualidade padrão, custo padrão, etc.
	2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP para garantir as metas padrão.
D	3	AÇÃO	Cumprir o POP
C	4	VERIFICAÇÃO (Bloqueio foi efetivo?)	Confirmação da efetividade do POP SIM: Continuar a partir do item 3 NÃO: Ação corretiva
	?		
A	5	AÇÃO CORRETIVA	Remoção da causa, ação no sintoma. Voltar ao item 2 e 3.

FONTE: Alves (2012, p. 59)



Lembre-se sempre de que o efeito é o problema indesejado, e a meta a ser alcançada é o resultado desejado, assim, uma meta não alcançada torna-se um problema.

Como o PDCA pode ser aplicado na solução de problemas? Sim, a aplicação do ciclo PDCA permite a realização do controle de qualidade de toda a empresa, desde que, todos saibam utilizá-lo.

2.7.1 Aplicação do MASP e PDCA na solução de problemas

O **Método de Análise e Solução de Problemas (MASP)** é uma metodologia prática que faz uso das ferramentas da qualidade visando analisar os problemas e encontrar soluções para os mesmos.



Lembre-se problema é um resultado indesejável de um trabalho, ou seja, algo que não apresentou um resultado esperado (CERQUEIRA, 1997).

Para a aplicação do MASP você poder fazer uso de várias ferramentas estudadas neste tópico. Essas ferramentas poderão ser aplicadas de forma individual ou de acordo com a necessidade de forma conjunta. A definição da ferramenta a ser utilizada dependerá exclusivamente do problema identificado e suas causas.

Outra forma muito usual é a utilização do MASP juntamente com o ciclo PDCA. A utilização desta metodologia evita que sejam tomadas decisões precipitadas, sem que seja analisada a relação custo/benefícios bem como, esgotar todas as possíveis soluções (ALVES, 2012; CERQUEIRA, 1997).

QUADRO 11 – MÉTODO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

PDCA	FLUXO	META PADRÃO	
P		Identificação do Problema	Definir claramente o problema e reconhecer sua importância.
		Observação	Investigar as características específicas do problema com uma visão ampla e sob vários pontos de vista.
		Análise	Descobrir as causas fundamentais.
		Plano de Ação	Construir um plano para bloquear as causas fundamentais.
D		Ação	Bloquear as causas fundamentais. Atuação de acordo com o plano de ação.
C		Verificação (Bloqueio foi efetivo?)	Verificar se o bloqueio foi efetivo. NÃO: Voltar ao item 2.
A		Padronização	Para prevenir contra o reaparecimento do problema.
		Conclusão	Recapitular todo o processo de solução do problema para trabalho futuro.

FONTE: A autora

2.8 PLANO DE AÇÃO – 5W3H

A ferramenta 5W3H é uma ferramenta utilizada para planejar a implementação de uma solução a partir de respostas a questionamentos conforme demonstra o quadro a seguir.

QUADRO 12 – QUESTIONAMENTOS DA FERRAMENTA 5W2H

5W	O QUÊ? (WHAT)	Qual ação vai ser desenvolvida?
	QUANDO? (WHEN)	Quando a ação será realizada?
	POR QUÊ? (WHY)	Por que foi definida esta solução? (resultado esperado)
	ONDE? (WHERE)	Onde a ação será desenvolvida? (abrangência)
	QUEM? (WHO)	Quem será o responsável pela sua implantação?
3H	COMO? (HOW)	Como a ação vai ser implementada? (passos da ação)
	QUANTO? (HOW MUCH)	Quanto será gasto?
	COMO MEDIR? (HOW MEASURE)	Monitoramento

FONTE: A autora

Vamos a um exemplo prático para uma melhor compreensão da aplicação da ferramenta 5W3H. Imagine que no seu hospital, você observou que muitas peças do enxoval estão sendo extraviadas.

QUADRO 13 – MODELO DE PLANO DE AÇÃO – 5W3H

Setor: Lavanderia Hospitalar			
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)
Reduzir o extravio do enxoval em 80%	Enfermagem + Hotelaria + lavanderia	01/05 a 30/07/20xx	Unidades de internação
Setor: Lavanderia Hospitalar			
POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How Much)	COMO MEDIR (How Measure)
Melhorar o controle e reduzir os gastos com enxovais.	Implantar controle de roupas desde a saída da lavanderia até o retorno ao setor.	Valores gastos com este processo.	Através de inventários mensais e monitoramento de indicadores.

FONTE: Adaptado de Alves (2012)

3 INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores fazem parte dos principais instrumentos que podem auxiliar no processo de tomada de decisões, no planejamento, monitoramento e avaliação em uma organização.

Atualmente, realizar a medição da qualidade, bem como, da quantidade em programas e serviços de saúde é fundamental para o planejamento, organização, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas, como também, contribui para o acompanhamento dos resultados, e processos (ALVES, 2012; BITTAR, 2001).

Mas o que é um indicador?

Você encontrará várias definições para o termo indicador. O termo indicador é originário do latim “*indicare*”, que significa indicar, anunciar, estimar, apontar (BELLEN, 2005).

Para Bittar (2001) indicador é uma unidade de medida de uma atividade, ou, uma medida quantitativa que pode ser usada como uma base para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte.

Para Januzzi (2005) os indicadores são modelos simplificados da realidade utilizados na compreensão dos fenômenos, eventos ou percepções, de modo a aumentar a capacidade de comunicação de dados brutos e de adaptar as informações à linguagem e aos interesses envolvidos.



A Organização Mundial da Saúde (OMS) define indicadores como marcadores da situação da saúde, desempenho de serviços ou disponibilidades de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, alvos e performances.

No processo de gestão da qualidade, os indicadores são essenciais para a implantação da Acreditação Hospitalar, Seis Sigma e nas Certificações da ISO 9000 (ALVES, 2012).

3.1 TIPOS DE INDICADORES

Caro(a) acadêmico(a)! Você encontrará na literatura uma variedade de indicadores de qualidade aplicados à saúde. É importante que você saiba reconhecer o que eles podem medir e quantificar.

De acordo com Alves (2012); Bittar (2001) os indicadores podem ser relativos ao:

- **Meio ambiente ou meio externo** – relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde.
- **Estrutura** – relativos à parte física de uma instituição, envolve os seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros.
- **Processos** – envolve as atividades de cuidados para com o paciente, geralmente ligadas a um resultado.
- **Resultados** – são os efeitos das atividades desenvolvidas pelas áreas técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

3.2 CARACTERÍSTICAS DO INDICADOR

Um bom indicador de acordo com Kluck et al. (2008) e Alves (2012) para ser aceito como medida de referência na tomada de decisões deve apresentar as características-chave (quadro a seguir).

QUADRO 14 – CARACTERÍSTICAS DESEJÁVEIS DOS INDICADORES

Disponibilidade	Simplicidade
Confiabilidade	Comparabilidade
Validade	Exatidão
Simplicidade	Abrangência
Comparabilidade	Custo-efetividade
Validade	Ética

FONTE: Kluck et. al. (2008) e Alves (2012)

- **Disponibilidade** – os dados devem ser de fácil acesso.
- **Confiabilidade** – os dados necessitam ser fidedignos, capazes de fornecer o mesmo resultado quando aplicados por diferentes pessoas em diferentes épocas.
- **Validade** – capacidade do indicador em medir o que se pretende.
- **Simplicidade** – possuir facilidade de cálculo a partir de informações básicas.
- **Comparabilidade** – ser fácil de comparar com referenciais apropriados.

- **Exatidão** – apresentar margem mínima de erro.
- **Abrangência** – representar o maior número possível de fatores, condições que possam afetar a situação a ser descrita.
- **Custo-efetividade** – os resultados justificam o investimento de tempo e recurso.
- **Ética** – é imprescindível e fundamental na medida em que não acarretem prejuízos aos pesquisados, incluindo a coleta e sigilo dos dados.



Caro(a) acadêmico(a)! Depois da criação dos indicadores é fundamental que você saiba como gerenciá-los, aplicá-los e tenha claro quais os benefícios que estes dados e/ou resultados irão trazer.

Segundo Bittar (2001), a construção de indicadores obedece a uma sequência lógica descrita a seguir:

- Nome do indicador.
- Fórmula (maneira de expressão, dependendo do tipo).
- Tipo (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto, fato).
- Fonte de informação (local de onde será extraída a informação).
- Método (retrospectivo, prospectivo, transversal).
- Amostra.
- Responsável (pela elaboração).
- Frequência (número de vezes que será medido em determinado período).
- Objetivo/meta (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir).

Assim, um indicador é constituído de um conjunto de dados ou variáveis que são submetidos a tratamento estatístico (indicadores quantitativos).



Entende-se por dados um número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico (BRASIL, 2005).

3.3 INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS AO MEIO EXTERNO E INTERNO

Agora que você já compreendeu o que é um indicador e como ele deve ser construído, vamos verificar quais os indicadores serão úteis para monitorar a qualidade dos serviços em saúde.

Você já percebeu pela amplitude do tema qualidade em saúde, que poderá dispor de uma série de indicadores, não é mesmo?

Você encontrará indicadores relacionados ao meio externo (demografia, economia, política, geografia, psicossocial, de saúde, epidemiológico etc.) elencados no quadro a seguir.

QUADRO 15 – EXEMPLOS DE INDICADORES EXTERNOS

Taxa de Incidência	Indicadores Culturais (percentual de domicílios com TV, acesso à internet, número de bibliotecas etc.).
Taxa de Prevalência	Indicadores mercado de trabalho (número de pessoas empregadas, taxa de desemprego, rendimento médio etc.).
Taxa de letalidade	Indicadores de infraestrutura urbana.
Taxa de mortalidade (infantil, materna, neonatal, geral)	Indicadores de qualidade de vida.
Indicadores econômicos (PIB, PNB, Índice Gini, renda)	Indicadores de meio ambiente.
Indicadores Demográficos (número de habitantes, de domicílios, idades etc.)	Indicadores sociais.
Indicadores educacionais (número de escolas, de alunos, professores com graduação, taxa de analfabetismo etc.)	

FONTE: A autora

Além desses, você encontrará os dados relacionados ao meio interno da organização (quadro a seguir).

QUADRO 16 – RECURSOS COMPONENTES DA ESTRUTURA

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS (PERMANENTES)	RECURSOS MATERIAIS (CONSUMO)	RECURSOS DE UTILIDADE PÚBLICA
RECURSOS FINANCEIROS	• Edificações • Mobiliários • Equipamentos • Instrumentais • Utensílios • Veículos	• Medicamentos • Médicos e enfermagem • Manutenção e limpeza • Gases medicinais • Combustíveis • Informática • Gêneros alimentícios	• Energia 1. Elétrica 2. Solar 3. Gás • Água • Comunicação 1. Telefone - Internet - Intranet - Correio
RECURSOS DE INFORMAÇÕES			
RECURSOS EMPREGADOS EM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS			

FONTE: Bittar (2008, p. 91)

Ainda são muito utilizados os recursos internos relacionados à estrutura, à produção, produtividade, econômico-financeiros (quadro a seguir).

QUADRO 17 – INDICADORES HOSPITALARES INTERNOS

INDICADORES HOSPITALARES	INDICADORES
ESTRUTURA	• Capacidade planejada (leitos e camas) • Capacidade operacional (leitos e camas) • Capacidade ociosa • Número de consultórios • Número de salas cirúrgicas • Consultas/consultórios/dia • Cirurgias/sala cirúrgica/dia • Exames/Equipamentos/dia • Kg de roupa lavada/máquina/dia
PRODUÇÃO	• Número de atendimentos • Número de internações • Lista de espera e tempo de espera • Pacientes-dia • Taxa de ocupação hospitalar • Taxa de necropsia • Número de cirurgias e partos • Rendimento/concentração

PRODUTIVIDADE	• Índice de produção por funcionário da área/subárea • Índice de renovação ou giro de rotatividade • Índice de intervalo de substituição • Média de permanência • Funcionários/Leitos e camas
ECONOMICOS E FINANCEIROS	• Índice de liquidez imediata • Índice de liquidez corrente • Período médio de cobrança • Período médio de pagamento • Posição relativa • Rotação de estoques • Período médio de estocagem • Margem operacional • Giro do ativo • Retorno sobre o total do ativo ou investimento • Retorno sobre o patrimônio líquido • Grau de alavancagem • Índice de viabilidade • Ponto de equilíbrio • Balanços/balancetes • Orçamentos • Contabilidade de custos

FONTE: Adaptado de Bittar (2008)

LEITURA COMPLEMENTAR

Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA)

Por que avaliar o desempenho de hospitais?

Hospitais são instituições essenciais e caras dos sistemas de saúde. Eles podem representar até dois terços dos gastos de saúde de um determinado país. Como resultado, influem enormemente na qualidade geral da assistência de saúde. Dado que os governos têm buscado melhores formas para monitorar e avaliar desempenho de hospitais, os formuladores de políticas devem identificar os meios mais adequados para maximizar os resultados dos hospitais, a satisfação dos pacientes e a eficiência operacional destes estabelecimentos. Os aumentos constantes dos custos de assistência à saúde têm gerado recentemente várias propostas de mudança na organização dos hospitais financiados com recursos públicos. Tais propostas incluem novos modelos de gestão, novos sistemas de pagamento a provedores e o uso de guias clínicas e protocolos para o tratamento de doenças, baseados em evidência científica.

Os processos de gestão podem afetar profundamente a qualidade da prestação de serviços de assistência de saúde. Alguns processos de gestão das instituições públicas de assistência à saúde, caracterizados pela falta de flexibilidade, de autonomia orçamentária e de incentivos baseados no desempenho, podem trazer maus resultados e ineficiência no setor. Porém, novos modelos de gestão que enfatizem a autonomia administrativa e orçamentária, assim como políticas flexíveis de recursos humanos, podem melhorar eficiência, os resultados assistenciais e a satisfação de clientes. Este artigo discute dois processos de inovação na gestão de hospitais públicos: o modelo de organizações sociais de saúde (OSS) implementado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES) e o uso de grupos relacionados de diagnóstico (DRG) nos hospitais do Estado de Maryland, nos Estados Unidos. Ambos modelos foram discutidos em um Seminário organizado em São Paulo pela SES e pelo Banco Mundial em novembro de 2009.

Inovações na gestão de hospitais em São Paulo

O governo do Estado de São Paulo tem utilizado vários modelos institucionais na gestão de seus hospitais. O Sistema Único de Saúde (SUS), naquele Estado, tem contratos públicos com 614 hospitais, vinculados ao próprio Estado, aos municípios e privados. Do conjunto de hospitais públicos, 70 pertencem ao Estado; 45 são administrados diretamente pela SES e 25 (alguns dos quais são hospitais de ensino) são administrados sob o modelo de OSS. Os hospitais restantes, ou são da administração municipal ou são privados lucrativos ou filantrópicos.

No final dos anos noventa, o governo estadual de São Paulo iniciou a contratação de entidades privadas para administrar os hospitais públicos sob o modelo de OSS. Este modelo é baseado em três elementos: (1) o uso de parcerias no processo de gestão; (2) a assinatura de contratos de gestão entre as instituições parceiras e a SES e; (3) a regulação do processo de terceirização dos hospitais pelo governo estadual. As parcerias são feitas com instituições (públicas ou privadas) com reconhecida capacidade para administrar os hospitais, como é o caso de universidades e organizações filantrópicas. Os contratos de gestão são abrangentes e exigem a apresentação de informes com indicadores de avaliação. O modelo se iniciou em 15 hospitais do Estado localizados nas regiões onde vivem populações carentes com déficits de cobertura. Os contratos estão baseados no cumprimento dos seguintes requisitos:

- A instituição que concorre deve apresentar provas de que cumpre todos os requisitos prévios exigidos no processo de licitação.
- Os contratos de gestão especificam o tipo de assistência a ser prestada e os serviços de saúde que serão providos de acordo com metas negociadas e pré-estabelecidas a cada ano.
- As OSS só podem atender às populações usuárias do SUS.
- Os resultados alcançados são supervisionados e avaliados por um Conselho do Estado vinculado à SES para verificar o cumprimento das metas estipuladas no contrato.
- Os hospitais sob o regime de OSS devem publicar suas contas e outras informações relevantes para fiscalização e controle no Diário.
- Oficial do Estado de São Paulo. Além disso, o Tribunal de Contas do Estado (TEC) revisa as contas e o estado financeiro das de OSS.

O uso de contratos de gestão

Os contratos de gestão são instrumentos importantes para aumentar o grau de responsabilidade e transparência no uso dos fundos públicos nas OSS. Os contratos garantem autonomia na administração dos hospitais para que alcancem níveis elevados de eficiência e efetividade. Os contratos também determinam quais informações as OSS devem enviar ao nível central de governo, definindo um conjunto de indicadores básicos comuns a todos os hospitais, os quais estão disponíveis *on-line* para avaliação da SES. A administração das OSS tem a responsabilidade de resolver os problemas identificados pela SES durante o processo de avaliação e monitoramento destes indicadores.

As equipes de gestão trabalham para atingir as metas de produção de serviços, garantir a qualidade e a satisfação dos usuários. Para facilitar as auditorias financeiras, a SES recebe relatórios mensais com custos de produção e estados financeiros de gastos que são enviados ao TEC, com vistas a comparar os gastos realizados com as metas alcançadas.

Os hospitais sob o regime de OSS contribuem para um sistema de saúde mais robusto e para o aumento na satisfação dos usuários. Eles integram ativamente os sistemas locais de saúde e seus corpos diretivos participam, da mesma forma como ocorre com os hospitais públicos diretamente administrados, nos conselhos locais de saúde. As novas ferramentas de gestão introduzidas pelas OSS, além de melhorar a qualidade de assistência de saúde, promovem a participação social e melhoram a relação entre os cidadãos e a administração dos hospitais. A maioria das queixas de pacientes são resolvidas sem a necessidade de intervenção de SES.

Comparação de resultados de saúde entre hospitais públicos OSS e tradicionais

Dois estudos do Banco Mundial (ver Tabela 1) revelam que os hospitais administrados sob o modelo de OSS têm produzido melhores resultados que os hospitais públicos diretamente administrados. Os hospitais sob o regime de OSS produziram mais altas de pacientes; levaram ao uso mais intenso das instalações hospitalares, contrataram menos serviços médicos, e tiveram custos médios por paciente inferiores aos dos hospitais diretamente administrados. Ao mesmo tempo, o modelo de OSS melhora a qualidade ao assegurar um atendimento mais integral aos pacientes, através do cumprimento de protocolos de serviços testados por processos que garantem excelência na qualidade assistencial. Os hospitais sob o regime de OSS também utilizam pessoal mais capacitado, permitindo o uso eficaz das instalações existentes no hospital. Ao mesmo tempo, os hospitais sob o regime de OSS têm menores custos nos serviços prestados (LA FORGIA AND COUTTOLENC, 2008).

Tabela 1. Comparação de Indicadores de Desempenho Hospitalar

Indicadores	Modelo de OSS	Administração Direta	Diferença(%)
Média de altas por leito hospitalar-ano (2003)	60 altas	46 altas	30,4
Tempo médio de permanência por leito (2003)	3.3 dias	5.2 dias	-36,5
Porcentagem de cesarianas por total de partos (2003)	25,50%	77,10%	-66,9
Horas de trabalho médico contratadas sobre o total de horas de trabalho médico de pessoal de planta (2003)	3,6	5,1	-29,9
Custo médio por paciente internado (2003)	R\$3,300	R\$3,600	-8,3
Número médio de enfermeiras qualificadas por leito (2006)	0,33	0,28	17,9
Número médio de funcionários por leito (2006)	4,28	4,48	-4,5
Taxa média de ocupação por leito (2006)	80,90%	72,10%	12,2
Custo médio diário de leito de UTI (2006)	R\$978	R\$1,197	-18,3
Custo médio diário de exame de CADSCAN (2006)	R\$133	R\$394	-66,2
Custo médio de exame de cancer de mama (2006)	R\$33	R\$44	-25

FONTE: La Forgia, G. and Coutollenc, B. (2008), para os dados de 2003; e SES (2007), para os dados de 2006.

Os melhores resultados alcançados nos hospitais sob o regime de OSS podem ser atribuídos a várias características deste modelo. Eles têm mais autonomia na seleção e na contratação de seus gerentes, na alocação e distribuição dos recursos orçamentários, na contratação e demissão de pessoal, na definição de processos de remuneração, no pagamento de incentivos associados ao desempenho e na definição dos contratos com fornecedores. Eles recebem recursos através de orçamentos globais e utilizam melhor e de forma mais flexível os processos de licitação essenciais com fortes incentivos para a eficiência e efetividade.

O sucesso do sistema de Maryland é em grande parte resultado de duas atividades importantes: 1) a recompilação e a publicação sistemática dos dados sobre os resultados dos hospitais; e 2) o uso dos DRGs como base para o pagamento dos hospitais e a avaliação de seu desempenho. A utilidade no uso das informações de custo e qualidade emana da capacidade do sistema de DRGs em fornecer definições significativas dos produtos associados à atenção hospitalar. Essas definições permitiram aos formuladores de políticas de saúde desenvolver comparações significativas sobre o desempenho relativo de hospitais nos temas de eficiência e qualidade.

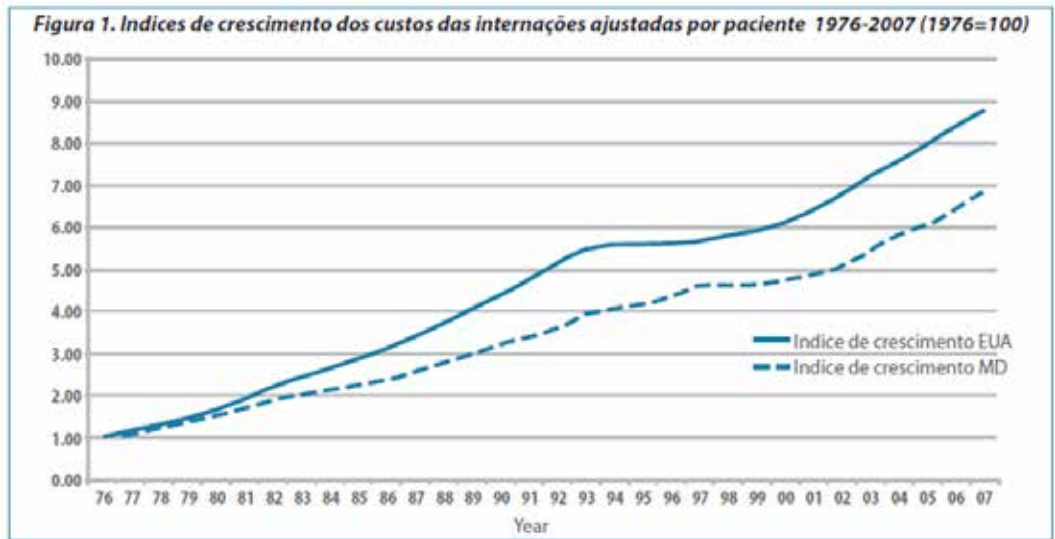
Comparações de qualidade e o valor de sua disseminação

Em uma perspectiva de qualidade, os dados clínicos requeridos para os pagamentos por DRG são também úteis para estabelecer medidas, que podem ser usadas em avaliações comparativas sobre os resultados de saúde, tais como taxas de mortalidade, taxas de complicação, taxas de readmissão, e outros indicadores similares. O uso do DRG como ferramenta de análise facilita as comparações entre os hospitais porque atua como um mecanismo potente para normalizar o risco e permitir ajustes para a avaliação dos resultados de qualidade entre diferentes hospitais.

Os DRGs são muito mais que um mecanismo para a fixação de preços ou avaliação comparativa da qualidade. Eles também são uma linguagem comum que vincula analiticamente os aspectos clínicos e financeiros da atenção médica. Esta linguagem fornece aos gerentes do hospital e ao corpo clínico uma base significativa para a avaliação tanto dos processos de atenção médica como do impacto financeiro associado. O uso dos DRGs em Maryland para as finalidades de pagamento dos serviços também proporciona à administração dos hospitais um aumento na autonomia e os incentivos adequados para reduzir o uso de recursos desnecessários e melhorar os resultados por paciente.

Desempenho dos hospitais em Maryland

Contenção de custos: Entre 1976 e 2007, Maryland experimentou o menor aumento dos custos das internações por paciente quando comparado a qualquer outro Estado norte-americano e um crescimento nos custos hospitalares muito mais lento que experimentado na nação como um todo (ver figura 1).



FONTE: American Hospital Association Statistics Cost per Equivalent Inpatient Admission (EIPA)

Acesso à assistência médica: Os custos da atenção médica que não foram pagos (associados aos não segurados) são redistribuídos e incorporados aos valores pagos aos hospitais. Portanto, todos os contribuintes usuários dos programas públicos ou de seguros privados, são obrigados por lei a pagar os preços estabelecidos pelo HSCRC. Assim, todos os contribuintes contribuem por igual para o financiamento da atenção para o não assegurado. Dadas estas características do sistema, os hospitais são contemplados com um mecanismo para financiar o atendimento brindado aos que não podem pagar, e o não assegurado tem acesso a todos os hospitais, incluindo estabelecimentos privados, comunitários, e até mesmo os dois grandes e famosos hospitais universitários existentes no Estado.

Equidade e justiça: Maryland tem mantido sistematicamente o sistema mais justo e equitativo de pagamento aos hospitais nos Estados Unidos. Tanto os contribuintes públicos como os privados pagam igual valor pela mesma atenção em um dado hospital.

Estabilidade financeira: O sistema implantado em Maryland também aumentou a estabilidade financeira da indústria hospitalar. Os hospitais do Estado têm sido consistentemente classificados pelas agências avaliadoras de risco como boa oportunidade de investimento para os títulos públicos municipais de qualquer estado.

Responsabilidade pública e autonomia de gestão: Os hospitais de Maryland são também caracterizados por um grau alto de responsabilidade e transparência pública. Esta transparência é conseguida através da publicação de numerosos relatórios sobre desempenho, custos, estados financeiros, e resultados alcançados. Todos os dados HSCRC estão disponíveis para o público.

Melhorias na qualidade de atenção: O uso de DRGs para os pagamentos de hospitais fornece fortes incentivos para a documentação de toda a informação clínica sobre os pacientes e a atenção médica que eles recebem. Portanto, os sistemas de pagamento baseados no DRG facilitaram o desenvolvimento de métodos para medir e avaliar a qualidade e os resultados do Hospital. Como resultado, o Estado de Maryland é um líder no desenvolvimento de métodos para a mensuração da qualidade assistencial e avaliação de desempenho de hospitais em complicações passíveis de prevenção, taxas de mortalidade, e taxas de readmissão previsível.

Conclusões: relevância para reforma sanitária em países de renda média

São Paulo conseguiu um progresso notável e internacionalmente reconhecido na administração de hospitais públicos. A aposta em maior autonomia hospitalar para a seleção e contratação de gestores, alocação dos recursos orçamentários, contratação e demissão de pessoal e no uso de sistemas de pagamento por incentivos ao desempenho e contratos para a administração de fornecedores tem melhorado a qualidade na gestão e os resultados alcançados pelos hospitais sob o regime de OSS quando comparados com os hospitais públicos tradicionais. Este processo também levou a uma maior satisfação dos usuários, maior transparência e maior responsabilidade na gestão de fundos públicos, além de melhores oportunidades para o monitoramento e avaliação dos hospitais pela SES.

Porém, o desafio para executar processos mais eficazes de avaliação e implantar melhores sistemas de remuneração dependerão da capacidade de melhorar os sistemas de informação e implantar sistemas de incentivos associados ao desempenho. Visando este fim, o Governo do Estado de São Paulo está considerando a possibilidade de adotar um sistema de pagamento de hospitais com base nos DRGs.

A experiência de Maryland indica que a eficiência do hospital, seu desempenho e qualidade podem ser melhorados através do desenvolvimento de processos rigorosos de avaliação e mecanismos de pagamento com base nos sistemas de classificação de diagnóstico.

Termo de isenção de responsabilidade: Os resultados, as interpretações e as conclusões expressadas aqui são aqueles dos autores e não necessariamente refletem os critérios dos Diretores-executivos do 'Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento' / O Banco Mundial ou dos governos que representam. O Banco Mundial não garante a precisão dos dados incluídos neste trabalho. Os limites, as cores, as denominações e outras informações apresentadas em qualquer mapa neste trabalho não implicam qualquer julgamento por parte do Banco Mundial com respeito à condição legal de qualquer território, endosso ou aceitação de tais limites.

Esses sistemas permitem o desenvolvimento eficaz de comparações de custo e qualidade entre hospitais. Quando utilizados para o pagamento, os DRGs podem criar incentivos claros e uniformes para uma melhor eficiência.

Os DRGs também podem aumentar a transparência e a responsabilidade, ao mesmo tempo em que fortalecem a autonomia gerencial na tomada de decisões do hospital. Sob a égide de maior autonomia e transparência e com o estabelecimento de incentivos financeiros claros, os gerentes dos hospitais podem ser mais flexíveis para a tomada de decisões adequadas com vistas a responder aos incentivos, melhorar a qualidade e reduzir custos.

Os DRGs também podem ser o ponto de partida para o desenvolvimento de conjuntos ampliados de serviços de saúde, ordenados de forma fácil para sua avaliação e finalidades de pagamento. Quando vinculados ao pagamento dos serviços, são estabelecidos os incentivos adequados para o controle do uso dos serviços e de seus custos.

Finalmente, os DRGs são também uma ferramenta potente de comunicação adequada entre os gerentes do hospital e os formuladores de políticas de saúde. O sucesso de qualquer sistema de remuneração para a melhoria da qualidade depende da eficácia na comunicação dos incentivos entre os distintos atores do sistema. O fato de que os DRGs fornecem uma boa descrição clínica da assistência médica necessária a um determinado paciente tem sido o eixo central para o sucesso do sistema de pagamento de hospitais em Maryland. A natureza simples e categórica dos DRGs cria uma linguagem comum entre médicos e gerentes, que vincula os aspectos clínicos aos aspectos financeiros da atenção médica, permitindo respostas mais eficazes para estabelecer incentivos financeiros à melhoria da qualidade do sistema.

FONTE: Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/257803-1269390034020/EnBreve_156_Web_Port.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013.

RESUMO DO TÓPICO 3

Caro(a) acadêmico(a)! Neste tópico, você estudou sobre:

- As ferramentas da qualidade e sua aplicabilidade para a melhoria da qualidade.
- Os indicadores de qualidade e sua contribuição para a gestão da qualidade nas organizações de saúde.

AUTOATIVIDADE



Caro(a) acadêmico(a)! Agora que você já estudou as principais ferramentas da qualidade, simule uma folha de verificação a partir de um problema de sua instituição.

GESTÃO E HUMANIZAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade você será capaz de:

- identificar aspectos gerais do planejamento em saúde;
- discutir conceitos de planejamento;
- conhecer as principais diferenças entre os métodos de planejamento estudados;
- elaborar um Planejamento Estratégico Situacional – PES.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos e, no final de cada um deles, você terá a oportunidade de fixar seus conhecimentos, realizando as atividades propostas.

TÓPICO 1 – FERRAMENTAS DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR

TÓPICO 2 – A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

TÓPICO 3 – EDUCAÇÃO CONTINUADA NA MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

FERRAMENTAS DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR

1 INTRODUÇÃO

Nesta unidade, vamos iniciar nossos estudos com uma reflexão sobre o planejamento nas organizações de saúde com o objetivo geral de discutir a importância do planejamento no trabalho das equipes de saúde e a necessidade de analisá-lo como um processo, contando, para tal, com o método de planejamento estratégico.

No contexto da qualidade é muito importante a organização da equipe de gestão. Atualmente, estamos num período em que as organizações e a administração estão inseridas num processo de mudanças caracterizado pelo surgimento de novas formas de organizações.

As ferramentas, bem como, os princípios de gestão podem ser aplicadas a todas as organizações, mas sempre se atentando para as individualidades e particularidades de cada um, pois, cada instituição é única, e por isso deve ser tratada como tal.

Lembre-se de que hoje os profissionais gestores da área da saúde devem entender o todo.

2 O PLANEJAMENTO NAS TOMADAS DE DECISÕES

Podemos dizer que o ato de planejar é inerente ao ser humano. Mesmo que de forma involuntária, diariamente, planejamos nossas ações. Por exemplo, o simples ato de levantar de manhã, escolher uma roupa para vestir, dirigir-se ao trabalho já é um planejamento, pois estamos planejando as ações que faremos até chegar à empresa.

E, na nossa vida pessoal? Quantas vezes nós somos forçados a planejar nossas ações. O processo de planejamento já se inicia, quando observamos nosso orçamento doméstico ou familiar. Por que será que somos obrigados a realizar

um planejamento? Sabemos que nossas necessidades, vontades e expectativas são ilimitadas. Assim, precisamos realizar o planejamento por uma razão muito simples: não podemos gastar mais do que nossa renda nos permite.

O mesmo ocorre na área empresarial. Assim, como as demais organizações, as instituições de saúde para funcionarem de forma correta e atingirem seus objetivos e metas precisam de um planejamento. Ao elaborar o planejamento de determinada organização, o gestor tem a possibilidade de rever os objetivos organizacionais que servirão de guia para a formulação das ações necessárias para o desenvolvimento organizacional.

Alves (2012, p. 95) coloca que “Na área da saúde, o pensar o futuro está relacionado à percepção das tendências governamentais, legais, tecnológicas e das pesquisas científicas, principalmente no que diz respeito aos avanços diagnósticos, os quais conduzirão a novos investimentos e consequentemente, níveis de planejamento”.

Além disso, cabe ao gestor hospitalar analisar de forma peculiar os pontos fortes e fracos da organização e, também, monitorar o nível de motivação da equipe de trabalho.



Planejar significa decidir antecipadamente (ACKOFF et al., 1984, p. 2).a

Mas, antes de definirmos o planejamento estratégico, é necessário que você compreenda o que é Planejamento.

Planejamento é diferente de previsão, projeção, predição, resolução de problemas e plano. Embora, muita gente confunda esses termos, utilizando-os como sinônimos cada um deles possui significados diferentes (ALVES, 2012).

Mas qual o significado de cada uma dessas ferramentas?

- **Previsão:** corresponde ao esforço para verificar quais serão os eventos que poderão ocorrer, com base no registro e informações das instituições (probabilidade).
- **Projeção:** corresponde à situação em que o futuro tende a ser igual ao passado, em suas estruturas básicas.

- **Resolução de problemas:** corresponde a aspectos imediatos que procuram tão somente a correção de certos eventos adversos e ou desajustes entre as empresas e as forças externas potencialmente relevantes.
- **Plano:** corresponde a um documento que se constituirá na consolidação das informações e atividades desenvolvidas no processo de planejamento.



Planejamento significa um processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações integradas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente (OLIVEIRA, 2013).

Caro acadêmico! No quadro a seguir você pode observar que houve uma evolução do planejamento desde a década de cinquenta, quando da sua criação até os dias atuais onde essa ferramenta recebe maior destaque pela sua importância no controle dos recursos financeiros, nas análises de mercado e na definição de sua missão e visão.

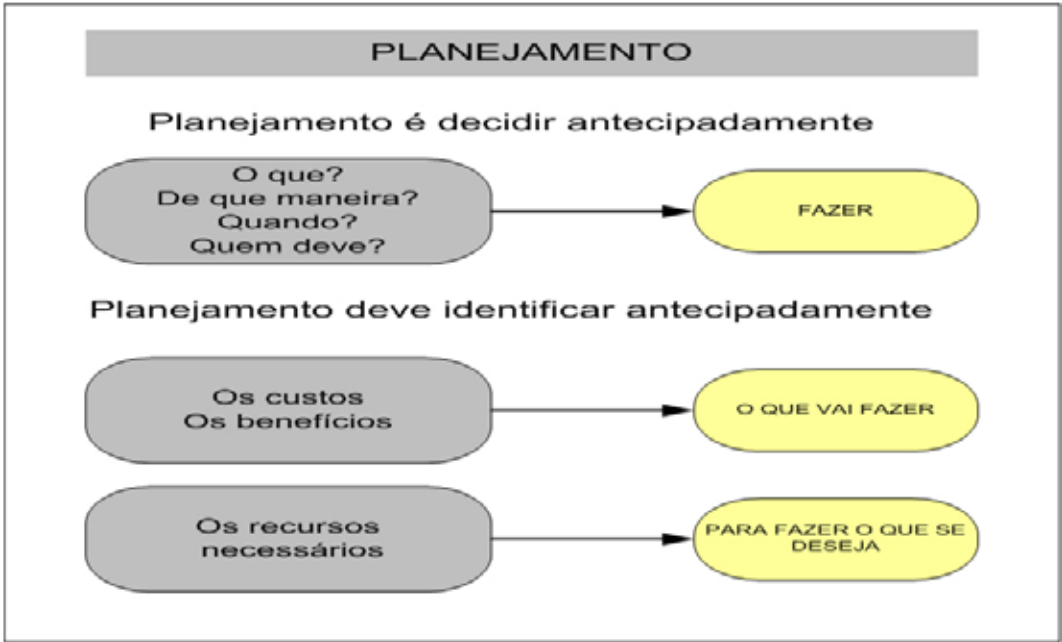
QUADRO 18 – EVOLUÇÃO DO PLANEJAMENTO

Década	Tipo de planejamento:	Descrição das Atividades
50	Planejamento financeiro	Neste tempo, as empresas somente se preocupavam com as questões financeiras e fazer cumprir o orçamento financeiro estipulado.
60	Planejamento a longo prazo	A partir da década de 60 as empresas começaram a pensar um planejamento mais a longo prazo, tendo como base a previsão, ou seja, prever o futuro.
70	Planejamento estratégico	Surgiu na década de 70. Nesta época, as empresas começaram a fazer análises internas e externas.
80	Administração estratégica	Nesta época, as empresas começaram a alinhar os objetivos com as ações.
90	Administração estratégica competitiva	Nesta época, as empresas começaram a buscar um entendimento integrado aliado à missão e visão organizacional.

FONTE: Adaptado de Oliveira (2007)

Como as organizações diariamente enfrentam pressões e desafios no mercado, planejar as ações são de suma importância para a sua sobrevivência. A figura a seguir apresenta como o planejamento se comporta neste cenário.

FIGURA 17 – CONCEITO DE PLANEJAMENTO



FONTE: Adaptado de Lacombe e Heiborn (2003)

2.1 TIPOS DE PLANEJAMENTOS

Você conhece os tipos de planejamento que existem? Oliveira (2013) baseado nos grandes níveis hierárquicos distingue o planejamento em três tipos:

- Planejamento estratégico.
- Planejamento tático.
- Planejamento operacional.

Você pode observar na figura a seguir a relação entre os tipos de planejamento e os níveis de decisão em uma pirâmide.

FIGURA 18 – TIPOS DE PLANEJAMENTO E NÍVEIS DE DECISÃO



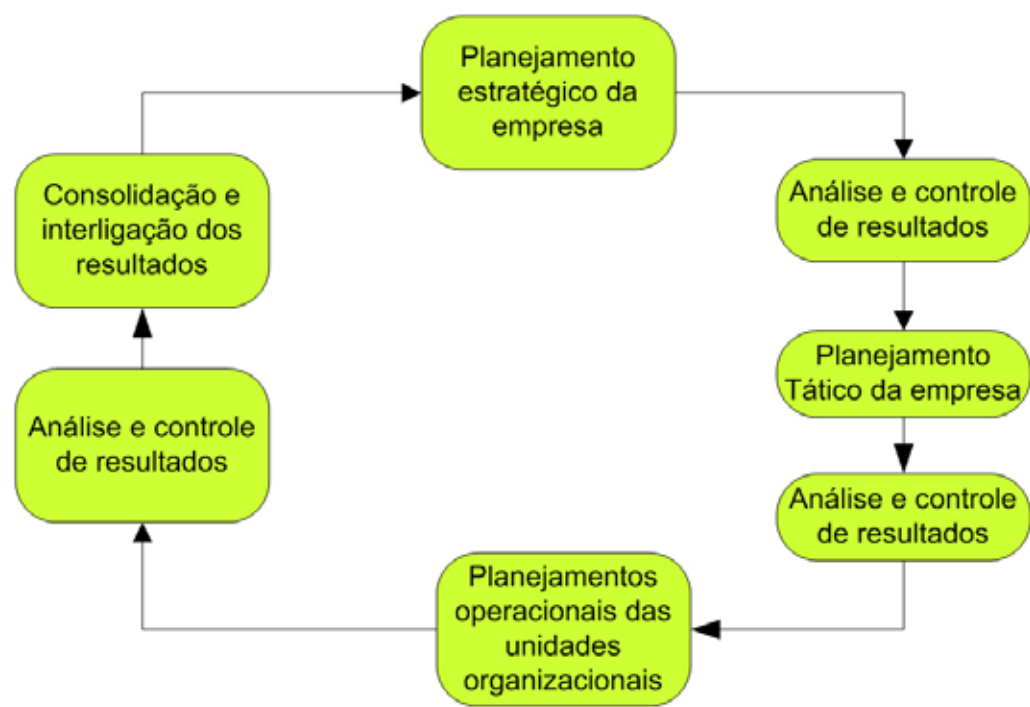
FONTE: Almeida (2007)

O **planejamento estratégico (longo prazo)** está relacionado com os objetivos em longo prazo da organização e com ações e estratégias que afetam a organização como um todo. É responsável por definir as diretrizes da empresa, utilizando como uma das ferramentas os indicadores. As tomadas de decisão desse nível direcionam o rumo de toda a instituição (ALVES, 2012).

O **planejamento tático (médio prazo)** está relacionado aos objetivos de curto prazo cujas ações afetam apenas parte da empresa. Uma técnica muito utilizada nesse nível é o *Benchmarking*, onde os gerentes e coordenadores buscam outras empresas do mesmo segmento ou não para localizar novas oportunidades e boas práticas de gestão.

O **planejamento operacional (curto prazo)** está relacionado às atividades diárias da empresa. Esse nível é responsável pela execução das atividades operacionais do dia a dia da instituição. A missão é fazer com que as atividades aconteçam de forma que gerem como resultado o serviço prestado.

FIGURA 19 – CICLO BÁSICO DOS TRÊS TIPOS DE PLANEJAMENTO



FONTE: Oliveira (2007)

Você pode observar na figura anterior, o ciclo básico dos três de tipos de planejamento, conhecido como princípio do planejamento integrado, onde vários setores de uma empresa apresentam os planejamentos de forma integrada.

No quadro a seguir, você pode observar as características do planejamento estratégico, tático e operacional, segundo demonstradas por Montana e Charnov (1999, apud TERRENCE, 2002).

QUADRO 19 – CARACTERÍSTICAS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Características	Estratégico	Tático	Operacional
Prazo	Longo prazo	Médio prazo	Curto prazo
Análise básica	Ramo de atividade e mercado de atuação.	Principais componentes de atividade e áreas específicas.	Tarefas específicas.
Responsáveis pelo processo	Alta administração: diretores, equipes e consultores de administração.	Envolvimento de executivos que formularam o planejamento estratégico e gerentes.	Chefes de divisões que participaram do processo de planejamento tático.

Complexidade	Alta. Existem muitas variáveis, pois analisam o ambiente interno e externo e os pontos fortes e fracos.	Alta ou média, mas com um número menor de variáveis, considerando o retorno financeiro, as condições de mercado e os recursos organizacionais.	Baixa, considera variáveis como previsão de mercado para cada produto, orçamento, recursos necessários para produção etc.
Resultados	Declaração genérica que afirma o propósito básico da organização e define seu ramo de atividade.	Diretrizes que envolvem as seguintes áreas: objetivos financeiros, oportunidades de mercado, organização, instalações físicas, período de tempo para a próxima revisão.	Previsões para o período; mudanças internas; produção e cronogramas; responsabilidades e orçamento.

FONTE: Montana e Charnov (1999, apud TERRENCE, 2002)



KIM, W. Chan, MAUBORGNE, Renée. A estratégia do oceano azul: como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante. São Paulo: Ed. Campus, 2005.

O livro apresenta uma nova maneira de pensar sobre estratégia, resultando em uma criação de novos espaços (o oceano azul) e uma separação da concorrência (o oceano vermelho). Os autores estudaram 150 ganhadores e perdedores em 30 indústrias diferentes e viram que explicações tradicionais não explicavam o método dos ganhadores. O que eles acharam é que empresas que criam novos nichos, fazendo da concorrência um fator irrelevante, encontram outro caminho para o crescimento. O livro ensina como colocar em prática essa estratégia.

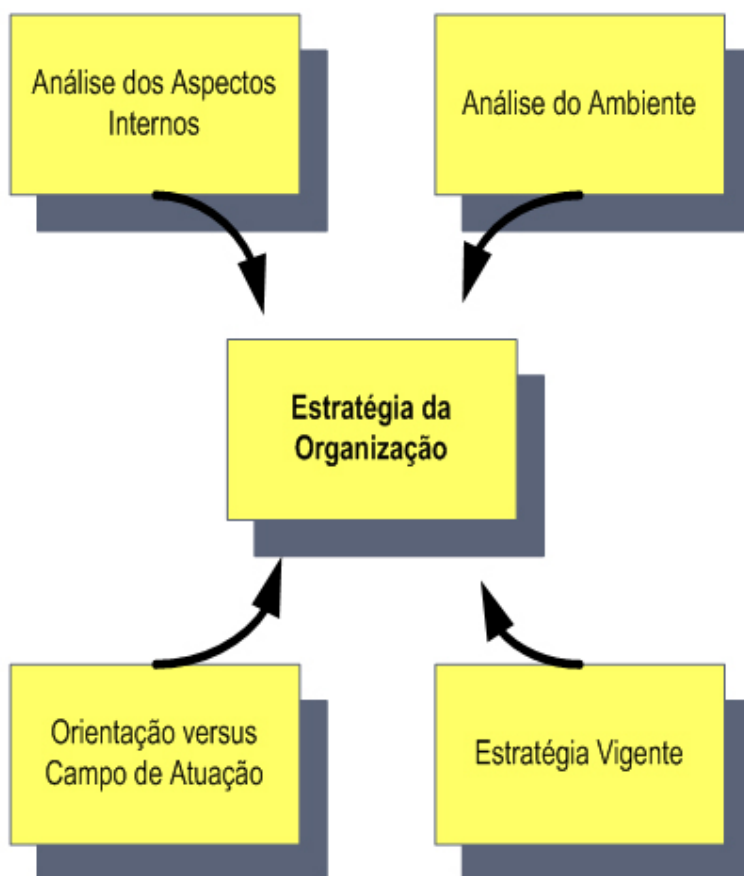
2.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Antes de começar a tratar do assunto planejamento estratégico, é importante que tenhamos claro o conceito de estratégia.



Estratégia é um conjunto de atividades (temas estratégicos ou processos estratégicos) em que a organização será excelente, permitindo agregação de valor ao cliente maior que a da concorrência (COUTO; PEDROSA, 2011).

FIGURA 20 – AS QUATROS ATIVIDADES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO QUE LEVAM A ESTRUTURAR A ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO



FONTE: Almeida (2007)

Você verá mais a adiante que as quatro atividades do planejamento estratégico descritas na figura anterior são necessárias para a estruturação da estratégia da organização.

Mas afinal, o que é o Planejamento Estratégico?

O planejamento estratégico inclui um conjunto de decisões e fatores que deverão ser analisadas pelo gestor para que o futuro seja diferente do passado. Trata-se de um processo contínuo que estabelece metas a serem alcançadas pela instituição, independente da vontade de seus executivos.



Planejamento estratégico é um processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida pela empresa, visando ao otimizado grau de interação com os fatores externos – não controláveis – e atuando de forma inovadora e diferenciada. (OLIVEIRA, 2013, p. 17).

Para Chiavenato (2002, p. 250), “o planejamento estratégico é um conjunto de tomada deliberada e sistemática de decisões envolvendo empreendimentos que afetam ou deveriam afetar toda a empresa por longos períodos de tempo”.

Hoji (2011) coloca que o planejamento de longo prazo, e as decisões a ele relacionadas norteiam a empresa a longo prazo. Por isso, a responsabilidade pela elaboração do planejamento estratégico nas organizações fica sob a responsabilidade dos cargos mais elevados, cabendo a estes a formulação de estratégias com base nas condições internas e externas à empresa.

Você encontrará vários modelos de planejamento estratégico com possibilidade de implantação nas mais diferentes organizações. A escolha de qual deverá ser adotado na empresa precisará levar em consideração as características específicas de cada uma das organizações, sejam elas, indústria, comércio ou de serviços. Além disso, é de extrema importância levar em consideração as variáveis do ambiente externo, que possam influenciar diretamente no desenvolvimento da empresa.

Um dos processos de planejamento estratégico mais utilizado no momento é aquele em que, inicialmente, é efetuado um diagnóstico básico dentro da organização para evidenciar a cultura organizacional, os valores das pessoas, a relação de poder e a filosofia empresarial.

Alves (2012); Couto & Pedrosa (2011) elencam as seguintes etapas que devem ser seguidas na implantação do planejamento estratégico (figura a seguir):

- Definição da natureza da organização.
- Definição da missão.
- Definição das partes interessadas e seus interesses.
- Definição dos valores.
- Definição da visão.
- Política de qualidade.
- Análise do cenário externo e interno.
- Implantação de ações que concretizem a estratégia.

FIGURA 21 – O PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO NEGÓCIO



FONTE: Adaptado de Alves (2012)



ANDRADE, Arnaldo Rosa de. **Planejamento estratégico:** formulação, implementação e controle. São Paulo: Ed. Atlas, 2012.

O planejamento estratégico tem sido reconhecido como importante instrumento de apoio à atividade empresarial, passando a ser utilizado como uma das principais ferramentas de auxílio aos administradores no desempenho de suas tarefas de tomada de decisão e de condução da empresa ao futuro desejado. Este livro apresenta uma visão atual e operativa sobre a administração estratégica, propondo uma metodologia coerente para o desenvolvimento de processos de planejamento estratégico.

Caro acadêmico! Lembre-se de que o planejamento não é um ato isolado. Trata-se de um processo contínuo que tem por objetivo integrar a empresa ao seu ambiente interno e externo.

Trata-se de um processo interativo, ou seja, ao chegar à última etapa do planejamento, retorna-se à primeira, repetindo as etapas e retornando às fases de análise situacional, análise dos ambientes e definição de novas estratégias.

LEITURA COMPLEMENTAR

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: O CAMINHO PARA O SUCESSO

Fernando Gomiero

Toda empresa que pretende conquistar a preferência e a plena satisfação dos consumidores para, assim, atingir a almejada liderança do mercado, deve investir em um planejamento bem estruturado e sustentável ao longo dos anos.

Observe o que acontece com o indivíduo que não planeja sua carreira profissional, sua vida afetiva e suas ambições pessoais, para ter objetivos bem definidos e os meios para alcançá-los. Ele fica completamente perdido e, sem saber que rumo tomar, age por impulsos e desperdiça boa parte de seu tempo na solução de problemas que poderiam ser evitados.

Em outras palavras, quem não planeja está sempre correndo atrás do prejuízo: ambiciona algo, mas não sabe como agir para ser bem sucedido e se, por um golpe de sorte, surgem benefícios inesperados, não tem a receita para gerenciá-los adequadamente. Portanto, um planejamento com estabelecimento de metas e objetivos, bem como com diretrizes e ferramentas que serão utilizadas para alcançá-los, é uma necessidade na vida de qualquer cidadão que almeja alcançar o sucesso.

Em qualquer empresa, seja ela de pequeno, médio ou grande porte, as coisas não são nada diferentes. Todas elas necessitam de uma rota previamente estabelecida, com metas claras e objetivas, que proporcionem aos seus colaboradores condições para manter o rumo sem se complicarem. Sem isto, elas estarão colocando em xeque a credibilidade, a motivação de seus funcionários e, conseqüentemente, a própria realização dos lucros almejados pela organização. Somente em circunstâncias muito especiais, e ainda contando com muita sorte, é que algumas delas poderiam lograr êxito na acirrada disputa pela preferência dos consumidores cada vez mais exigentes, num mercado extremamente competitivo.

Para ser eficiente, um planejamento estratégico deve ser elaborado a partir de cinco etapas básicas: 1º - Análise do ambiente, que consiste numa investigação minuciosa voltada a detectar os pontos fracos e os pontos fortes da organização, para corrigir suas falhas e procedimentos inadequados, bem como identificar as oportunidades e armadilhas que caracterizam o mercado, a fim de prever a exploração de forma sadia e segura; 2º - Diretriz organizacional, que é a definição da meta da empresa, sua missão e seus objetivos. Missão, que visa explicitar aos clientes e aos colaboradores a finalidade da empresa no mercado e a razão de sua existência, e objetivos que a nortearão nos caminhos traçados para o sucesso. Definem-se os nichos de mercado que serão explorados, a fatia do mercado (marketshare) que se pretende conquistar, o público-alvo, as estratégias de vendas, os investimentos necessários em tecnologia, no desenvolvimento dos novos produtos/serviços, em treinamento e etc.; 3º - Formulação da estratégia, que

significa definir todas as ações necessárias e a forma como elas serão implementadas para que a empresa atinja os objetivos proposto no plano. É uma etapa de vital importância o sucesso e, por isso mesmo, deve receber atenção especial, pois logo em seguida vem a implantação; 4º - Implementação da estratégia, nada mais é do que a deflagração do processo de implantação da estratégia organizacional concebida da terceira etapa.

Aí o tempo é o maior inimigo, ao contrário das fases anteriores. Nesta não se pode dar ao luxo de discussões sobre o que já está definido, nem com discursos desnecessários, sob pena de se ter que amargar um grande fracasso. 5º - Controle estratégico, que é um passo complexo, tanto quanto é o da quarta etapa, consiste no estabelecimento do processo ideal de monitoração, como também o da manutenção da execução e o da própria avaliação dos resultados programados.

Portanto, é inquestionável que um planejamento estratégico é fundamental. A questão é a de se adotar uma estratégia mais arrojada ou menos arrojada. Caso a opção escolhida se mostre inviável através dos resultados de avaliação do custo/benefício apurado nas primeiras etapas, a empresa deve adotar um plano mais modesto. O que ela não pode de forma alguma é ficar sem um.

FONTE: Texto extraído da Revista Banas Qualidade: Gestão Processos Meio Ambiente, Junho/2007, p. 52-57.

Caro(a) acadêmico(a)! Agora que você já conheceu a ferramenta de planejamento estratégico e como esta contribui para mudanças na organização, a seguir veremos que outra ferramenta de gestão, o 5S que pode ser aplicado em vários tipos de organização e se torna uma excelente ferramenta de gestão na busca pela melhoria da qualidade dos hospitais, uma vez que, a sua implantação não demanda de grandes investimentos financeiros e sim, implica mudança de cultura e comportamento.

3. PROGRAMA 5S

O PROGRAMA 5S – UMA FERRAMENTA DE GESTÃO COM FOCO NOS RESULTADOS

O Programa 5S é um programa participativo, utilizado para iniciar um processo de mudança nas organizações, principalmente, em relação às condições físicas e ordenação do ambiente para a melhoria da qualidade e redução de desperdícios.

Cabe lembrá-lo, caro acadêmico, que a prática da qualidade e a implantação do Programa 5S é uma atitude. Vamos ver qual a definição de qualidade apresentada pela fábula: “O que é qualidade?”, quando relacionada a gestos e atitudes.

O QUE É QUALIDADE?

Dez definições de qualidade relacionadas a gestos e atitudes:

1. Ao acordar, não permita que algo que saiu errado ontem seja o primeiro tema do dia. No máximo, comente seus planos no sentido de tornar seu trabalho cada vez mais produtivo. **PENSAR POSITIVO É QUALIDADE.**
2. Ao entrar no prédio de sua empresa, cumprimente cada um que lhe dirigir o olhar, mesmo não sendo colega de sua área. **SER EDUCADO É QUALIDADE.**
3. Seja metódico ao abrir seu armário, ligar seu terminal de computador, disponibilizar os recursos ao redor. Comece lembrando as notícias de ontem. **SER ORGANIZADO É QUALIDADE.**
4. Não se deixe envolver pela primeira informação de erro recebida de quem, talvez, não saiba de todos os detalhes. Junte mais dados que lhe permitam obter um parecer correto sobre o assunto. **SER PREVENIDO É QUALIDADE.**
5. Quando for abordado por alguém, pare o que está fazendo e dê atenção, pois quem veio lhe procurar deve precisar bastante de sua ajuda e confia em você. Ele ficará feliz pelo auxílio que você possa lhe dar. **SER ATENCIOSO É QUALIDADE.**
6. Não deixe de alimentar-se na hora do almoço. Pode ser até um pequeno lanche, mas respeite suas necessidades humanas. Aquela tarefa urgente pode aguardar mais trinta minutos. Se você adoecer, dezenas de tarefas terão de aguardar a sua volta. **RESPEITAR A SAÚDE É QUALIDADE.**
7. Dentro do possível, tente se agendar com suas tarefas comerciais e sociais para os próximos dez dias. Não fique trocando datas a todo o momento, principalmente se estiver muito próximo do evento. Lembre-se de que você afetará o horário de várias outras pessoas. **CUMPRIR O COMBINADO É QUALIDADE.**
8. Ao comparecer aos encontros e reuniões, leve tudo o que for preciso para a ocasião, principalmente suas ideias. E divulgue-as sem receio. O máximo que poderá ocorrer é alguém não aceitá-las. Talvez, mais tarde, em dois ou três meses, você tenha nova chance de mostrar que estava com a razão. Saiba esperar. **TER PACIÊNCIA É QUALIDADE.**
9. Não prometa o que está além do seu alcance só para impressionar quem o ouve. Se você ficar devendo um dia, vai arranhar o conceito que levou anos para construir. **FALAR A VERDADE É QUALIDADE.**
10. E, por fim, na saída do trabalho, pense como vai ser bom chegar a casa e rever a família ou os amigos, que lhe dão segurança para desenvolver suas tarefas com equilíbrio. **AMAR A FAMÍLIA E OS AMIGOS e ser amado são as MAIORES QUALIDADES que uma pessoa pode ter.**

FONTE: RANGEL, Alexandre. **O que podemos aprender com os gansos 2.** 2ª edição, São Paulo: Editora Original, 2004, p. 154.

O Programa 5S é originário do Japão, criado na década de 50 como um programa de qualidade total. Baseado em cinco palavras japonesas que iniciam com a letra S no alfabeto ocidental, o 5S significa: *Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu e Shitsuke*.

No Brasil, esse programa vem sendo desenvolvido há alguns anos nas organizações brasileiras que almejam competitividade e sobrevivência, aliadas à melhoria da qualidade de vida de seus profissionais, muitas empresas brasileiras vem desenvolvendo a prática do 5S com bons resultados como, por exemplo: CEMAN, FORD, PETROBRAS, BRAHMA, CARAIBA METAIS, MARCOPOLLO, AZALEIA, FIAT, SESI, etc. A responsabilidade pela gestão varia de acordo com cada empresa. (RIBEIRO, 1994).

O programa tem este nome por se tratar de um sistema de cinco conceitos básicos e simples, porém essenciais e que fazem a diferença do Sistema de Qualidade.



A Espanha e Inglaterra adotaram metodologias semelhantes, mas com outros nomes: “Teoria da escova” e *Housekeeping* (cuidar da casa). Mas com o mesmo objetivo, de organizar e diminuir o desperdício (ALVES, 2012).

FIGURA 22 – 5 SENSOS DE QUALIDADE



FONTE: Gonzales e Jungles (2001)

FIGURA 23 – 5 SENSOS DE QUALIDADE



FONTE: Disponível em: <http://efagundes.com/artigos/A_metodologia_5s_em_tic.htm>. Acesso em: 17 ago. 2013.

Agora, vamos conhecer o significado de cada um desses sentidos. Vamos lá?

3.1 SENSO DE UTILIZAÇÃO (SEIRI)

O **senso de utilização ou de utilidade (Seiri)** é o primeiro S do programa e visa identificar, selecionar e eliminar os objetos que se encontram no local de trabalho e não são mais utilizados. A mesma separação nós podemos fazer com nosso material de uso pessoal, quantas vezes guardamos papéis e documentos que já não são mais úteis, e só ficam ocupando espaços?

FIGURA 24 – REPRESENTAÇÃO DO SENSO SEIRI – SEPARAR O ÚTIL DO INÚTIL



FONTE: Disponível em: <http://escolasabatinaiasp.blogspot.com.br/2012/09/meditacao-setembro-2012_9771.html>. Acesso em: 17 ago. 2013.

As vantagens da utilização do senso *Seiri* estão em:

- liberar espaços;
- eliminar os objetos que dificultam a realização das atividades;
- Evitamos desperdício.

E o que fazemos com o material inútil? Qual será o seu destino?

Lembre-se de tudo o que é inútil para nós, pode servir para outra pessoa, ou outro departamento da empresa. Assim, você pode encaminhar o material para ser utilizado por outro, doá-lo, vendê-lo e/ou encaminhá-lo para o lixo reciclável quando possível.



Lembre-se: Antes de realizar o descarte de materiais, você deverá verificar as legislações vigentes da ANVISA para realizar o descarte de forma correta em instituições de saúde.

3.2 SENSO DE ORDENAÇÃO (SEITON)

O **Senso de Ordenação** tem por objetivo arrumar os objetos que sobram após a seleção dos mesmos. Seu lema é “**Um lugar para cada coisa e cada coisa no seu lugar**”.



A legislação impõe aos serviços de saúde que os prontuários dos pacientes sejam guardados por no mínimo 20 anos, sendo que neste período a qualquer momento, o paciente pode solicitar seu prontuário. Imaginem como encontrá-lo se o arquivo não estiver organizado.

FIGURA 25 – SENSO DA ORDENAÇÃO (ARQUIVO ORGANIZADO)



FONTE: Disponível em: <http://conscienciaconsumir.blogspot.com.br/2012_09_01_archive.html>. Acesso em: 17 ago. 2013.

Mas como colocar em prática o senso da ordenação ou organização?

- Identifique as caixas onde você está guardando as coisas.
- Crie regras, normas e protocolos para arquivos.
- Acondicione as caixas em local adequado (evitando colocar próximo a pontos críticos como extintor de incêndio, máquinas, circulação de pessoas).



Lembre-se de que o senso da ordenação também pode e deve ser utilizado para organizar os arquivos de seu computador. Colocar os arquivos em pastas facilita o acesso dos mesmos, bem como, organiza o backup para você encontrar sempre a versão mais atualizada.

3.3 SENSO DE LIMPEZA (SEISO)

O **Senso de Limpeza** consiste em aplicar regras referentes à limpeza do local de trabalho. A principal vantagem do Senso *Seiso* está em proporcionar um ambiente agradável e sadio e melhorar a imagem interna e externa da organização.

FIGURA 26 – SENSO DA LIMPEZA



FONTE: Disponível em: <http://conscienciaconsumir.blogspot.com.br/2012_09_01_archive.html>. Acesso em: 17 ago. 2013.

3.4 SENSO DE SAÚDE (SEIKETSU)

O **Senso de Saúde** compreende a saúde, a higiene e a padronização. Seu objetivo é criar uma cultura de hábitos saudáveis entre os membros da organização e ainda a preocupação com a prevenção de acidentes.

FIGURA 27 – SENSO DE SAÚDE



Senso de Saúde

FONTE: <http://conscienciaconsumir.blogspot.com.br/2012_09_01_archive.html>. Acesso em: 17 ago. 2013.

3.5 SENSO DE AUTODISCIPLINA (SHITSUKE)

O Senso de Autodisciplina tem por objetivo manter o local de trabalho em ordem. A regra básica consiste em desenvolver as tarefas de forma correta, segundo os padrões e normas da organização.

FIGURA 28 – SENSO DE AUTODISCIPLINA



Senso da Autodisciplina

FONTE: Disponível em: <http://conscienciaconsumir.blogspot.com.br/2012_09_01_archive.html>. Acesso em: 17 ago. 2013.

Muitas vezes, por falta de conhecimento, as pessoas entendem que o programa 5S é apenas uma forma de organizar, limpar um escritório ou um setor da instituição. Que o simples fato de realizarem uma faxina geral, com pinturas de paredes e chão limpo, já significa que implantaram o 5S.

Mas a implantação do Programa vai muito mais além. Implica uma mudança de cultura que se inicia com os gestores e vai até o menor cargo da hierarquia da instituição (NOGUEIRA, 2003).

A utilização do Programa 5S como instrumento e/ou ferramenta de gestão contribui para criar uma equipe de trabalho, que tenha objetivos claros cujos resultados levem ao combate do desperdício, crie um novo ambiente no hospital e/ou instituição de saúde (seja um ambulatório, consultório ou clínica), organizada, limpa, com ordem e responsabilidade.

A sua implantação na prática é muito simples, porém exige que a equipe esteja preparada para criar:

Novos hábitos.
Novos comportamentos.
Novas atitudes por parte de todos.

Quando implantado de forma correta, o programa 5S ajuda a eliminar o custo extra, o cansaço em excesso por parte dos colaboradores, problemas de saúde e contribui para o aumento da produtividade.

Mas o programa 5S também passou por um processo evolutivo. Atualmente, as empresas já estão colocando em prática os 10S, ou seja, estão acrescentando mais 5S aos usuais. Vamos ver de que tratam esses novos sentidos?

Senso da Constância (SHIKAKHI): diz respeito à firmeza de ânimo, multiplicar o que aprendi, ajudando a quem precisa.

Senso do Compromisso (SHITSUKOKU): corresponde à dedicação, obrigação assumida por todos, comprometimento com o sucesso do 5S.

Senso da Coordenação (SEISHO): diz respeito às questões de liderança e coordenação do Sistema 5S dentro dos setores e a empresa.

Senso da Padronização (SEIDO): corresponde à ação simultânea, procedimentos e normas que registem o Sistema 5S nas áreas e na empresa.

Senso de Responsabilidade Social (SEKININ SHAKAI): trata do compromisso que a organização e as pessoas que dela fazem parte devem ter para com a sociedade. Incluem neste senso, toda e qualquer ação que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida da sociedade.

Estes cinco novos sentidos não são totalmente desconhecidos para você. Em algum momento já ouviu e já utilizou estas palavras. Talvez a mais nova seja “responsabilidade social”.

Você se recorda do que é responsabilidade social?

Responsabilidade Social é uma atividade favorável à qualidade de vida no trabalho e na sociedade, aos respeito às minorias e aos mais necessitados, à igualdade de oportunidades, à justiça comum e ao fomento da cidadania e respeito aos princípios e valores éticos e morais. (MELLO NETO; BRENNAND, 2004, p. 7)



GESTÃO HOSPITALAR E RESPONSABILIDADE SOCIAL: O CASO DO HOSPITAL SAMARITANO

O tema responsabilidade social empresarial tem surgido com frequência, não apenas na mídia, como também no ambiente corporativo, contudo, é na prática diária dos funcionários e empresários que ela se efetiva. Agir de maneira socialmente responsável requer um compromisso do profissional com a ética no exercício de seu ofício. O conceito de responsabilidade social é amplo e tem na ética a base de suas ações e relações. No caso da ação hospitalar, essa prática social envolve: lidar com vidas, amenizar sofrimentos e garantir qualidade de vida, independentemente da condição social, econômica ou racial do paciente. A gestão hospitalar socialmente responsável constitui um atributo que extrapola as questões legais envolvidas no atendimento na área de saúde. A presente investigação busca identificar projetos sociais dos hospitais que integram a Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP, e elege para um estudo mais minucioso a ação social do Hospital Samaritanos, localizado no município de São Paulo, ganhador do prêmio TOP Social 2002, finalista do prêmio ECO 2004 e da Vida Profissional Sodexho Pass 2004.

Para você se aprofundar o seu conhecimento sugiro a leitura na íntegra do artigo: GESTÃO HOSPITALAR E RESPONSABILIDADE SOCIAL: O CASO DO HOSPITAL SAMARITANO.

Disponível em: <http://www.pesquisaemdebate.net/docs/pesquisaEmDebate_7/artigo_4.pdf>.

Para colocar em prática o 5S ou do 10S não existe uma metodologia pronta. Você encontrará vários modelos e deverá adequá-los à realidade de sua instituição.



Lembre-se de que a implantação dos Programas 5S e 10S exige mudança de cultura e comportamento das pessoas envolvidas.

4 METODOLOGIA PARA IMPLEMENTAR O PROGRAMA 5S

Geralmente a implementação do Programa 5S nas instituições obedecem a três fases. De acordo com Junior, Carvalho e Tambosi (2007) elas se resumem em:

- Preparação.
- Implantação.
- Manutenção.

A **fase de preparação** consiste numa visita técnica no ambiente a ser implementado o 5S com o objetivo de levantar as informações relevantes e analisar a situação atual das condições de trabalho da empresa. Sendo assim envolve as seguintes atividades:

- Definição da data de implantação.
- Comunicação às áreas envolvidas.
- Preparação das equipes para o diagnóstico.
- Realização do diagnóstico (registro fotográfico ou filmagem das áreas para comparação do antes e depois).
- Preparação do roteiro de descarte.
- Elaboração de planos de ação.

Na **fase de implantação**, a partir das informações coletadas na fase da preparação é realizada uma sensibilização da equipe de trabalho (chefes e liderança) para ressaltar a importância do apoio total dos gestores. Na sequência é realizado um programa de formação com os demais colaboradores, explicando cada um dos sentidos e sua função no processo, que inclui:

- Promover um mutirão organizado, buscando melhorar o próprio ambiente de trabalho.
- Desenvolver ações de descarte, limpeza e ordenação nos locais de trabalho.
- Demonstrar visualmente os resultados imediatos do 5S.

Na **fase de manutenção** é realizada, inicialmente, a formação de uma equipe de auditores, pois o processo de manutenção é mais complexo que a fase de implantação. Cabe à equipe de auditores realizarem a avaliação, motivar e promover um espírito de competição e de melhoria à equipe, estimulando-a a praticarem os cinco sentidos.

Um dos desafios é manter o 5S no ambiente de trabalho, por isso é necessário que se desenvolva um plano de atividades, que deverá incluir:

- Reconhecimento.
- Campanhas.

- Divulgação.
- Controle visual.
- Motivação visual.

Além disso, é importante a atuação das auditorias externas e internas durante a manutenção do programa.



Auditorias internas: avaliação do Programa 5S realizada por auditores internos, ou seja, colaboradores do hospital ou instituição de saúde.

Auditorias externas: avaliação do Programa 5S realizada por auditores externos, ou seja, pessoas externas ao hospital ou instituição de saúde.

De acordo com Nogueira (2009), a avaliação dos resultados nas organizações é realizada por meio de uma pontuação, que será fundamentada em evidências objetivas (fatos e dados). Por isso é importante que a organização:

- Defina as metas e estabeleça um plano de ação.
- Acompanhe a execução
- Atue corretivamente nas causas dos desvios.
- Divulgue os resultados, principalmente nas áreas envolvidas no processo de avaliação.
- Apresente os relatórios de avaliação ao principal executivo do hospital, e ao grupo gerencial.

FORMA DE PONTUAÇÃO DO 5S

Todos os senso possuem cinco itens divididos nas pontuações (0,5, 10, 15, 20) pontos por item, a serem verificados pelos avaliadores, respectivamente, somando um total máximo de 100 pontos em cada senso.

- As pontuações (0 e 5) correspondem à situação “fora de padrão”.
- A pontuação (10) corresponde à situação de “perigo/alerta”.
- A pontuação (15 e 20) corresponde à situação “de acordo com o padrão”.

Para que o senso seja considerado “de acordo com o padrão” deverá obter uma soma na pontuação igual ou superior a 80 pontos, podendo ser representado por símbolos de cor **VERDE**.

Quando a soma da pontuação do senso for entre 50 e 75 pontos, estará em situação de “perigo/alerta” podendo ser representado por símbolos de cor **AMARELA**.

Quando a soma da pontuação do senso for entre 0 e 50 pontos, estará “fora de padrão” podendo ser representado por símbolos de cor **VERMELHA**.

E os resultados? Preciso divulgar?

A divulgação do processo do 5S deve ocorrer sempre, mostrando os pontos positivos, e destacando as áreas que mais avançaram no processo. Pode-se criar e divulgar um “*ranking*”.

A divulgação de fotos que mostrem situações negativas das áreas, não é aconselhável, pois pode causar um aspecto “controlador” às avaliações, porém fotos, que demonstram uma evolução do ambiente, provocam uma sensação de conquista para a equipe daquela área.

Mas você deve se perguntar: em quais setores das organizações podemos aplicar o 5S? O 5S pode ser aplicado em vários setores de uma unidade de saúde, como por exemplo, no setor de administração de materiais e equipamentos, onde é possível identificar e perceber deficiências do setor e com isso fornecer subsídios para melhorias.

Ou ainda podemos implantar o 5S nas unidades de arquivo médico e estatística. Imagine como encontrar um prontuário se o local estiver desorganizado? O 5S, neste caso, contribui para a padronização das caixas de arquivo, das pastas de documentos administrativos, padronização das etiquetas de identificação (no que se refere à cor, tamanho e tipo de fonte de letras).

Mas você pode aplicá-lo na organização da farmácia, almoxarifado, manutenção e até mesmo nos setores de assistência direta ao paciente como é o caso dos postos de enfermagem nas unidades de internação dos hospitais e as salas de atendimento ao paciente nos ambulatorios de saúde.

5 BALANCED SCORECARD (BSC)

O *Balanced Scorecard* é uma metodologia de medição e gestão de desempenho desenvolvida por Robert Kaplan e David Norton (professores da Harvard Business School), em 1992.

O *Balanced Scorecard* também é conhecido como matriz BSC. Trata-se de um sistema de controle gerencial que tem por objetivo atuar como uma ferramenta de gestão estratégica associando medidas financeiras de desempenho passado com medidas de vetores que estimulem o desempenho futuro que derivam de objetivos que por sua vez derivam da visão da instituição (ALVES, 2012).



O *Balanced Scorecard* (BSC) é uma ferramenta de tradução da estratégia e que permite às organizações manter este foco. O foco estratégico é o comprometimento com as metas de maneira sintonizada, é o planejamento e a execução de diretrizes e táticas que possibilitarão a organização uma posição mais vantajosa. (BORBA; OLIVA, 2004, p. 251 – Grifo Nosso).

FIGURA 29 – AS PERSPECTIVA DO BALANCED SCORECARD



FONTE: Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Balanced_scorecard - Acesso em 20/08/2013>. Acesso em: 17 ago. 2013.

Perspectiva financeira: as medidas de desempenho financeiro informam se a estratégia da empresa, bem como sua implementação e execução está contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros.

Perspectiva do cliente: caracterizada pela identificação do mercado e dos seguimentos nos quais a organização deseja competir.

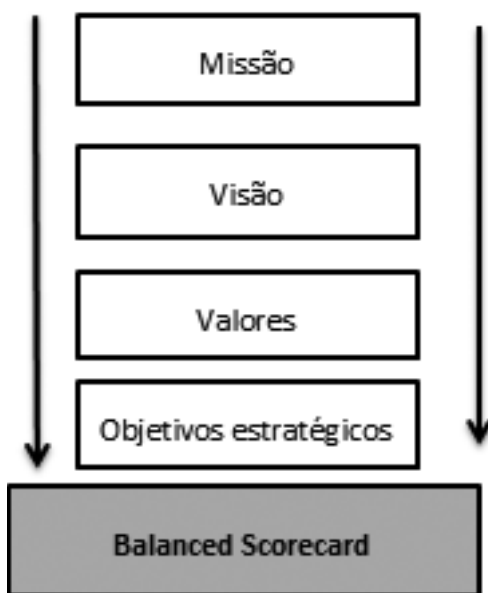
Perspectiva dos processos internos: a partir desta perspectiva é possível identificar os processos mais críticos para a realização dos objetivos dos clientes fazendo com que instituição possa realizar proposta de valor capaz de atrair e reter clientes.

Perspectiva do aprendizado e crescimento: a função desta perspectiva está vinculada à capacidade da empresa de desenvolver os recursos humanos por intermédio da identificação e aprimoramento das lideranças.

Você sabia que a estratégia e a missão da instituição norteiam o processo hierárquico do qual a BSC se deriva?

A ferramenta BSC é derivada de um processo hierárquico (*Top Down*), norteado pela missão e estratégia, conforme você pode observar na figura a seguir.

FIGURA 30 – PROCESSO *TOP DOWN* DO BALANCED SCORECARD



FONTE: Adaptado de Tajra (2006)

Alves (2012) coloca que o processo de BSC é um trabalho de equipe da alta administração que deverá seguir as seguintes diretrizes:

- Traduzir a estratégia em objetivos estratégicos específicos.
- Estabelecer metas financeiras.
- Deixar claro o segmento de cliente e de mercado com quem está comprometido.
- Identificar objetivos e medidas para seus processos internos que é a principal inovação e benefício do *scorecard*.
- As metas de aprendizado e crescimento expõem os motivos para investimentos na atualização dos colaboradores, na tecnologia disponível e nos sistemas de informações gerenciais que vão produzir inovações e melhorias significativas para os processos.

Você encontrará várias literaturas que apontam dificuldades na implementação do BSC em hospitais. Entre as dificuldades, a principal é a determinação de quais indicadores serão utilizados e como construir aqueles que evidenciam o que o gestor precisa ver.

Além disso, uma das dificuldades está na obtenção de informações, como, por exemplo, a impossibilidade de se obter dados relativos a períodos de tempo menores (mensais, semanais e, eventualmente, diários). Estas limitações dificultam não apenas a eficácia ou a viabilidade de um sistema de indicadores de desempenho, mas a própria gestão da estratégia da instituição (JUNG; JAQUES, 2006).



BSC – Balanced Scorecard – Ferramenta Gerencial para Organizações Hospitalares

Edição: 1ª

Ano: 2004

Autor: Oliva, Flávio Alberto – Borba, Valdir Ribeiro

Páginas: 288

Editora: Iátria

O livro aborda a ferramenta BSC para gerenciamento, seus conceitos, objetivos e metodologia; a produtividade nas empresas de serviços hospitalares; a metodologia BSC e os modelos de mensuração; o gerenciamento hospitalar estratégico e os benefícios do marketing na assistência hospitalar; o planejamento estratégico como base instrumental do BSC; o foco estratégico para implementação do BSC: workshop, metodologia de cabine de comando, identificação dos objetivos, metas e indicadores por

perspectiva, planilhas para o roteiro simplificado, comunicação do BSC, Business Plan hospitalar e o modelo-padrão para o plano de negócios.



RESUMO DO TÓPICO 1

Caro acadêmico! Neste capítulo, você teve a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre:

- O conceito de planejamento.
- Os tipos de planejamento.
- A importância do planejamento estratégico.
- O programa 5S.
- O significado de cada um dos sensores.
- A importância das ferramentas planejamento estratégico e programa 5S no contexto da qualidade.

AUTOATIVIDADE



- 1 Agora que você já conheceu os cinco sentidos da qualidade, observe seu ambiente de trabalho e elabore um planejamento de como você poderia implantar o 5S na sua empresa.
- 2 Destaque as dificuldades encontradas para a implantação do 5S.

A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, você já deve ter ouvido falar muito em humanização na área da saúde. Mas, então, por que da necessidade e urgência em se discutir esse tema?

A humanização tem a ver com a pessoa, com o ser humano, faz referência aos seus direitos enquanto cidadãos, respeito nas relações de convívio e, a base está em garantir a dignidade e os direitos às pessoas.

Desde os primórdios já se falava em direitos das pessoas. Quem diz que a pessoa tem dignidade e direitos? Quem os assegura? Quem os define, defende e promove? Encontramos respostas para essas indagações em: a) No pensamento dos sábios ao longo da história; b) Nas declarações da sociedade civil internacional; c) Nos Documentos da Igreja; e d) Nos textos da Bíblia (MEZZOMO, 2012).

Porém, sabemos que muitas vezes tais direitos não são respeitados e devido à cultura de uma sociedade capitalista na qual estamos inseridos, falar em humanização e refletir sobre o ser humano como um todo é um grande desafio.

Embora a humanização seja algo complexo e muito particular de cada pessoa que a demonstra, é muito importante expandir a discussão sobre o assunto, pois ela deve estar voltada, para as necessidades de quem é assistido.

2 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Até o momento não existe um conceito formado para humanização no contexto da saúde. A utilização dos termos humanização, humanização da assistência hospitalar ou humanização em saúde já são frequentes, tanto na literatura como nas políticas do Ministério da Saúde, porém, ainda se encontra uma resistência por parte de muitos profissionais da saúde em aceitá-los. O argumento principal é que a humanização é inerente à prática de quem cuida de seres humanos (MELLO, 2008).

Você encontrará diversos conceitos para humanização na literatura, eis alguns deles.



Humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece os aspectos subjetivos das relações humanas, os valores socioculturais e os funcionamentos institucionais na compreensão dos problemas e elaboração de ações de saúde, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento. (RIOS, 2009, p. 15).

Para Reis, Marazina e Gallo (2004, p. 36), humanização em saúde é

uma possibilidade política de se alterar uma lógica utilitária e autoritária que produz sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes. Ela poderá instaurar, no interior das organizações, espaços de liberdade de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar dimensões subjetivas e singulares.

Da mesma forma Martins (2001, p. 37) entende a humanização em saúde

como um processo amplo, demorado e complexo. Aparecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamentos onde os padrões já conhecidos são percebidos como mais seguros. Assim, cada profissional, equipe ou organização passa por processo singular de humanizar, pois se não for singular não será de humanização.

Desta forma, podemos observar nestes conceitos vários entendimentos por parte dos autores sobre o que é humanização.

De acordo com Ruthes (2010), a humanização é um antigo conceito que ressurgiu para valorizar as características dos seres humanos. Nos EUA, foi criado em 1974, o Instituto da Medicina Humanizada, mostrando que também lá a humanização é recente na instituição de saúde.

No Brasil, podemos dizer que este conceito surgiu com a Constituição Federal em 1988, quando no art. 196 estabeleceu-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos da doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Mezomo (1995, p. 276), ao falar em humanização, utilizou o termo de hospital humanizado. Para ele o hospital humanizado “é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

Nos dias atuais convivemos com vários movimentos em torno da humanização. Esses movimentos trabalham com a finalidade de resgatar os vínculos entre as pessoas devido às dificuldades encontradas. Entretanto, para Zaher (2005) a humanização na área da saúde não é um processo isolado, é a tentativa de resgate da dignidade da vida.

3 A POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH

O setor da saúde enfrenta vários desafios em suas diversas áreas de atuação. A falta de infraestrutura associada à baixa qualificação dos profissionais tem sido uma problemática para as instituições de saúde em todos os níveis de atenção.

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à cogestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde, em 2004, criou a Política Nacional de Humanização, Atenção e da Gestão da Saúde – PNH, com o objetivo de introduzir no atendimento na saúde uma nova cultura, apoiada na melhoria da qualidade e também na eficácia dos serviços prestados baseada na aproximação das relações entre:

- Trabalhadores da saúde.
- Usuários e profissionais.
- Hospitais e comunidade.

De acordo com Brasil (2004), a PNH tem oito princípios norteadores, vamos conhecê-los:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e nos serviços de saúde, entendidos como dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas de humanização nas diferentes práticas e instâncias gestoras da saúde.
- Consolidar e expandir a rede virtual de humanização, facilitando trocas, dando visibilidade às experiências exitosas e multiplicando práticas comprometidas com a PNH.
- Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação, incluindo processos de monitoramento e criação de indicadores relacionados à PNH, articulados com as demais políticas de avaliação do Ministério da Saúde.
- Selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora.
- Propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual etc.
- Articular os programas e os projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto etc.) com a PNH, com vistas a diminuir a verticalização, implicando a corresponsabilidade dos gestores estaduais e municipais.
- Incentivar a construção de protocolos para serviços com perfil humanizador.

Além dos princípios norteadores, a PNH estabelece alguns eixos prioritários citados a seguir:

1. A redução das filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. O acesso à informação por parte dos usuários. Sendo que todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Desta forma, desde então vários documentos têm sido criados para ajudar na implantação da Rede Humaniza SUS.

A criação da PNH foi baseada em uma série de legislações conforme quadro a seguir.

QUADRO 20 – LEGISLAÇÕES ESTRUTURANTES DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Legislação	Descrição
Portaria nº 399 GM/MS, de 22/02/2006:	Divulga o pacto pela saúde 2006 (consolidação do SUS) e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
Portaria nº 373 GM/MS, de 27/02/2002:	Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica.
Portaria nº 2203 GM/MS, de 05/11/1996:	Aprova, nos termos do texto, a esta portaria, a NOB 1/96, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.
Lei nº 8.142, de 18/12/1990:	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Lei nº 8.080, de 19/9/1990:	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

FONTE: Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/legislacao.php>>. Acesso em: 17 ago. 2013.



REDE HUMANIZA SUS

A Rede Humaniza SUS é a rede social das pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS.

Seu objetivo é criar uma rede de colaboração, que permita o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um.

Trata-se de uma arena aberta pela Política Nacional de Humanização para ampliar o diálogo em torno de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

Uma aposta no coletivo. Uma aposta na inteligência coletiva. Uma aposta na constituição de coletivos inteligentes.

Aposta no Coletivo Humaniza SUS. Coletivo que se constitui em torno desse imenso acervo de conhecimento comum, que se produz sem cessar nas interações desta Rede.

A grande aposta é que essa experiência colaborativa aumente nossa potência coletiva para o enfrentamento dos grandes e complexos desafios da humanização no SUS.

Você poderá ter mais informações sobre a Rede Humaniza SUS acessando o site: <<http://www.redehumanizasus.net>>.

4 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NOS NÍVEIS ASSISTENCIAIS: ATENÇÃO BÁSICA

O Ministério da Saúde ao criar a PNH estabeleceu alguns critérios a serem seguidos por gestores e profissionais da saúde em relação aos níveis assistenciais.

Desta forma, a Atenção Básica deve estar interligada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar apoio, sempre que necessário. Com isso, facilitaria a criação e manutenção do vínculo terapêutico.

Além disso, devido à diversidade de situações vivenciadas na Atenção Básica é necessária uma articulação com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Outro aspecto relevante é a integração ensino-serviço em saúde, uma vez que a Atenção Básica também é considerada um lugar privilegiado de ensino-aprendizagem, um campo de práticas a ser consolidado e continuamente transformado a partir das experimentações concretas, inclusive pelo ensino formal (ensino técnico, de graduação e pós-graduação).

Entretanto, o próprio Ministério entende que tais articulações ainda são um desafio frente aos problemas enfrentados pelos municípios e estados brasileiros.

Já em nível hospitalar um dos principais pontos da PNH estabelece critérios de acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência, conforme demonstra o quadro a seguir.

Para a classificação do risco foi adotado o sistema de cores, com a seguinte classificação:

QUADRO 21 – CLASSIFICAÇÃO DO RISCO FOI ADOTADO O SISTEMA DE CORES

 VERMELHO	Destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, os pacientes são encaminhados para outras áreas para a sua recuperação.
 AMARELO	Destinada a pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.
 VERDE	Destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.
 AZUL	Destinada a pacientes com atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

FONTE: Autora

4.1 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR (PNHAH)

Após várias pesquisas com os usuários do SUS nos hospitais públicos, decidiu-se criar o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), pois os resultados de pesquisas de avaliação dos serviços de saúde têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro.

Na avaliação do público, usuário do SUS, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde em compreender suas demandas e expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (BRASIL, 2001).

Desta forma, a iniciativa de criação da PNHAH tem por objetivo enfrentar os grandes desafios de melhoria da qualidade do atendimento público à saúde e de valorização do trabalho dos profissionais desta área.

O que é o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH? De acordo com Brasil (2001, p. 7), o PNHAH propõe,

Um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. E seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

O PNHAN tem por objetivo:

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira.
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área.
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado.
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (BRASIL, 2001, p. 14).

5 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A humanização em ambiente hospitalar não se resume em ações isoladas de caráter promocional. Ela deve ser permanente, articulada e integrada ao atendimento do enfermo hospitalizado.

Neste sentido, Mezomo (1995) coloca que a humanização é de fato, não apenas um conceito é uma filosofia de ação solidária.

Quando falamos em humanização estamos fazendo referência a uma série de fatores que segundo Mezomo (1995) se resumem em:

- a) **Arquitetura hospitalar:** a segurança, acessibilidade, flexibilidade e conforto são premissas básicas que vão de encontro às necessidades do paciente. Por isso da importância em se pensar em cores, decoração juntamente com as condições mínimas exigidas pela ANVISA para um espaço hospitalar adequado.

FIGURA 31 – HUMANIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE



FONTE: Disponível em: <<http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=428143>>. Acesso em 17 ago. 2013.

- b) **Pessoal:** você já parou para pensar em que momento da vida a pessoa procura por um hospital? O paciente geralmente quando hospitalizado, passa por um período de dor, de solidão, de conviver com o desconhecido. Dai a necessidade de ter o amparo de uma equipe técnica que saiba lhe compreender, lhe dar a resposta adequada, além do cuidado técnico necessário. Mezomo (1995) alega que a humanização do hospital é tão necessária quanto o tratamento que se oferece ao paciente.

FIGURA 32 – HUMANIZAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://blog.hospitalsaojose.com/?p=175>>. Acesso em 17 ago. 2013.

- c) **Administração:** compete à administração do hospital garantir ao paciente um atendimento com uma equipe técnica com formação e quadro de funcionários adequado às necessidades desse paciente. O paciente não é apenas um objeto, ele tem desejos, ansiedades, além de suas necessidades. Saber dar a oportunidade de ouvi-lo já é um grande passo à humanização.

FIGURA 33 – ADMINISTRAÇÃO COM HUMANIZAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://www.fsa.br/conteudo/index.asp?c=2&s=13&ss=186>>. Acesso em 17 ago. 2013.

- d) **Processo de Atendimento:** o paciente deve ser atendido e respeitado como pessoa desde seu ingresso no hospital, até sua volta à família. O paciente deve ser recebido como pessoa e não como um problema a ser resolvido. No momento da internação, o paciente mergulha num ambiente desconhecido, cujas rotinas de horários e atividades se diferem do seu dia a dia. Neste momento, ele precisa ser acolhido de forma que não se sinta um intruso.

FIGURA 34 – PROCESSO DE ATENDIMENTO



FONTE: Disponível em: <<http://www.duarteschahin.com.br/Projeto.asp?ProjetoAtivo=66>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Mas o que é ambiência?



Por **ambiência na saúde** entende-se o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Desta forma, a ambiência tem como pontos principais a:

Confortabilidade: é necessário conceber ambiências confortáveis e acolhedoras, de modo a favorecer a privacidade e individualidade dos usuários do serviço e trabalhadores que usam o espaço. Neste contexto, destacam-se a cor, a luz, as texturas, os sons, os cheiros e a inclusão da arte nas suas mais diferentes formas de expressão.

FIGURA 35 – AMBIENTE CONFORTÁVEL



FONTE: Disponível em: <<http://karlacunha.com.br/inovacao-no-novo-einstein/>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

Espaço como facilitador do processo de trabalho: a ambiência pode ser facilitadora dos processos de trabalho com funcionalidade, possibilidades de flexibilidade, garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam o processo de trabalho.

FIGURA 36 – ESPAÇO COMO FACILITADOR DO PROCESSO DE TRABALHO



FONTE: Disponível em: <<http://www.austa.com.br/hospital/interno.php?id=59>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

Espaço de encontros entre os sujeitos: o modo de produção coletiva dos espaços se relaciona com o método da inclusão adotado pela PNH como um dispositivo de transformação, que propicie a criação de espaços coletivos (oficinas, rodas) para discussão e decisão sobre as intervenções no espaço físico dos serviços de saúde.

FONTE: Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html >. Acesso em: 17 out. 2013.

FIGURA 37 – ESPAÇO DE ENCONTROS ENTRE OS SUJEITOS (USO COLETIVO)



FONTE: Disponível em: <<http://www.spdmafilados.org.br/site/index.php/unidades-diadema/hed-reabilita%C3%A7%C3%A3o/382-1-humanizacao-hclpm.html>>. Acesso em: 17 ago. 2013.



Dicas para se implantar um projeto cogерido de ambiência nas unidades de saúde:

Criar um espaço coletivo para discussão e decisão sobre as intervenções no espaço. Pode ser por meio de uma oficina de ambiência ou uma roda de discussão onde estejam incluídos gestores do serviço/rede, trabalhadores, representantes dos usuários, profissionais de arquitetura e engenharia.

Pensar numa dinâmica de trabalho com o grupo que inclua a presença de um apoiador/facilitador.

Promover discussão sobre o modelo assistencial e os processos de trabalho que acontecem ou acontecerão no lugar da intervenção, descrevendo esses processos por meio de fluxogramas analisadores, diagramas ou outro instrumento que o grupo achar mais adequado.

Verificar o que a normatização traz sobre os espaços para a determinada unidade ou serviço referente aos ambientes necessários, características, instalações e dimensões.

Elaborar a descrição dos espaços físicos necessários e seus arranjos de acordo com o processo de trabalho que se pretende no local, considerando/problematizando as exigências das normas. Esse processo e seu produto será o subsídio para os profissionais de arquitetura e engenharia desenvolverem um ótimo projeto para a intervenção no espaço físico, garantindo a participação dos usuários do espaço.

FONTE: Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html>. Acesso em: 20 ago. 2013.

Na correria diária das instituições de saúde sejam elas hospitalares ou não, os profissionais sempre estão atribulados de funções e cobranças por parte de seus superiores, e nem sempre conseguem dar a devida atenção ao paciente.

Vamos observar parte do relato realizado pelo Professor Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres em seu artigo “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”.

Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: 'Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contato inteiramente diferente'. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo

risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse.

Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional 'Como passou desde a última consulta?'. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: 'Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar'. Minha aturrida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado – que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa – o grande sonho, seu e do marido – construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito "literário" como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato 'encontros', o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali.

FONTE: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 17 out. 2013.



Para ter acesso ao texto na íntegra acesse o site: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>.

Observamos no relato anterior que muitas vezes, os profissionais da saúde não estão preparados para acolher, ouvir o paciente. Neste sentido, Zaher (2005, p. 12) coloca que,

Os pacientes precisam de mais, muito mais do que um bom profissional que saiba seu ofício corretamente. Querem ser atendidos como pessoas ativas, que pensam, que podem interagir com o saber médico e dos demais profissionais, questionando tratamentos e escolhendo entre as alternativas oferecidas. Querem ser respeitados, bem tratados, sentir-se bem, sem ter de passar por toda uma via crucis administrativa e burocráticas que facilmente é encontrada na área da saúde, principalmente nos serviços públicos. Neste momento são pacientes doentes, necessitando de cuidados, e não devem ficar expostos a uma série de procedimentos não diretamente vinculados à sua queixa [...].

Além disso, cabe salientar, caro(a) acadêmico(a), que o gestor hospitalar vai se deparar com vários desafios no curso de sua profissão. Embora, as políticas de saúde tenham como princípio o atendimento integral em relação à saúde do cidadão, sabemos que convivemos com as longas filas de espera em unidades de saúde básica e hospitais, altos custos de procedimentos, a crença exacerbada da população que os exames são mais eficazes que o conhecimento do profissional, e por todos esses motivos a relação profissional de saúde e paciente estão se deteriorando. (ZAHER, 2005).

Você também encontrará outra realidade que compromete a humanização em saúde. Os profissionais geralmente ultrapassam suas horas normais de trabalho. Devido à falta de valorização do mercado necessitam estender suas jornadas com mais de um emprego.

Mas o que fazer diante de tudo isso?

Já se observa em todo Brasil alguns movimentos em prol da humanização na saúde. Entretanto, Ruthes (2010) salienta que para a implementação da PNH existe ainda a necessidade de estratégias gerais, composta por eixos que possibilitem a apropriação da sociedade como um todo.

QUADRO 22 – EIXOS COMPONENTES DAS ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE PNH E SEUS MODOS DE OPERACIONALIZAR

EIXOS	MODOS DE OPERACIONALIZAR A PNH
Financiamento	Através da integração de recursos vinculados aos programas específicos de humanização e outros subsídios (adesão com compromisso dos gestores).
Instituições do SUS	Através dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos.
Educação permanente	Através do conteúdo profissionalizante na graduação, especialização, entre outros.

Mídia	Através do debate orgânico da saúde: discurso social amplo.
Atenção	Através da ampliação da atenção integral à saúde.
Gestão da Política	Através da sistemática de acompanhamento e avaliação estimulando a pesquisa relacionada ao tema humanização.

FONTE: Ruthes (2010, p. 198)

Humanização é individualizar e personalizar a assistência frente às necessidades de cada um. A humanização não é apenas uma questão de mudanças nas instalações físicas, trata-se de mudança de comportamento e atitudes profissionais, frente ao paciente, seus familiares, sua equipe de trabalho.

As modificações no ambiente físico são importantes, porém, não são as únicas. Um exemplo, de como a humanização do atendimento é primordial para a recuperação do paciente podemos observar no Filme “Um golpe do destino”.



UM GOLPE DO DESTINO (THE DOCTOR)

Gênero: Drama

Duração: 122 minutos

Ano: 1991

O Dr. Jack MacKee (William Hurt) é um competente e respeitado cirurgião. Ocupado, ele nunca tem tempo para a família ou para os seus pacientes, a quem trata com frieza e pragmatismo. Mas o destino lhe preparou um triste golpe. O Dr. Jack está com câncer. Agora, na condição de paciente, ele experimenta a solidão, o medo, a incerteza por que passam os doentes. Em meio a exames, remédios e trâmites burocráticos, ele descobre que muitas vezes a amizade e carinho podem ser o melhor tratamento.

Competente e conceituado cirurgião, Dr. Jack trata seus pacientes com a “neutralidade necessária para o exercício de sua profissão”, mas a vida se encarrega de lhe ensinar que não somente é possível, mas necessário fazer medicina com o coração, pois nisso está a raiz do componente mágico que pode definir entre a cura ou a morte do paciente. E descobrirá tudo isso na posição de paciente, provando de seu “próprio remédio”, e aprendendo ensinamentos úteis para sua vida profissional, mas principalmente para a vida pessoal, que estava abandonada há muito tempo!

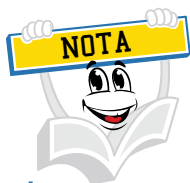
Depois de cruzar a tênue linha Paciente/Médico, o Dr. Jack passa a conhecer como é enfrentar a burocracia e a indiferença dos médicos, o que é esperar por horas o resultado de um exame ou por uma consulta na qual será informado sobre o andamento de seu tratamento, o que significa ser apenas um número em um papel.

Embora, convivamos diariamente com uma série de problemas, seja a falta de recursos financeiros, equipamentos e recursos humanos, esses fatores não podem ser o motivo para que programas de humanização não sejam implementados. De acordo com Ruthes (2010), os profissionais que assistem direta ou indiretamente os pacientes fazem parte do processo assistencial e são os verdadeiros responsáveis pela Humanização e Qualidade da Assistência em Saúde.

5.1 AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO: MODELOS A SEREM SEGUIDOS

Vimos anteriormente uma série de problemas existentes que tem impedido e/ou dificultado o processo de humanização em saúde. Mas algumas iniciativas têm se destacado e servidas de modelo na humanização em vários contextos.

Por exemplo, você encontra muitas instituições de saúde, que já instituíram em sua estrutura funcional uma comissão de humanização hospitalar.



A **Comissão de Humanização Hospitalar** é um grupo composto, uma equipe multiprofissional compromissada com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano.

Atribuições da Comissão de Humanização:

- possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica;
- criar alternativas e soluções que ajudem a melhorar o atendimento e o trabalho em termos de humanização dos serviços;
- conceder e implantar novas iniciativas de humanização, que venham beneficiar, os administradores, os profissionais de saúde e os pacientes internos e externos;
- estimular intercâmbio de conhecimentos, experiências e pesquisas em humanização já existentes;
- utilizar os parâmetros da assistência hospitalar do “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar”;

- avaliar projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda serão desenvolvidos na instituição de acordo com a filosofia de humanização;
- fazer diagnósticos da situação hospitalar em termos de serviços humanizados;
- elaborar e implantar planos operacionais de ações humanizadas.

FONTE: Extraído e adaptado de: <<http://www.hnsc.org.br/?q=o-hnsc/comissoes/comissao-de-humanizacao>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

Agora vamos conhecer algumas iniciativas que têm contribuído no processo de cura dos pacientes hospitalizados. Vamos lá!

5.1.1 Palhaços em hospitais

As ações de humanização em hospitais foram marcadas por Hunter “Patch Adams” um médico americano que revolucionou a forma de atendimento médico. Seu trabalho, iniciado na década de 70, até hoje inspira milhares de pessoas no mundo todo, especialmente após ter sua vida imortalizada pela Universal Pictures no filme “Patch Adams – O amor é contagioso”, estrelado pelo ator Robin Williams em 1998 e aplaudido por milhões de pessoas ao redor do mundo.



Hunter Doherty “Patch” Adams

(Washington D.C., 28 de maio de 1945) é um médico norte-americano, famoso por sua metodologia inusitada no tratamento a enfermos. Formado pela Virginia Medical University, também fundou o Instituto Gesundheit em 1971.

Em um programa de entrevistas na televisão brasileira (Roda Viva), em 2007, Patch Adams afirmou que nunca disse que “rir é o melhor remédio”, e sim que o riso “faz parte de um contexto”. Na verdade, seu lema era “a amizade é o melhor remédio”.

Aqui no Brasil, você já deve ter ouvido falar sobre a atuação de “Palhaços em Hospitais”, ou especificamente, do trabalho desenvolvido pelos “Doutores da Alegria”. Vamos conhecer um pouco mais sobre este trabalho!



Doutores da Alegria é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos que, desde 1991, atua junto a crianças hospitalizadas, seus pais e profissionais de saúde. A essência do trabalho é a utilização da paródia do palhaço que brinca de ser médico no hospital, tendo como referência a alegria e o lado saudável das crianças e colaborando para a transformação do ambiente em que se inserem. Em mais de duas décadas de trajetória, já realizou mais de 900 mil visitas com um elenco de cerca de 40 palhaços profissionais (não voluntários) e possui unidades em São Paulo, no Rio de Janeiro e no Recife.

No Rio de Janeiro e em São Paulo, mantém um programa que leva variadas formas de arte, como circo, música e poesia, a pacientes de hospitais públicos, já tendo contemplado mais de 27 mil pessoas; e, no país inteiro, a ONG articula uma rede de iniciativas semelhantes. Para saber mais acesse: <www.doutoresdaalegria.org.br/>.

Para você conhecer um pouco mais sobre esta iniciativa que inspirou tantas outras pelo Brasil a fora como: Projeto Sorriso, Trapamédicos, entre outras. Agora, convido você para assistir ao documentário **Doutores da Alegria – O Filme**.



Doutores da Alegria – O Filme

O documentário mostra o trabalho do grupo Doutores da Alegria, organização que atua em dez hospitais. Dentre suas ações, figuram a produção de pesquisas científicas, teses, publicação de livros e a parceria desde 2002 com o Ministério da Saúde, na área de formação profissional. Dessa forma, o filme resgata a importância do poderoso arquétipo milenar que vem permeando a história da humanidade desde as suas primeiras organizações como sociedade, personificado nas figuras do pajé, do bobo da corte (capaz de dizer as mais duras verdades ao rei sem ser degolado) e do próprio palhaço. Promovendo uma provocação, Wellington Nogueira, fundador da organização, questiona o papel desse arquétipo na sociedade atual, mostrando que seu palco não se restringe ao circo e é cada vez mais necessário, em todos os lugares.

5.1.2 Animal terapia

O Hospital Pequeno Príncipe, localizado na cidade de Curitiba/PR, em 2009, abriu as portas para as entradas de animais através do Programa Amigo Bicho. Com esse projeto as crianças hospitalizadas podem ter contato com animais que ajudam na recuperação da saúde.

FIGURA 38 – PROJETO AMIGO BICHO – HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE



FONTE: A autora

Em 2010, o Hospital Alberto Einstein também passou a aceitar animais de estimação (muitas vezes considerados membros da família) para visitar os pacientes internados. Nestas instituições existem regras rígidas a serem seguidas para que estes animais possam conviver no ambiente hospitalar (figura a seguir).

FIGURA 39 – INFORMATIVO SOBRE VISITA PET – HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

VISITA PET

Pacientes do hospital Albert Einstein agora podem receber animais de estimação

QUE ANIMAIS PODEM VISITAR

Cachorros, gatos e pássaros de estimação

QUAIS OS REQUISITOS

É preciso ter autorização do médico. Além disso, apresentar laudo veterinário atestando as boas condições de saúde do

bicho, carteira de vacinação atualizada e comprovação de que o pet tomou banho nas últimas 24 horas





COMO É A VISITA

O local da visita é determinado pela equipe de enfermagem. A equipe de segurança do hospital acompanha a visita

O tempo de visita depende do comportamento de cada pet. Os mais emotivos precisam usar fralda. Animais de grande porte podem não ser aceitos nos quartos

CUIDADOS

Os animais devem ser impedidos de mexer em materiais médicos e equipamentos



FONTE: Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1256381-albert-einstein-libera-bichos-de-estimacao-para-visitar-pacientes-em-sp.shtml>>. Acesso em: 20 ago. 2013.



O Hospital Albert Einstein é o 35º hospital do mundo e o primeiro da América Latina a conseguir o selo concedido pela organização americana PLANETREE.

5.1.3 Musicoterapia e biblioterapia

A musicoterapia pode abranger diferentes locais, ou seja, na área clínica, hospitalar, educacional e em organizações.

Especialistas alegam que a musicoterapia não só melhora o humor de pacientes hospitalizados como pode até antecipar a alta médica.



Um levantamento feito por uma equipe da FMU (Faculdades Metropolitanas Unidas), que desenvolveu um projeto nos hospitais Paulistano e TotalCor, em São Paulo, e Bezerra de Menezes, em São Bernardo do Campo (SP). Dos cem pacientes ouvidos, 90% tiveram melhora do estado emocional, medida por questionários no início e no fim da sessão. Em 72% dos casos, houve antecipação da alta médica, avaliada por psicólogos e médicos.

FONTE: Disponível em: <<http://musicoterapiaemfoco.blogspot.com.br/2011/06/musicoterapia-na-midia.html>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

Mas o que é a biblioterapia?

A biblioterapia pode ser aplicada tanto num processo de desenvolvimento pessoal, educacional, como num processo clínico-terapêutico. É um processo interativo que se utiliza da leitura e outras atividades lúdicas como coadjuvantes, inclusive em tratamentos de pessoas acometidas por doenças físicas e mentais. Pode ser aplicada na educação, na saúde e reabilitação de indivíduos em diversas faixas etárias (PAIVA, 2008).



○ **“Projeto Contadores de Histórias – Pacientes em Hospitais”** tem por objetivo formar voluntários para contarem histórias a crianças, jovens, adultos e idosos hospitalizados. A finalidade é de levar a eles, além de companhia e alegria, cultura, entretenimento e informação de maneira a contribuir com seu bem-estar mental e emocional, levar o incentivo à leitura e contribuir com a humanização do ambiente hospitalar, por meio da contação de histórias. Para saber mais acesse: <<http://historiaviva.org.br/site/projetos/contadores-de-historias-pacientes-em-hospitais>>.

Caro(a) acadêmico(a)! Você estudou nesta unidade sobre a humanização na saúde, mas especificamente em hospitais. Vários exemplos de ações foram citados, porém, não podemos esquecer que a humanização do atendimento hospitalar envolve mudança de cultura dos profissionais, a introdução de valores, mudança de comportamento, exigindo da equipe de assistência um posicionamento no que se refere ao atendimento prestado.

Tal modificação tem exigido também uma requalificação dos profissionais da saúde, e isso, faz com as instituições passem a investir em treinamento de todos os seus colaboradores.

5.1.4 Brinquedoteca hospitalar

A brinquedoteca hospitalar é um espaço físico destinado ao estímulo do brincar durante o período de hospitalização. De acordo com Friedmann (1992), a brinquedoteca é um espaço necessário para dar à criança a possibilidade de desenvolver as características lúdicas. É um espaço que independente da classe social favorece a criatividade.

A criação de espaços de recreação da “brinquedoteca hospitalar” é uma obrigatoriedade regida por lei.



Lei Federal nº 11.104, de 21 de março de 2005, dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, reconhecendo a importância do brincar das crianças em situação de risco.

FIGURA 40 – BRINQUEDOTECA HOSPITALAR



FONTE: A autora

O Papel da Brinquedoteca na Aderência ao Tratamento Oncológico

Rita de C. R. Mittempergher, Psicóloga, Psicopedagoga e Mestre em Ciências Aplicadas à Pediatria pela UNIFESP.

Pensar uma brinquedoteca dentro de um hospital que atende crianças e adolescentes com câncer está diretamente relacionado à preocupação em aumentar as suas chances de sobrevida e cura com qualidade de vida.

Para que se possa compreender o papel que uma brinquedoteca pode desempenhar na vida da criança que adoece e de seus familiares, é importante conhecer um pouco do impacto do diagnóstico não só nas suas rotinas, como em suas relações interpessoais e nos papéis desempenhados dentro da família. O diagnóstico de um câncer poderá levar não só a criança doente, como também aqueles que lhe são mais próximos a buscar formas de lidar com uma realidade que, em geral, é vivida com muita ansiedade e apreensão. O tratamento oncológico é longo e implica situações de desconforto físico, chegando, em muitos casos, a ser extremamente dolorosas, além de dificultar a continuidade de atividades importantes e agradáveis das quais antes a criança ou adolescente vinha participando.

Além disso, questões intimamente ligadas às expectativas relativas à vida da criança ou adolescente que adoece começam a ser revistas por todos os que, direta ou indiretamente, se encontram envolvidos nessa situação. Perina (Carvalho, 1994, p. 80), ressalta o lugar da doença em nossa cultura, comentando sobre a posição da família diante do fato: “(ela...) sabe da gravidade da doença e fala do seu medo, culpa e dor de não poder mais viver naturalmente sua vida, uma vez que a doença, no contexto sociocultural em que vivemos, é considerada não como parte integrante da vida, mas como um estorvo. Algo que não deveria nunca nos acontecer, imortais que somos em nossa fantasia”.

Deve-se ter em mente, portanto, que a inserção da criança num processo de tratamento numa instituição hospitalar não fora, de forma geral, sequer imaginada anteriormente. A começar pelo diagnóstico e consequente esclarecimento sobre suas implicações em aspectos tais como riscos e características do próprio tratamento, passando pela adaptação à nova realidade que se impõe, tudo parece exigir inúmeras mudanças de rotinas e até de papéis dentro da família. Sendo assim, todos os envolvidos terão, de uma forma mais ou menos repentina, que rever o que esperavam e encontrar formas de lidar com uma nova e dolorosa realidade que se impõe.

Com isso, algumas questões fundamentais devem ser consideradas pela equipe que recebe esse paciente e sua família. Uma das questões de maior importância é justamente aquela relacionada à aderência ao tratamento e a pergunta que se impõe é a seguinte: como garantir que o paciente e sua família, em

particular o acompanhante que se responsabiliza junto com ele pelo tratamento, denominado “cuidador”, sigam corretamente as orientações médicas e da equipe multidisciplinar, tomem corretamente as medicações determinadas e compareçam ao hospital sempre que o tratamento o exigir? Em outras palavras, como garantir a aderência a um tratamento tão longo e exigente?

A efetiva aderência ao tratamento é fruto de um conjunto de práticas que incluem o cuidado com a informação sobre a doença, seus riscos e sobre o tratamento e suas implicações, através de orientações cuidadosas, a preocupação com as dificuldades de acesso ao hospital onde se realiza o tratamento com a frequência necessária (transporte, acomodações para a família quando o paciente é oriundo de outra cidade) e a possibilidade de obtenção das medicações prescritas, muitas delas de custo elevado, que as tornaria inacessíveis a pacientes de baixo poder aquisitivo. Também os longos períodos de permanência no hospital, à espera de consultas, medicações, procedimentos e exames, além daqueles em que uma internação é absolutamente necessária, são desestimulantes para pacientes e acompanhantes.

Assim, um projeto de brinquedoteca deve pretender, como um de seus principais objetivos, contribuir, através da terapia do lúdico, para a adesão ao tratamento oncológico, aumentando as chances de sobrevivência de nossos pacientes, estimulando seu desenvolvimento global e a recuperação de sua autoestima e confiança e tornando menos penosos os períodos de permanência no hospital, tanto para pacientes como para acompanhantes. Além disso, a brinquedoteca, por ser um espaço que facilita a interação, pode auxiliar no processo de informação não somente sobre a doença e o tratamento, mas também sobre as características e o funcionamento do próprio hospital.

Uma brinquedoteca deve ser planejada para oferecer uma variedade de estímulos para crianças, adolescentes e também para os adultos, pois o espaço deve ser pensado também para o cuidador. Seu acervo e as atividades desenvolvidas por sua equipe devem estender-se por todas as áreas do hospital frequentadas pelos pacientes, pois, apesar de ser um local de excelência para a realização de atividades dirigidas para as crianças, adolescentes e seus acompanhantes, sob orientação psicológica, psicopedagógica e de outros profissionais especializados que compõem a equipe do hospital, deve procurar alcançar também os pacientes que estejam impossibilitados, por estarem internados ou em quimioterapia, de permanecerem nela.

Winnicott se refere a “... a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde...” (1975, p. 63). Assim sendo, parece imprescindível que, no caso de crianças com doenças crônicas que dificultam o acesso às brincadeiras, à escola e ao grupo, um espaço especialmente dirigido a essa atividade tão essencial para o resgate e a manutenção da saúde esteja para elas reservado.

Para verificar, entretanto, o papel de uma brinquedoteca na aderência ao tratamento, bem como facilitadora possível no enfrentamento da doença e dos procedimentos inerentes a ele, foi realizada em 2002, pela equipe que compunha a Brinquedoteca Terapêutica Senninha, localizada no Instituto de Oncologia Pediátrica GRAACC/Unifesp, uma pesquisa envolvendo pacientes, acompanhantes e profissionais dessa instituição (Relatório de Avaliação de Resultados, 2002). Os resultados dessa pesquisa, não publicados, revelam como um espaço destinado ao brincar pode auxiliar na vivência do adoecimento e do tratamento, tanto do ponto de vista do paciente e do cuidador, como do ponto de vista do profissional da saúde.

Dos 60 pacientes entrevistados, 75% demonstram conhecimento dos reais motivos pelos quais vêm ao hospital. Esse dado deve ser considerado positivo, partindo do princípio de que o conhecimento que o paciente tem a respeito de sua doença e do tratamento correspondente contribui positivamente para sua evolução. É interessante, entretanto, relacionar esse dado com a afirmação de 68% dos 60 acompanhantes entrevistados relatarem nunca ter tido dificuldades para trazer os pacientes ao hospital. A relação de motivos para que tal coisa aconteça é encabeçada pelo conhecimento, por parte do paciente, da importância do tratamento, seguida de perto por atrativos da Brinquedoteca. No caso dos acompanhantes que relataram dificuldades em trazer os pacientes ao hospital (32%), as formas de persuasão mais utilizadas envolvem a busca de conscientização do paciente da necessidade do tratamento e os atrativos da Brinquedoteca, sendo que num desses casos há a associação desses dois argumentos. Assim sendo, observa-se que a existência de uma brinquedoteca funciona concretamente como elemento de persuasão, facilitando a vinda do paciente ao hospital.

De modo geral, os entrevistados acreditam que a brinquedoteca contribui de alguma forma para a evolução positiva do tratamento dos pacientes do IOP-GRAACC/Unifesp. Os motivos pelos quais essa relação acontece vão além do descrito acima, relacionando-se essencialmente ao fato de que a possibilidade de brincar devolve um caráter de “normalidade” à vida dos pacientes, ao alívio das tensões e do tédio da espera e à distração proporcionada pelo brinquedo e pelas possibilidades de interação social.

Nesse contexto, uma brinquedoteca aparece como um facilitador para o enfrentamento das dificuldades inerentes à doença e ao tratamento, que incluem, além do sofrimento físico, sentimentos de angústia, solidão, isolamento e tédio.

Ainda que alguns mencionem as palavras esquecimento e distração, podemos considerar que talvez esses não sejam os termos mais adequados para definir o que oportunidades de brincar e conversar livremente proporcionam. Talvez o que de fato aconteça seja uma mudança na perspectiva da própria relação com a doença, que deixa de ser o centro da vida dessas pessoas para ser apenas uma parcela, ainda que muito significativa, dessa vida. Isso pode

acontecer exatamente pela possibilidade de contato com outras áreas de interesse de pacientes e acompanhantes, ligadas ao lúdico, à aprendizagem e à socialização.

Além disso, o tratamento deixa de ser, necessariamente, considerado algo que afasta a criança de seu cotidiano através do trabalho da Brinquedoteca, considerada como um espaço de resgate das vivências inerentes à infância, particularmente o brincar.

Não basta, entretanto, que o espaço da brinquedoteca seja reduzido apenas a uma sala de espera sofisticada e repleta de brinquedos interessantes e bem organizados. Esse cuidado é a base para um trabalho mais amplo, envolvendo a equipe que a compõe, que deve estar atenta para auxiliar e orientar o paciente na procura pelo brincar, pelo aprender e pelo crescimento pessoal, estimulando-o a procurar seus pares, sua escola e sua profissionalização fora do hospital.

Nesse ponto, é de fundamental importância que a equipe de uma brinquedoteca integre de maneira efetiva a equipe multidisciplinar do hospital. Isso se justifica pelo fato de que é na brinquedoteca que a criança “acontece”, ou seja, é nela que podemos observar como a criança brinca e como interage de maneira espontânea e quais são seus interesses. É muitas vezes nesse espaço que se identificam alterações de comportamento cujo conhecimento obtido através da observação por profissionais especializados em desenvolvimento humano e que conhecem os pacientes através do contato cotidiano, pode ser de grande importância para a equipe. Por esse motivo, esse conhecimento deve ser compartilhado sempre que houver oportunidade, inclusive em reuniões formais com outros membros da equipe multidisciplinar para discussão de casos. Assim sendo, uma brinquedoteca hospitalar não deve olhar apenas para si mesma, para sua organização e higiene, caso pretenda ser considerada terapêutica. Sua atuação deve ir além, assumindo o seu papel dentro da equipe, pois somente assim contribuirá para a construção da tão importante visão global do paciente, como parte integrante do seu tratamento e com um conhecimento específico a ser compartilhado.

FONTE: Extraído de: <http://aahjimpedagogia-hospitalar.blogspot.com.br/2011_11_01_archive.html>. Acesso em: 20 set. 2013.

Os objetivos destes espaços vão muito mais além que proporcionar à criança o brincar. Eles visam diminuir a ansiedade e os traumas do processo de hospitalização; fortalecer a estrutura familiar, pois, muitas vezes, é o único momento em que pais e filhos se unem no ato de brincar; além de promover uma maior aproximação com a equipe de assistência.



Viegas (Org.). Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização (2ª edição) Rio de Janeiro: Wak Editora, 2008.

O presente livro é organizado pelo pediatra Drauzio Viegas, que reuniu contribuições de uma equipe de profissionais que trabalham na área do brincar ou que escrevem sobre a matéria. É válido destacar, desde o início, que esta área teórico-prática constitui uma das iniciativas mais expressivas da humanização hospitalar. Conforme os autores desta obra é nesse espaço que interagem com satisfação o paciente (criança ou jovem), hospitalizados e sua respectiva família com os profissionais da saúde, em especial com o (a) brinquedista, que tem a função específica de responsabilizar-se por brinquedotecas, destacando as hospitalares. Aqueles destacam os objetivos principais da unidade como: contribuir com a criança

ou adolescente hospitalizado para aceitar a internação; diminuir a ansiedade e medo resultante dessa condição, como também possibilitar-lhe entretenimento, criatividade, sociabilidade e acesso a uma variedade de jogos.

Mas caro(a) acadêmico(a), neste contexto é importante deixar claro a diferença entre as brinquedotecas e as classes hospitalares.

Você já ouviu falar em Pedagogia Hospitalar ou Classe Hospitalar?

A pedagogia hospitalar é um serviço que tem por objetivo atender à legislação que determina que todas as crianças têm direito à educação. “O principal efeito do encontro da educação e da saúde para uma criança hospitalizada é a proteção do seu desenvolvimento e a proteção dos processos cognitivos e afetivos de construção dos aprendizados”. (GOLDMANN, 2010, p. 30).

No Brasil, o avanço em relação à humanização da assistência à criança se deu após a publicação da Lei nº 8.069, em 1990, regulamentando o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Art. 9 que preconiza os direitos da criança hospitalizada em dar continuidade aos seus estudos (GOLDMANN, 2010).

FIGURA 41 – CLASSE HOSPITALAR DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO – BLUMENAU/SC



FONTE: A autora



Para se aprofundar no assunto, acesse o *link*: <http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=824>. SABERES PARA ATUAÇÃO DOCENTE HOSPITALAR: UM ESTUDO COM PEDAGOGAS QUE ATUAM EM HOSPITAIS DE SANTA CATARINA.

LEITURA COMPLEMENTAR

O PALHAÇO E A HUMANIZAÇÃO

Erasmu Ruiz

E quem não se lembra da infância? Trago uma bela recordação da primeira vez que fui a um circo: as luzes, o trapézio, os animais ferozes, os domadores. Mas uma imagem em particular sempre permanece fixada. O sorriso do palhaço, seu rosto desenhado em cores fortes e aquela cartola com um enorme girassol. Tantos anos depois ainda conseguem arrancar um sorriso.

O palhaço sempre despertou encantamento. Sua origem se perde na aurora dos tempos. Destacou-se como uma figura religiosa dos festivais orgiásticos na antiga Roma, virou bobo da corte na Idade Média, até chegar ao teatro e ao circo. Ganhou sofisticação nas chamadas óperas bufas e hoje se disfarça de acrobata

em apresentações maravilhosas do Circo de Soleil. Enfim, são inúmeras as ramificações do palhaço. Mas entre todas elas parecem existir pelo menos duas cosias em comum.

A primeira delas é que o palhaço parece ser necessário num mundo onde temos tanta dor e sofrimento. Funciona como uma espécie de contraponto da dor e da tristeza. A segunda, diz respeito a certo caráter anarquista do palhaço, sua capacidade de ser e fazer coisas que num contexto rotulado de normalidade não poderia ser feito. Ele pode falar da feiura do nariz do rei ou das amantes do cardeal e ter um risco mínimo de ser punido por isso. Neste sentido, o palhaço pode ser o porta-voz de toda uma sociedade e instrumento dos dominados para construção individualizada da crítica social.

Assim, não causa espanto que os palhaços estejam gradualmente invadindo os hospitais. Parecem cumprir uma função muito importante: trazer sorriso e alegria em situações costumeiramente caracterizadas por dor, tristeza e isolamento. Quem já viu um bom grupo de palhaços nos hospitais tende a vê-los com muita simpatia, afinal, podem arrancar um sorriso daquele menino que não diz uma palavra há dias.

Mas talvez os sorrisos escondam outras coisas, podem funcionar como capas do sofrimento e, numa certa medida, podem até intensificá-lo. Antes que alguém me chame de “inimigo dos Doutores da Alegria”, gostaria de contextualizar meu argumento.

Um dia um “terapeuta do riso” entrou no quarto de uma adolescente e começou a brincar com ela. Parecia ser um artista esmerado em sua arte. Mas não estava conseguindo se comunicar com a paciente. O grande problema da comédia é quando ela não arranca o sorriso. Mas nosso “terapeuta” era insistente, continuou fazendo sua graça. A paciente olha para ele e diz:

– Não consigo rir, desculpa. Estou sentindo dor e o médico não vem me ver há dois dias!

Nosso terapeuta não perdeu o ritmo da alegria. Pegou seu martelinho de carnaval, bateu na cabeça da jovem e disse:

– Ah, esses doutores são sempre muito ocupados, não é? Mas não se preocupe, eu estou aqui!

Óbvio dizer que a situação era por demais constrangedora. O fato é que nosso amado palhaço não tinha como dar resposta alguma frente ao que acontecia. A forma como se estruturava os processos de trabalho naquele hospital criava situações que ao invés de produzir saúde e defender a vida, acabavam por produzir dor, sofrimento e muitas vezes morte. E quando o palhaço saiu do quarto, divisava corredores superlotados, trabalhadores assoberbados, falta de material hospitalar, filas de pacientes esperando pelo atendimento sob o sol do meio dia.

Do meu ponto de vista existem situações que não podem ser superadas pelo exercício da sátira. Diante delas, temos que mostrar indignação e nos mobilizarmos politicamente para produzir as transformações necessárias.

Existem muitos grupos que fazem um importante trabalho. Querem minimizar o sofrimento. O problema é que, muitas vezes, sem ter clareza disso, estes projetos e ações acabam sendo consequência direta daquilo que querem atuar. São expressões da dor e do sofrimento atuadas de forma equivocada. Já ouvi queixas de pacientes em enfermarias pediátricas que gostariam que os palhaços sempre estivessem ali. Mas eles vão embora e demoram a voltar, isso quando voltam.

A solução, evidentemente, não passa pela retirada pura e simples desses projetos. Mas, quem sabe, incluí-los num projeto maior, como expressões de uma clínica que se expande, de uma ambiência mais receptiva às necessidades humanas, expressões de projetos terapêuticos singulares, de pactuações de cogestão entre os trabalhadores que incluam os “terapeutas do riso”, “os doutores da alegria” ou qualquer outro grupo como expressões diretas de processos de humanização coletivamente construídos e não como ações isoladas de um GTH que se transformou em extensão do setor de recursos humanos. Proponho assim a figura do “Palhaço Engajado”, alguém que atua organicamente inserido no projeto terapêutico e não um voluntário que irá embora deixando o sorriso e a alegria órfã.

Descolados de uma construção coletiva, essas formas de atuar, mesmo que aparentemente meritórias e humanizantes, acabam sendo na verdade ecos da dor e da vulnerabilidade. Com o tempo, teremos “palhaços” que estarão rindo para não chorar e usuários se perguntando sobre onde foram os “palhaços” ou o que fazemos com a falta de remédio e médico enquanto esse ser estranho tenta me arrancar um sorriso.

Humanização é coletivamente construir a produção da vida. Nessa construção coletiva, com certeza, o palhaço pode ter um papel muito mais importante, que está muito além do que só fazer palhaçada!

FONTE: Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/2402-o-palhaco-e-a-humanizacao>>. Acesso em: 20 ago. 2013.



RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você teve a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre:

- Os conceitos de humanização em saúde.
- A Política Nacional de Humanização em Saúde – PHN e a Rede Humaniza SUS.
- Os princípios norteadores e os objetivos do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH.
- Conheceu algumas ações de humanização que serviram de fontes inspiradoras para outros trabalhos.

AUTOATIVIDADE



Agora, caro acadêmico, convido você a colocar em prática seu conhecimento, respondendo às seguintes questões:

- 1 O que você entende por humanização em saúde?
- 2 Cite e descreva um projeto que você conhece de humanização em saúde.

EDUCAÇÃO CONTINUADA NO CONTEXTO DA QUALIDADE EM SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

A educação continuada ou permanente dentro das instituições de saúde tem se expandido nas últimas décadas, principalmente, porque estamos na era do conhecimento. Tal era se caracteriza por mudanças aceleradas, tendo em vista a emergência da discussão sobre tecnologia da informação e comunicação no contexto da saúde.

Segundo Padilha (2011), neste cenário a gestão do conhecimento coloca-se como um fator essencial para vincular ciência, tecnologia ao desenvolvimento e formação dos profissionais.

Embora, o debate sobre a formação e atualização constante dos profissionais da área da saúde seja ainda recente, cada vez mais se discute a educação continuada como um fator primordial para a qualidade dos serviços prestados na saúde.

Assim, nesta unidade vamos estudar sobre a educação continuada na área da saúde e sua influência na gestão da qualidade em serviços. Vamos lá!

2 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA: CONCEITOS E PRINCÍPIOS

De acordo com a Conferência Nacional em Saúde, o primeiro termo utilizado sobre a formação do profissional em saúde foi “educação em serviço” nas décadas de 60 e 70, período este, em que ainda existiam os currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico (FARAH, 2003).

Para Silva et al. (1989, p. 10) a educação em serviço “é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição”.

Farah (2003) coloca que o termo educação em serviço é o modelo encontrado ainda em muitas organizações, onde o objetivo é o aperfeiçoamento técnico do profissional através do treinamento em serviço, deixando de lado os conteúdos teóricos. Ao contrário da educação continuada, que surgiu para a capacitação dos profissionais já inseridos nos serviços.

Mas, você deve se questionar o que vem a ser educação continuada?

Entende-se por educação continuada um recurso para o desenvolvimento pessoal e profissional de seus colaboradores (NISHIO; VAL; FRANCO, 2009).

Nas instituições de saúde, quando falamos em recursos humanos, geralmente, a enfermagem detém a maior parte do pessoal da equipe institucional. Por ser um dos profissionais que mais tem contato com o paciente, uma vez que este fica sob os seus cuidados durante o processo de internação e ou mesmo ambulatorial, há uma necessidade de se capacitar constantemente estas equipes.

De acordo com Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (1986, p.164), “educação continuada é um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários”.

Atualmente, já se utiliza também o termo “Educação Permanente”, termo utilizado em países como a Europa Ocidental.

Mas qual é a diferença entre educação continuada e educação permanente?

Para Hadad (1990, p. 25) “a **educação permanente** é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade”.

Já a **educação continuada** é voltada à capacitação dos profissionais, com base somente na aplicação técnica, não implicando uma mudança de comportamento humano.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PNEPS

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi criada em 2007, através da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

A PNEPS é voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS. Trata-se de uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços.

Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2011), a Educação Permanente em Saúde:

- Destina-se a públicos multiprofissionais.
- Objetiva as transformações das práticas técnicas e sociais.
- Preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde.
- Inserem-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual.
- Utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho.
- É contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS.

No quadro a seguir, você pode observar todas as legislações do MS voltadas para a Educação Permanente em Saúde.

QUADRO 23 – LEGISLAÇÃO APLICADA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Portaria nº 19, de 13 de dezembro de 2011	Define valores referentes ao ano de 2011 para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Fundos Estaduais de Saúde I. 10.128.1436.8612.0001 – Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS. II. 10.364.1436.8628.0001 – Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação <i>Stricto e Latu Sensu</i> em Áreas Estratégicas para o SUS.
Portaria nº 17 de 7 de dezembro de 2011	Define valores referentes ao ano de 2011 para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Fundos Estaduais de Saúde (Bahia, Goiás, Piauí e Roraima).
Portaria SGTES/MS, nº 13, de 30 de novembro de 2011	Define que os valores publicados para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, conforme a Portaria nº 2.200/GM/MS, de 14 de setembro de 2011, sejam repassados em parcela única aos respectivos fundos estaduais e municipais de saúde na forma do Anexo desta Portaria.

Portaria SGTES/MS, nº 11, de 21 de novembro de 2011	Define que os valores publicados para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, conforme Portaria GM/MS nº 2.200, de 14 de setembro de 2011, sejam repassados em parcela única aos respectivos fundos estaduais e municipais de saúde na forma do Anexo desta Portaria.
Portaria SGTES/MS, nº 10, de 10 de novembro de 2011	Define os valores publicados para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.
Portaria GM/MS Nº 1996/2007	Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
Portaria GM2MS Nº 2813/2008	Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
Portaria GM2MS Nº 2953/2009	Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências.

FONTE: Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 20 ago. 2013.

Atualmente, a PNEPS é desenvolvida através da articulação entre o sistema de saúde e instituições formadoras (universidades, institutos de ensino e centros de formação).

A PNEPS é consolidada através de programas elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), que concebem a aprendizagem no trabalho, no cotidiano das organizações (BRASIL, 2007).

QUADRO 24 – ESTRUTURAS FORMAIS DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Níveis	Estruturas
Federal	MS – Ministério da Saúde SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Gestão de Educação CIT – Comissão Intergestores Tripartite CNS – Conselho Nacional Saúde
Estadual	SES – Secretaria Estadual da Saúde DEPS – Diretoria de Educação Permanente em Saúde CIES estadual – Comissões de Integração Ensino-Serviço Estadual CES – Conselho Estadual de Saúde CIB – Comissões Intergestores Bipartite Regional CGR – Colegiados de Gestão Regional CIES estadual – Comissões de Integração Ensino-Serviço
Municipal	SMS – Secretaria Municipal de Saúde EPS setorial – Educação Permanente em Saúde CMS – Conselho Municipal de Saúde

FONTE: Adaptado de Brasil (2007).

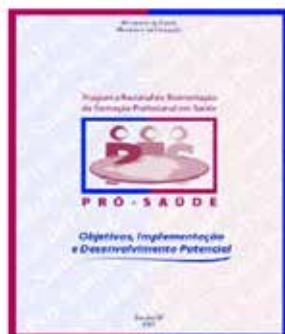
A articulação ocorre através da integração ensino-serviço que vem sendo estimulada por parte do MS, por intermédio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

Neste contexto, também se destacam os seguintes programas:

- **Programa Tele Saúde** – O Programa Nacional de Telesaúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007, é coordenado pela SGTES e pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em articulação com outros ministérios, universidades públicas e entidades das áreas de Saúde e Educação. O uso dessa rede e do sistema de segunda opinião educacional permitirá o intercâmbio de informações e, sem dúvida, contribuirá para a otimização do fluxo de pacientes na rede de saúde, qualificando os encaminhamentos e as equipes, ampliando o acesso aos serviços especializados, fixando profissionais e reduzindo custos.
- **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)** – criado em 2008. Trata-se de programa que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender às necessidades de formação e educação permanente do SUS.
- **Educação Profissional para Trabalhadores de Nível Médio na Saúde** – ideia central que se difundiu nos anos 90, e que foi amplamente reconhecida, é que o setor saúde não poderia mais se limitar a treinamentos e cursos de atualização profissional, mas deveria realizar capacitações acompanhadas de titulação para fins de legitimação profissional, o que fortaleceu a formação técnica de nível médio.
- **Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS.** O seu propósito é contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada, capacitando técnicos nas áreas de: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Enfermagem e Vigilância em Saúde. Ainda está prevista a continuidade da formação inicial dos Agentes Comunitários da Saúde e a Qualificação de Cuidadores de Idosos. A execução técnico-pedagógica dos cursos de formação de trabalhadores, prioritariamente, estará a cargo das Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde.



Acesse o site <<http://www.prosaude.org/>> e você terá acesso a maiores informações sobre cada um dos programas citados acima.



Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/publicacoes/index.php>>.

3 CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA A QUALIDADE EM SAÚDE

A saúde é um dos setores que mais gera informações, documentos e relatórios de pesquisas. Mundialmente os serviços de saúde têm se desenvolvido de forma expressiva principalmente em relação à qualificação dos profissionais e nas pesquisas médicas.

Neste sentido, Oliveira (2011) ressalta que a Educação Continuada em Saúde não é atual. Trata-se de um processo gradual, que tem evoluído através de discussões na busca da melhoria da qualidade dos serviços em saúde. Tal situação está embasada na preocupação com a educação dos profissionais, para que estes possam aperfeiçoar suas práticas em saúde, permitindo assim atingir e contribuir para alcançar os objetivos das organizações.

Entretanto, quando falamos em qualidade em saúde, devemos lembrar que a qualidade vai além da competência técnica, envolve em seu contexto, ações de relacionamento interpessoal, de comunicação, trabalho em equipe e ética. Fatores estes, primordiais no desenvolvimento dos profissionais e adequação de suas funções em busca da melhoria da eficiente segurança do paciente e dos profissionais, nível de satisfação pessoal e, conseqüentemente, o desempenho no âmbito da prática profissional (BEZERRA, 2003).

Desta forma, a educação continuada é uma ferramenta essencial que visa melhorar o desempenho profissional e que se conduzida como um processo permanente possibilita o desenvolvimento de competência profissional, visando à aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade além de auxiliar a minimizar os problemas advindos da defasagem na formação.

3.1 TIPOS DE TREINAMENTO

Para que possamos compreender melhor os tipos de treinamento, há a necessidade de que inicialmente saibamos diferenciar o treinamento do desenvolvimento de pessoas.

Treinamento tem a finalidade de melhorar as habilidades do profissional no desempenho de suas funções (BAPTISTA, 2009).

O **desenvolvimento de pessoas** tem o foco voltado para as novas capacidades e habilidades a serem desempenhadas para o cargo (BAPTISTA, 2009).

Enquanto gestores, poderemos utilizar, em nossa instituição, diversas formas de treinamento. As técnicas mais utilizadas são:

- **Palestras:** indicadas para apresentações de curta duração sobre um determinado tema específico, de caráter informativo.
- **Workshops:** tem caráter de formação e proporcionam exercício dos conhecimentos específicos.
- **Multiplicadores:** treinamentos realizados por enfermeiros das unidades produtivas que divulgam para a equipe o conhecimento adquirido.
- **Jobrotation:** deslocamento de pessoas de suas funções para outras de funções desconhecidas para aprender as atividades de um novo cargo.
- **Coaching:** orientação personalizada que tem por objetivo o aperfeiçoamento de competências comportamentais.
- **Simulação:** consiste na reprodução de situações em ambiente controlado, ou seja, oportuna ao colaborar a experiência de vivenciar uma situação no aperfeiçoamento de suas habilidades.
- **Lúdicos:** utilizado para explorar a correlação da atividade e o dia a dia.
- **On-line:** treinamentos realizados pela internet, colaborando na formação do colaborador com redução de custos.



Portal Saúde Baseada em Evidências reitera o compromisso do governo brasileiro de aprimorar o exercício dos trabalhadores da saúde, democratizando as condições de acesso, nas suas áreas de atuação, a conteúdos cientificamente fundamentados na perspectiva de melhor atender à população. Tem por objetivo fornecer acesso rápido ao conhecimento científico por meio de publicações atuais e sistematicamente revisadas. As informações, providas de evidências científicas, são utilizadas para apoiar a prática clínica, como também a tomada de decisão para a gestão em saúde e qualificação do cuidado, auxiliando assim os profissionais da saúde.

Para saber mais acesse: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=392>>.

Além da utilização destas técnicas podemos utilizar na educação continuada dois tipos de treinamento: treinamento admissional e treinamento permanente.

3.1.1 Treinamento admissional

O treinamento admissional como o próprio nome já sugere, é voltado aos colaboradores que estão chegando à instituição. Esse tipo de treinamento é uma forma de integrá-los nas equipes e política institucional.

Esse treinamento objetiva nivelar o conhecimento do recém-chegado em relação às rotinas, normas, procedimentos, protocolos, bem como, integrá-los as suas novas funções (BAPTISTA, 2009).

Cada instituição adota uma metodologia de treinamento de acordo com suas necessidades. Usaremos como exemplo, o processo de treinamento admissional utilizado na Sociedade Paulista de Desenvolvimento Médico (SPDM) – Figura a seguir.

FIGURA 42 – FASES DO PROCESSO DE TREINAMENTO ADMISSIONAL



FONTE: Nisho e Baptista (2011, p. 82)

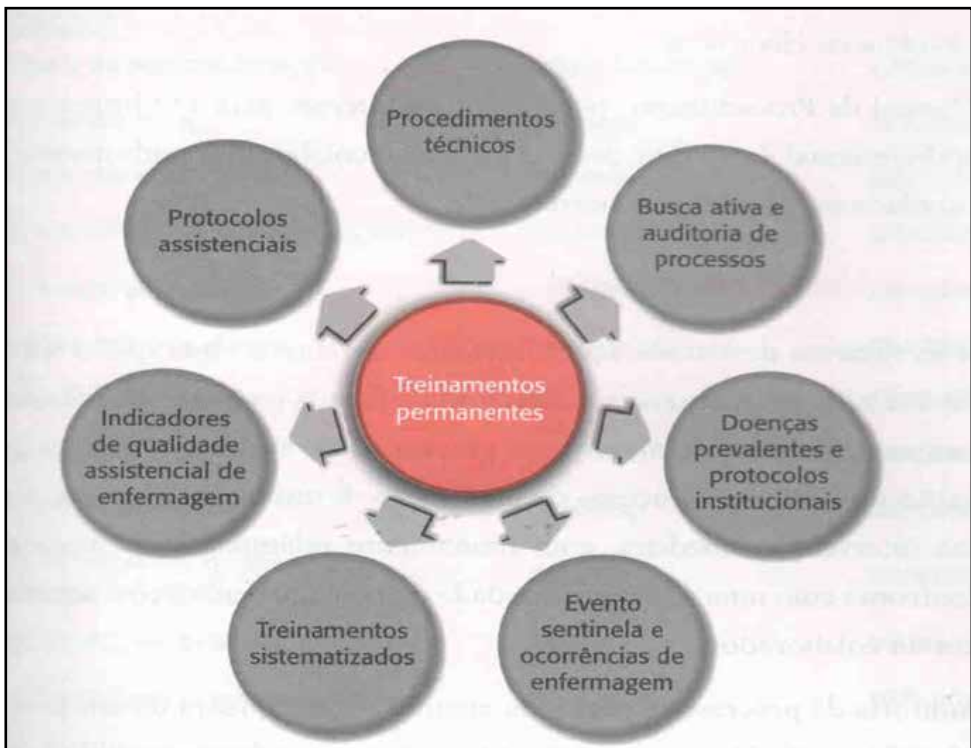
3.1.2 Treinamento permanente

O treinamento permanente consiste em um conjunto de ações sistematizadas que deve ser realizado de forma periódica com o objetivo de fornecer meios para a aprendizagem do indivíduo de forma a influenciar no comportamento das pessoas e proporcionar mudanças a fim de adquirir novos conhecimentos.

As ferramentas utilizadas nos treinamentos permanentes da educação continuada são descritas a seguir:

- Procedimentos técnicos.
- Busca ativa de auditoria de processos.
- Doenças prevalentes e protocolos institucionais.
- Eventos sentinelas e ocorrências de enfermagem.
- Treinamentos sistematizados.
- Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem.

FIGURA 43 – FERRAMENTA DE TREINAMENTO PERMANENTE DA EDUCAÇÃO CONTINUADA



FONTE: Nisho e Baptista (2011, p. 91)

Caro(a) acadêmico(a)! Ressaltamos a inexistência de um modelo único, perfeitamente aplicável a todas as instituições de saúde, sendo necessária a adequação a cada instituição de acordo com suas necessidades.

Entretanto, cabe ao gestor hospitalar, estimular o envolvimento dos colaboradores no processo de ensino e aprendizado, através da integração ensino-serviço. A integração ensino-serviço tem sido uma estratégia de desenvolvimento de educação continuada para contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados bem como, na ampliação de cenários de prática para os estudantes e profissionais da área da saúde.

Através da aprendizagem contínua, o ser humano adquire experiências que levam a aumentar a capacidade, a alterar disposições de ação em relação ao ambiente, ou seja, a mudar de comportamento, pois a formação profissional é o meio que garante a competência requerida para adequação das tarefas.

Ao promover um programa de educação para os colaboradores, a organização está se preocupando em integrar produtividade do homem à sociedade e prepará-lo para seu desenvolvimento pessoal e profissional (VENTURA; SANTOS, 2004).

Você conhece os programas desenvolvidos pelo governo federal para a formação de profissionais da área da saúde?

4 QUALIDADE E A MOTIVAÇÃO DAS PESSOAS

A palavra motivação é originária do latim *movere* (mover) e na área de ciências humanas significa a condição do organismo que influencia a direção do comportamento e a orientação para um objetivo, ou seja, o impulso que promove a ação, justificando o comportamento do indivíduo (ALMEIDA; TOBASI, 2011).

Da mesma forma, a qualidade precisa da participação das pessoas. Sendo assim, uma das tarefas mais difíceis está em manter a equipe motivada para a melhoria da qualidade. Neste processo há a necessidade de envolver todos os colaboradores.

Quando vamos analisar a motivação para as pessoas em buscar e/ou manter a qualidade é necessário que deixemos bem claro, qual é o papel de cada profissional neste processo (NOGUEIRA, 2003).

O cliente neste sentido é de fundamental importância, pois cabe a ele a percepção sobre a atuação de cada profissional durante o seu atendimento. Essa percepção faz com que o cliente possa identificar quando a falta de qualidade é do profissional e não da instituição.

O resultado do trabalho humano deve proporcionar sentido, trazer orgulho a quem o executa. O desafio representado pela doença e o desejo de diminuir o sofrimento do paciente são duas forças poderosas e impulsionadoras dos profissionais que lidam diariamente com estas situações (NOGUEIRA, 2003).

Sendo assim, vamos ver qual é o papel de cada profissional neste contexto.

4.1 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

As ações gerenciais em um hospital envolvem diretamente as atividades de enfermagem. Esses profissionais são os que passam mais tempo com o cliente/paciente, seja num período prolongado de internação, ou até mesmo no momento de um procedimento e/ou atendimento ambulatorial.

Desta forma, motivá-los e treiná-los é fundamental para que possa se desenvolver a busca pela melhoria da qualidade através da padronização de processos, maior segurança nos procedimentos, participação efetiva na manutenção da qualidade.

Nogueira (2003) coloca que uma equipe de enfermagem motivada e treinada faz com que a gestão da qualidade total seja alcançada muito facilmente e com liderança.

4.2 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

Os médicos são orientados desde a sua formação acadêmica a trabalhar de forma individual. Tal situação faz com que esse profissional tenha dificuldades em se relacionar e trabalhar em equipe.

Geralmente, na equipe de trabalho, o médico é o que possui o papel de líder. A responsabilidade pelo paciente está em suas mãos. Entretanto, diante das mudanças que vem ocorrendo no processo saúde-doença, há a necessidade de uma equipe multidisciplinar para atender às necessidades do paciente.

Neste sentido, Nogueira (2003) coloca que cada vez mais o médico tem precisado compartilhar com outros profissionais a responsabilidade global pelo cuidado do paciente. O aumento do nível de complexidade, fez com que houvesse um aumento progressivo dos custos de assistência médica e com isso, surgem sistemas de controle com os quais o médico necessita explicar seus procedimentos e condutas.

Desta forma, a participação do médico no contexto da qualidade é de suma importância, tanto pela natureza do trabalho como pela influência que exerce sobre as outras categorias de profissionais.

Nogueira (2003) apresenta algumas sugestões sobre a inserção dos médicos de forma a facilitar o envolvimento dos mesmos:

- Divulgar, relatos de experiência e exemplos práticos da gestão da qualidade em saúde.
- Realizar reuniões clínicas com palestras relâmpagos sobre a o tema qualidade em saúde;
- Inclusão dos médicos em grupos e comissões de melhorias que possam beneficiá-los de forma direta.
- Relacionar a qualidade com seu conhecimento técnico e com seu compromisso com a melhoria da qualidade.
- Ampla divulgação das atividades e resultados.
- Atuar precocemente nas melhorias dos processos dos quais os médicos sejam clientes.

Trabalhar qualidade e motivação em saúde está cada vez mais desafiador para os gestores da saúde. Estamos em uma época de grandes mudanças, porém com recursos escassos, tecnologias mais sofisticadas, clientes bem informados e exigentes.

Todos esses fatores fazem com que a pressão por resultados que satisfaçam as necessidades dos diversos tipos de clientes das instituições de saúde e indicam que é necessária a adoção de um sistema de gestão abrangente, articulado e eficiente, para atender à demanda por melhoria da qualidade e inovação (NOGUEIRA, 2003).

Lembre-se de que a gestão da qualidade traz mudanças profundas na organização. Desde mudanças de postura, de filosofia, de respeito ao ser humano, as mudanças refletem a capacidade de mudar as rotinas de trabalho.

Entretanto, os resultados começam a aparecer de forma muito precoce e nem sempre são palpáveis e de fácil mensuração. A simplificação de processos e diminuição de retrabalho são os indícios mais comuns de resultados observados.

4.3 O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Há muitos anos quando se falava em cuidado com o paciente, o no processo de cura das doenças, apenas dois profissionais se destacavam: o médico e o enfermeiro. Entretanto, com o avanço das novas tecnologias um novo olhar se voltou sobre o cuidar em saúde, ficou impossível que apenas alguns profissionais exerçam, com toda eficiência necessária, todas as ações de saúde necessárias para garantir a integridade na assistência do paciente.

Você sabia que o Conselho Nacional de Saúde reconhece 14 profissões de nível superior, como sendo da área de saúde?

As profissões são: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Mas, como se dá a atuação destes profissionais num trabalho multidisciplinar?

O trabalho multidisciplinar faz com que esses profissionais cuidem do paciente de acordo com a sua competência e conforme seu código de ética profissional.

A criação de comissões formadas por multiprofissões nos diferentes níveis assistenciais de saúde visam proporcionar a troca de saberes diferentes, para melhor conhecer o que significa o "estar doente" em cada pessoa e o que representa esta doença em sua vida.

Desta forma, a equipe multidisciplinar precisa estar apta a contribuir para a melhora do tratamento e conseqüentemente preparada para atuar com qualidade no cuidado integral em saúde.

LEITURA COMPLEMENTAR**EDUCAÇÃO CONTINUADA: EXPERIÊNCIA NA CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

IEPSEN, Fernanda, et. al.

INTRODUÇÃO

Trata-se de um relato de experiência de participação em um projeto de extensão realizado em um hospital privado de pequeno porte de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Este relato retrata a implantação do programa de educação continuada à equipe de enfermagem nesta instituição, como iniciativa da gerente de enfermagem, conforme as necessidades dos profissionais e da estrutura organizacional.

Educação continuada é um processo de contínuo desenvolvimento, que acontece durante toda a vida do indivíduo que visa propiciar condições de aquisição de conhecimentos para que ele atinja seu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo um (re)ajuste frente às mudanças do mundo globalizado. Os serviços de educação continuada nas instituições de saúde devem orientar o direcionamento das atividades educativas, sendo voltados para a realidade institucional e necessidades do pessoal, proporcionando o desenvolvimento profissional e influenciando na qualidade da assistência de enfermagem.

A utilização da educação continuada como ferramenta no processo educativo dinâmico, dialógico e contínuo de modo individual ou coletivo busca a qualificação, exercício da cidadania e capacitação dos profissionais da saúde a fim de prestar uma melhor assistência ao paciente.

Através da participação na implementação de atividades que requeiram mudanças nas rotinas, os profissionais são estimulados à aquisição de novos conhecimentos, por meio da educação continuada, como estratégia eficaz de aprimoramento constante. Com isso, facilita-se a transferência do potencial do empregado em comportamento e atitudes objetivas, visando à melhoria da qualidade da assistência, promovendo a oportunidade de ensino, mediante o desenvolvimento da capacidade assistencial da equipe de enfermagem.

O processo de formação continuada é através de uma reflexão coletiva, procurando vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho de enfermagem, pela unificação teoria e prática, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes (CAPELLA; LEOPARDI, 1999).

O processo de aprendizado contínuo possibilita a pessoa tornar-se reflexiva, crítica e agente de mudança (SENGE, 2002), e, conseqüentemente, a equipe de enfermagem inserida em instituições de saúde com necessidades de

aquisição e compartilhamento de aprendizado (CECAGNO, 2003) demonstra a importância da motivação no trabalho através do reconhecimento e renovação do saber (CARVALHO, 1999).

Assim o presente trabalho objetiva vivenciar a implantação desta iniciativa da gerente de enfermagem de capacitação da equipe, que propicia uma oportunidade de ampliar o conhecimento individual e coletivo, melhoria da qualidade de assistência, valorização do profissional e atendimento às necessidades organizacionais da instituição.

MATERIAL E MÉTODOS

Objetivamos socializar a experiência de capacitação da equipe de enfermagem em um hospital privado de pequeno porte. Primeiramente, a gerente de enfermagem convidou todos os membros da equipe de enfermagem para participarem das oficinas de higienização das mãos e punção venosa periférica contemplando suas complicações.

As temáticas abordadas foram selecionadas por ordem de necessidades práticas, já que, além de gerente de enfermagem, a enfermeira também faz parte do Comitê de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Tais temas visam promover a prevenção de futuras infecções tanto para o paciente quanto para o profissional.

A capacitação da equipe de enfermagem ocorreu no turno da manhã no período de julho a agosto de 2008. Foram realizadas seis palestras em horário de serviço que não fosse prejudicar na rotina dos profissionais. Na apresentação das palestras utilizamos como recursos visuais lâminas com ilustrações em retroprojeto e o manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) mostrando a técnica de higienização das mãos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A capacitação em questão contou com a participação de 12 membros da equipe de enfermagem, os quais foram receptivos, participativos e questionadores, uma vez que desta forma, revisaram e adquiriram novos saberes. Ainda, sugeriram temas para os próximos encontros como: cuidados de enfermagem com sondagem nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia, jejunostomia e também os cuidados com feridas e curativos.

Em relação aos temas abordados nesta capacitação, Higienização das Mãos foi de grande relevância porque muitos funcionários não se recordavam mais desta técnica. Expomos, então, o manual da ANVISA com ilustração da técnica e ressaltamos a sua importância ao iniciar o turno de trabalho, após ir ao banheiro, antes e depois das refeições, antes e após o contato com pacientes, antes de realizar procedimentos,

antes de manipular dispositivos, e antes e após retirar as luvas. Podem ser utilizados três tipos de materiais para a realização da higienização, dependendo das diversas situações, são eles: água e sabão, preparação alcoólica e antisséptica.

Ao se realizar o correto procedimento da higienização das mãos pode-se prevenir e reduzir muitos tipos de infecções, inclusive as veiculadas ao contato e as causadas por transmissões cruzadas, pois as mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes.

Já a temática sobre Punção Venosa os profissionais relataram que se recordavam da técnica correta e que a aplicavam no dia a dia. Mesmo assim, ressaltamos a indicação da punção venosa, os cuidados a serem seguidos, o material necessário e o procedimento em si. Também mencionamos o risco de um possível acidente de trabalho ao se reencapar a agulha após o término do procedimento.

Citamos e explicamos também as complicações que podem ocorrer na má aplicabilidade da técnica, como flebites, equimoses e hematomas, infiltração, extravasamento, infecção local, septicemia, edema pulmonar, choque por infusão, entre outros.

Mesmo esta instituição ser de organização privada, observamos que os funcionários se sentiram valorizados pela iniciativa da enfermeira na implantação da educação continuada no serviço.

A valorização do trabalhador se dá, também, através da implantação de um processo de formação continuada que o leve a desenvolver-se pessoal e profissionalmente o que, através do seu trabalho, pode criar as condições necessárias para o desenvolvimento de uma vida digna de ser vivida, além da consequência do seu trabalho se tornar um atendimento ético, humano, técnico e politicamente competente. (CAPELLA; LEOPARDI, 1999 p. 142).

CONCLUSÕES

A iniciativa foi de relevante importância, uma vez que valoriza, anima e motiva os funcionários e colaboradores. Embora não se pôde obter a participação de todos os funcionários, os que participaram gostaram muito e citaram ser importante o processo contínuo dessas oficinas. Os participantes receberão certificados nas palestras com a finalidade de valorização do trabalho realizado e como estímulo e motivação para participação nas demais palestras.

Se entendermos os serviços de saúde enquanto instituições preocupadas com a educação de seu pessoal e na formação de equipes que respondam às necessidades da sociedade, vislumbramos no enfermeiro uma significativa responsabilidade como estimulador e coordenador das atividades de capacitação e de atualização da equipe de enfermagem (LEOPARDI; THOFERN, 2006).

Enquanto acadêmicas e palestrantes, nos sentimos muito motivadas desde a primeira apresentação devido ao reconhecimento dos profissionais que nos assistiram. Desde então, fomos aprimorando nossos conhecimentos a respeito das temáticas abordadas com a finalidade de poder responder a qualquer tipo de questionamento dos participantes. O fato de gostarmos dos temas nos proporcionou uma maior confiança e conforto ao apresentá-los.

Salientamos que, além da gratificação em palestrar para um grupo de pessoas interessadas e questionadoras, também percebemos um relevante crescimento pessoal em se tratar da nossa desenvoltura perante um público novo.

Na realidade do cotidiano do agir e fazer na enfermagem, é possível dizer que uma das formas de realizar educação continuada é através das inter-relações pessoais, entre enfermeiro e equipe de enfermagem, a própria equipe e demais equipes dos diferentes serviços que atuam na instituição (CECAGNO; SIQUEIRA, 2006).

Assim sendo, a implantação dessa proposta acrescentou mais uma ação na assistência prestada pelo hospital, colaborando para fortalecer e estabelecer o vínculo instituição e empregado, favorecendo a organização da assistência prestada ao paciente, melhorando a qualidade do serviço de caráter privado.

FONTE: Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_01281.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você teve a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre a Gestão e Humanização dos Serviços da Saúde, no qual foram abordados os seguintes temas:

- Ferramentas de apoio à gestão hospitalar.
- A humanização dos serviços de saúde.
- A educação continuada na melhoria dos serviços de saúde.

AUTOATIVIDADE



- 1 Discuta com seus colegas o papel dos profissionais de saúde na implantação da Gestão da Qualidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS – Sistema único de saúde**: antecedentes. São Paulo: Ed. Martinari, 2011.

ACKOFF, R; FINNEL, E. V.; GHARAJEDAGHI, J. et al. **A guide to controlling your corporation's future**. New York: John Wiley, 1984.

ALMEIDA, Martinho I. Ribeiro de. **Manual de planejamento estratégico**: desenvolvimento de um plano estratégico com a utilização de planilha Excel. São Paulo: Atlas, 2007.

ALMEIDA, Paula Werson de, TOBASE, Lucia. O enfermeiro como elemento motivador na educação profissional em enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 jan/mar; 1(1):136-142.

ALMEIDA, Martinho I. Ribeiro de. Manual de Planejamento Estratégico: desenvolvimento de um plano estratégico com a utilização de planilha Excel. – São Paulo: Atlas, 2007.

ALVES, Vera Lucia de Souza. **Gestão da qualidade**: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2012.

ASCENSÃO, Suzel Chames. Emergências. In: VOLPATO, A. C. B. et al. **Enfermagem em emergência**. São Paulo: Martinari, 2010.

BAPTISTA, Maria Aparecida de Camargo Souza. Treinamento Admissional e Permanente. In: NISHIO; Elizabeth Akemi; BAPTISTA, Maria Aparecida de Camargo Souza. Educação Permanente em Enfermagem – A evolução da Educação Continuada, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BARRETO, Jose A.; NETO, Gonzalo Vecina. Banco de Sangue. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BELLEN, H. M. Van. **Indicadores de sustentabilidade**: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2005.

BERWICK D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books; 1995.

BEZERRA A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari, 2003.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**. v. 10, n. 40, Edição especial, p. 87-93, jul-set, 2008.

_____. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde RAS**. v. 3, n. 12, jul-set, 2001. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/indicadores-de-qualidade-do-servico-de-enfermagem/14667/#ixzz2bIWx6VGb>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

_____. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, 1996.
BORBA, Valdir; OLIVA, Flávio. **Balanced scorecard**: ferramenta gerencial para organizações hospitalares. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Programação arquitetônica de unidades funcionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 5 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, n. 162, 22 ago. Seção 1, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de

estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002**. Altera a Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3f54b800474597439fb7df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+307-2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Resolução nº 1.451/95. Dispõe sobre o as normas para funcionamento de estabelecimentos de pronto-socorro. Conselho federal de medicina. Disponível em: <http://www.portalamedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – Diretrizes**, Cadernos ABEM, volume 3, 2007. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/papel_rede_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Controle da qualidade total: no estilo japonês**. Rio de Janeiro: Bloch editores, 1996.

_____. **Gerência da qualidade total: estratégia para aumentar a competitividade da empresa brasileira**. Rio de Janeiro: Bloch editores, 1990.

CARPINETTI, Luiz Cesar Ribeiro. **Gestão de qualidade: conceitos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

CARVALHO, M. Qualidade em serviços. In: CARVALHO, M. M.; PALADINI, E. P. (Org.) **Gestão da qualidade: teoria e casos**. Rio de Janeiro: Editora Campus/Elsevier, 2005.

CERQUEIRA, J. P. **A metodologia de análise e solução de problemas**. São Paulo: Ed. Pioneira. Equipe Grifo, 1997.

CHIAVENATO, Adalberto. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHIAVENATO, I. Recursos Humanos. 7ª ed, São Paulo: Atlas, 2002.

CORRÊA, Carla E. G. **Gestão da qualidade e produtividade**. Indaial: Grupo Uniasselvi, 2010.

CORRÊA, Henrique L.; CORRÊA, Carlos A. **Administração de produção e operações**: manufatura e serviços: uma abordagem estratégica. ed. Compacta. São Paulo: Atlas, 2005.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital**: acreditação e gestão em saúde. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2007.

DAMASCENO, Heliton E. M. et al. Indicadores de qualidade e produtividade na área de saúde. In: XII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E VIII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO. Universidade do Vale do Paraíba. 2008. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosEPG/EPG00715_01_O.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.

DAMASCENO, Maria Cecilia de Toledo. Introdução e conceitos importantes. In: MARTINS, et al. **Pronto socorro**: condutas do hospital das clínicas da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Barueri-SP: Manole, 2007.

DONABEDIAN, A. **The quality of medical care**. Science. v. 200, n. 4344, 1978.

DRUCKER, P. F. Mensuração da produtividade de trabalhadores de colarinho branco. In: **As fronteiras da administração**: onde as decisões do amanhã estão sendo determinadas hoje. São Paulo: Pioneira, 1989.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? In: **Revista APS**, v. 6, n. 2, p.123-125, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

FAULHABER, Marcelo H. W.; CRUZ, Lucila Pedroso da. Gestão de laboratórios clínicos. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FELDMANN, Liliane B. **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4. ed. São Paulo: Ed. Positivo, 2009.

FOPPA, Murilo; SANTOS, Ângela Barreto Santiago. Diagnóstico por imagem baseado em evidência: conceitos básicos aplicados à prática clínica. **Revista brasileira de ecocardiografia e imagem cardiovascular**. v. 25, n. 3, 2012. p. 198-202.

FRAIZ, I. C. Saúde e sociedade. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (Orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007.

FRIEDMANN, Adriana (Org.). O direito de brincar: a brinquedoteca. 2a ed. São Paulo:
Scritta: ABRINQ, 1992. 260 p.

GARVIN, David A. **Gerenciando a qualidade**: a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, Editora, 1997.

GOLDMANN, Fabiana de Oliveira. Saberes para atuação docente hospitalar: um estudo com pedagogas que atuam em hospitais em Santa Catarina. – Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajaí, 2010.

GONZALEZ, Edinaldo F.; JUNGLES, Antônio Edésio. 5Ss no Canteiro de Obra de um Conjunto Habitacional; ENTECA 2001 – II Encontro Tecnológico da Engenharia Civil e Arquitetura, Maringá, 2001.

GUIMARAES, Nísia do Val Rodrigues Roxo. **Hotelaria hospitalar**: uma visão interdisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2007.

HADDAD, J. et al. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. Educacion Médica y Salud, v. 24, n.2, p. 136 - 204, abr/jun 1990.

HELITO, Renata Almeida Barros. Processos de qualificação e avaliação de serviços de saúde. In: D'INNOCENZO, Maria (coord.). **Indicadores, auditoria, certificações**: ferramenta de qualidade para gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

HOJI, Masakazu. **Administração financeira**: uma abordagem prática: matemática financeira aplicada, estratégias, análise, planejamento e controle financeiro/ Masakazu Hoji.-3.ed-São Paulo: Atlas, 2011.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fonte de dados e aplicações. Campinas: Alínea, 2001.

JUNG, Gladis; JACQUES, Édison. **Análise do desempenho hospitalar**: uma abordagem através do Balanced Scorecard e do Pensamento Sistêmico. ENANPAD, 2006. 30º ENCONTRO DA ANPAD. 23 a 27 de setembro de 2006, Salvador/BA.

KLÜCK, M. et al. **A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**: implementação e validação de indicadores. RAS, v. 10, n. 40, p. 97-102, jul-set, 2008.

- LACOMBE, F. J. M.; HEILBORN, G. L. J. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.
- LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.
- LONDONO, G. M.; MOREIRA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.
- LOUSANA, Greyce; CONCEIÇÃO, Acceturi. **Gestão de um centro de pesquisa como fator de sucesso**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2007.
- MARSHALL JUNIOR, I. et al. **Gestão da qualidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 196.
- MARTINS, Petrônio G.; LAUGENI, Fernando P. **Administração da produção**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
- MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria geral da administração: da revolução urbana a revolução digital**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- MÉDICI, André C. **Do global ao local: os desafios da saúde no limiar do século XXI**. São Paulo: ed. Coopmed, 2011.
- MELLO, NETTO; BRENNAND, Jorgiana Melo. **Empresas socialmente responsáveis: o novo desafio da gestão moderna**. Rio de Janeiro: Qualymark, 2004b.
- MELLO, Ianá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 15.07.2013.
- MENDES Eugenio Villaça. **Redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES Eugenio Villaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
- MEZOMO, Joao Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Projeto Editorial UNG, 1995.
- MEZZOMO, Augusto Antônio. **Fundamentos da humanização hospitalar – uma visão holística**. Revista **BIOETHIKOS** - Centro Universitário São Camilo - 2012;n6(2):217-221.

- MIGUEL, P. A. C. Gestão da Qualidade: TQM e modelos de excelência. Cap. 3, p. 86-87. In: CARVALHO, M. M. (Org.). **Gestão da qualidade: teoria e casos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- MOURA, Alexandre Sampaio. **Endemias e epidemias B**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.
- MOZACHI, Souza. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Ed. Manual Real, 2009.
- NETO, Gonzalo Vecina. A evolução de assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NETO, Gonzalo Vecina. Central de arquivo médico e estatística. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NETO, Gonzalo Vecina. Central de material esterilizado. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NETO, Gonzalo Vecina. Centro obstétrico. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NETO, Gonzalo Vecina. Unidade de tratamento intensivo. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NISHO, Elizabeth A.; BAPTISTA, Maria A. de Camargo Souza. **Educação permanente em enfermagem: a evolução da educação continuada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- NISHIO, Elizabeth Akemi; VAL, Luciane Ferreira do; FRANCO, Maria Teresa Gomes. Referencial teórico da educação permanente em enfermagem. In: NISHIO; Elizabeth Akemi; BAPTISTA, Maria Aparecida de Carmargo Souza. **Educação Permanente em Enfermagem – A evolução da Educação Continuada**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- NISHO, Elizabeth A.; BAPTISTA, Maria A. de Camargo Souza. **Educação permanente em enfermagem – a evolução da Educação Continuada**. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.

OLIVEIRA, Jose Marcelo A.; CRUZ, Lucila Pedroso da. Gestão de serviços de diagnósticos por imagem. In: NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA FMCSN; et al. **Educação permanente e qualidade da assistência à saúde**: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. Aquichan, Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia. v. 11, n. 1, abr., 2011, pp. 48-65.

OLIVEIRA, Djalma Pinho Rebouças de. Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007. Padilha, 2011.

ONA – Organização Nacional da Saúde, (2007). Histórico. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

PAIVA, L. E. **A arte de falar da morte**: a literatura infantil como recurso para abordar a morte com crianças e educadores. 2008. Tese de Doutorado, Programa de Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PALADINI, E. P. **Avaliação estratégica da qualidade**. São Paulo: Atlas, 2002.

RIBEIRO, Haroldo: **5S**: a base para qualidade total. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 1994.

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

RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. 2. ed. Revista e ampliada. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

RUTHES, R. M. Humanização: um dos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (coord.) et al. Indicadores, Auditorias e Certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

SALU, Ênio Jorge. **Administração hospitalar no Brasil**. Barueri, SP: Manole, 2013.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de economia**. 3. ed. São Paulo: Best Seller, 1999.

SARAIVA JÚNIOR, Abraão Freires; CARVALHO, Anna Cristina Barbosa Dias de; TABOSA, Cristiane de Mesquita. Implementação do programa 5s em um hospital: um estudo de caso gerador de novas habilidades no engenheiro de produção - XXXV CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO EM ENGENHARIA – COBENGE 2007.

SELEME, R.; STADLER, Humberto. **Controle da qualidade**: as ferramentas essenciais. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Ibplex, 2010.

SILVA, Reinaldo Oliveira da. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira, 2001.

SILVA, M. J. P. et al. Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989.

SLACK, Nigel et al. **Administração da produção**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção ambulatorial especializada em políticas e sistema de saúde no Brasil**. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Gestão estratégica em saúde: reflexões práticas para uma administração voltada para a excelência**. – 2ª Ed. – São Paulo: Iátria, 2006.

TASCA, Renato. Inovando na atenção a saúde. In: **Organização Pan-Americana da saúde inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes. **Planejamento estratégico como ferramenta de competitividade na pequena empresa**: desenvolvimento e avaliação de um roteiro prático para o processo de elaboração do planejamento. 2002. 238f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; SILVA, Hudson Pacífico da Silva. Saúde e sociedade: a construção da proteção social como marco essencial das políticas de saúde. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle (org). **Manual de saúde pública & coletiva no Brasil**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

Zaher V. L. **Humanização hospitalar**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2005.