

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

ANAXIMANDO DE CARVALHO SOUZA
CONCEIÇÃO DE MARIA SCHLIEBE BARBOSA
GABRIELLA ERIKA ALVES DE MENEZES
JORGILENE DE OLIVEIRA BRAGA
LÍDIA RAQUEL LIMA E SOUSA

PLANO PARA A REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL DR. ADELSON
DE SOUSA LOPES

SÃO LUIS
2008

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO
EM SAÚDE

PLANO PARA A REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL DR. ADELSON DE SOUSA
LOPES

São Luis

2008

**ANAXIMANDO DE CARVALHO SOUZA
CONCEIÇÃO DE MARIA SCHLIEBE BARBOSA
GABRIELLA ERIKA ALVES DE MENEZES
JORGILENE DE OLIVEIRA BRAGA
LÍDIA RAQUEL LIMA E SOUSA**

**PLANO PARA A REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL DR. ADELSON DE SOUSA
LOPES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO - Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2008

Souza, Anaximando de Carvalho.

Plano para a reestruturação do Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes. Anaximando de Carvalho Souza; Conceição de Maria Schliebe Barbosa; Gabriella Erika Alves de Menezes; Jorgilene de Oliveira Braga; Lídia Raquel Lima e Sousa. - São Luís, 2008.

65f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Reestruturação. 2. Planejamento. 3. Plano de ação. Título.

CDU 614.2

**ANAXIMANDO DE CARVALHO SOUZA
CONCEIÇÃO DE MARIA SCHLIEBE BARBOSA
GABRIELLA ERIKA ALVES DE MENEZES
JORGILENE DE OLIVEIRA BRAGA
LÍDIA RAQUEL LIMA E SOUSA**

**PLANO PARA A REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL DR. ADELSON DE SOUSA
LOPES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO - Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo – USP

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo – USP

À Deus, pela saúde, família e
oportunidade de trabalhar e estudar.

AGRADECIMENTOS

Aos nossos pais, por terem de forma direta ou indireta, custeado nossos estudos.

Aos colegas de curso Maria José Ferreira Coutinho e Maria do Socorro Moura Alves Gondim por nos terem ajudado na elaboração de nossos trabalhos.

Ao Dr. Elpídio Jose de Lima Neto e ao Dr. José de Ribamar Veras Teixeira, bem como os funcionários do setor administrativo, por nos terem proporcionado acesso a determinadas informações sobre o referido hospital.

Aos professores e funcionários da Laboro que contribuíram para a elaboração deste estudo.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o Plano de Ação para reestruturar o Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes. O marco teórico para estudo e elaboração do Plano de Ação incluiu o diagnóstico situacional, fazendo uma análise da saúde e sua evolução no contexto do Maranhão, destacando, especificamente a cidade de São Luís e a história do citado hospital desde a sua fundação até os dias atuais. Por fim, apresenta-se o Planejamento Estratégico elaborado após entrevista com os profissionais de saúde da referida Instituição e o Quadro de Metas para 2009 voltado para Reestruturação do Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes, do Estado do Maranhão.

Palavras-chave: Reestruturação, Planejamento, Plano de Ação.

ABSTRACT

This paper aims to present the Plan of Action to restructure the Hospital Dr. Adelson Lopes de Sousa. The theoretical framework for study and preparation of the Plan of Action included the diagnosis situational, making an analysis of health and its evolution in the Northwest Territories, highlighting in particular the city of St. Louis and the history of that hospital from its founding until the present day . Finally, it presents the Strategic Planning developed after interviews with medical staff of that institution and the Framework for Goals for 2009 focused on restructuring of the Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes, of the state of Maranhao.

Key words: Restructuring, Planning, Plan of Action.

LISTA DE SIGLAS

CF -	Constituição Federal
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EPI -	Equipamentos de Proteção Individual
FSESP -	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNRURAL -	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPAS -	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
MS -	Ministério da Saúde
PHPN -	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNI -	Programa Nacional de Imunização
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	MARCO TEÓRICO	12
2.1	Contextualização da saúde do Brasil, Maranhão e São Luis	12
2.2	Os indicadores de saúde no Brasil e no Maranhão	17
3	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	22
3.1	Da sua fundação aos dias atuais	22
3.2	Características físicas e estrutura organizacional	23
3.3	Problemas detectados	26
4	JUSTIFICATIVA	27
5	OBJETIVO	28
6	PLANO DE AÇÃO – PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL DR. ADELSON DE SOUSA LOPES	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31
	APÊNDICES	33
	ANEXOS	46

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho originou-se da necessidade de exercitar o desenvolvimento de um Planejamento em Gestão Hospitalar voltado para implementação do atendimento das Unidades de Saúde do município de São Luís - MA, além de ser pré-requisito necessário para a obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do Instituto Laboro.

A Unidade de Saúde escolhida pelos integrantes da atual equipe de estudo foi o Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes, conhecido como Hospital da Vila Luizão, localizado nas imediações entre o bairro Vila Luizão e Divinéia.

É importante destacar que o objeto de intervenção possui a aprovação do Diretor Geral, Elpídio José de Lima Neto e do Diretor Administrativo José de Ribamar Veras Teixeira. Diante do aval dos diretores, procurou-se fazer um levantamento e análise de dados do Hospital, visita *in loco* e pesquisa bibliográfica e documental.

Na elaboração do Plano de Ação objetiva-se o aprimoramento na qualidade do atendimento emergencial, levando-se em consideração os seguintes fatores: adequação do ambiente de trabalho; aquisição de equipamentos novos e modernos, dimensionamento de equipe multidisciplinar e a procura de fontes de recursos junto a todas as autoridades de saúde, tais como: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, etc.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Contextualização da saúde no Brasil, Maranhão e São Luís

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias (SOUZA, 2002).

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade. A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este

último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (SOUZA, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente (SOUZA, 2002).

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nessas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte. Proporcionalmente a Região Sudeste, mais rica, foi a que recebeu o maior volume de recursos e as Regiões Norte e Nordeste, mais pobres, foram a que menos receberam. Esses recursos eram utilizados para o custeio das unidades próprias do INAMPS (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada (SOUZA, 2002).

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a

“comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela (PIERANTONI, 2003).

Também, nessa época, o INAMPS passa a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar. No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (SOUZA, 2002).

Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país (SOUZA, 2002).

Uma primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária, foi em 1988, a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde. O Art. 196 da CF conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado(...)”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (CF, 1988).

Já o parágrafo único do Art. 198 determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável. Um dos fatores determinantes deste entendimento foi, provavelmente, o papel do INAMPS no início do SUS, como veremos mais adiante (CF, 1988).

Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Esse fato, portanto, foi anterior à promulgação da Lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano (SOUZA, 2002).

A Lei 8.080 de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Antes de tudo, é importante destacar que, como descrito anteriormente, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários (SOUZA, 2002).

Segundo SOUZA (2002), no final da década de 80, o setor público de assistência à saúde mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que a partir de 1990 passou a integrar a estrutura do Ministério da Saúde e que já vinha, nos anos anteriores, participando de modo significativo do seu financiamento. Considerando-se essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este foi inicialmente preservado e se constituiu no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população. O INAMPS somente foi extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS.

No parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que extinguiu o INAMPS estabelecia que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990” (SOUZA, 2002).

Uma das conseqüências desta “preservação” foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas na lógica do INAMPS, que garantiria a manutenção da situação até então vigente. Ou seja, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência saúde de toda a população o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados.

Essa medida, sem dúvidas, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos. A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, na condição de gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na situação deixada pelo INAMPS, como resultado da capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal. Porém, a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que, a partir de maio de 1993 e, portanto, pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar para o Ministério da Saúde recursos da previdência social criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária (SOUSA, 2002).

Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela falta de uma fonte de financiamento que garantisse recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde (CF, 1988).

2.2 Os indicadores de Saúde no Brasil e no Maranhão

Apesar de o Brasil ser o maior país da América Latina e o quinto em extensão territorial e população do mundo, isso não o livrou de ser classificado também como um dos países de grandes desigualdades sociais, notadamente, nas condições de vida da população ou no acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2006).

Mesmo o Brasil tendo registrado alguns avanços importantes em certos indicadores sociais na década de 90, embora tais avanços tenham sido de forma bastante desigual (seja pela dimensão territorial ou pelas diferenças regionais), o índice de desenvolvimento humano no Brasil ainda pode ser considerado baixo. Para ilustrar, o que significa ser as diferenças regionais, tomando como base uma pesquisa em 1997, cita-se o exemplo que se fosse levado em consideração só a região Nordeste, o Brasil desceria para o 111º lugar. Em contradição, se fosse só a região Sul ou Sudeste, subiria para o 43º lugar (COHN AMÉLIA, 1997).

No relatório da Organização das Nações Unidas, elaborado em 1997, o Brasil se encontrava no 63º lugar em desenvolvimento humano, estando abaixo do Chile, Costa Rica, Venezuela e México (ONU, 2007).

Em relação ao Estado do Maranhão, a situação ainda é muito mais crítica. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Maranhão pode ser comparado aos dos países mais pobres do planeta como Congo, Gana, Quênia, Camarões e Namíbia, países da África cuja população vive em condições históricas de plena miséria (Atlas de Desenvolvimento Humano, 2007).

Dados das OMS apontam que o Maranhão possui um dos mais baixos IDH da região Nordeste e do Brasil, estando à frente apenas dos estados do Piauí e Alagoas. Cerca de 118 dos 217 municípios do Maranhão, por exemplo, apresentam IDH igual ou inferior a 0,4 (OMS, 2000).

Segundo dados do IBGE, em 1999, a taxa de pobreza para o Brasil era de 28,36%, enquanto no Maranhão, de 59,59%, já era considerada naquela época a mais alta do Brasil (IBGE, 2000).

Inclusive, tomando-se como exemplo o próprio município de São Luís, em 1999, em relação à renda familiar, o nível econômico das famílias era muito baixo, uma vez que mais da metade delas, 52,7%, viviam com menos de 3 salários mínimos e 17,2% recebiam menos de um salário mínimo (SOUSA,1999).

Segundo o IBGE, em 1995, o Maranhão já estava em primeiro lugar como o Estado mais pobre do Brasil, com 70,7%% das famílias de crianças de 0 a 14 anos de idade recebendo somente até meio salário mínimo por mês e somente 4,6 recebendo mais de dois salários. É sabido também que um forte indicador de índice de desenvolvimento humano é demonstrado também através do coeficiente de mortalidade infantil e mortalidade materna. No Brasil, este coeficiente, neste mesmo período, situava-se em 34,4%, enquanto que no Maranhão era de 55,7% (IBGE, 2000).

Curiosamente quando se comparava indicador de mortalidade infantil com a região Sudeste, percebe-se que o Maranhão possuía quase o dobro da proporção da região Sudeste. Isso equivale a dizer que morre o dobro de crianças antes de completar um ano de vida quando comparado a região Sudeste (IBGE, 2000).

A OMS reconhece que as condições socioeconômicas de uma população interferem diretamente no processo de adoecer e morrer das pessoas. E principalmente nas condições de saneamento e abastecimento de água potável (OMS, 2007).

Segundo dados da UNICEF, em 1985, o Maranhão estava em 1º lugar dos Estados do Brasil em abastecimento inadequado de água e esgotamento sanitário e em segundo lugar como Estado que mais possuía domicílio sem coleta de lixo em famílias com crianças de 0 à 14 anos de idade.

Segundo SOUZA (1999), só na região Nordeste, em 1997, 49,4% dos domicílios urbanos utilizavam a rede geral de esgotamento, 24,1% fossa sépticas, 18,8% fossas rudimentares e 7,6% se utilizam de valas ou destinam seu esgotamento diretamente para corpos d'água (rios, marés, lagoas, etc.). Quando se pesquisou sobre o percentual da população beneficiada por coleta de lixo, descobriu-se que somente 60,2% eram beneficiadas pela coleta do lixo. Essa pesquisa concluiu no ano de 1999, um dado alarmante: menos da metade da população entrevistada fazia uso de rede de esgoto, e não tinha acesso a coleta de lixo e água encanada.

Atualmente, segundo FEITOSA & TROVÃO (2006), a rede de esgoto só se faz presente em 10% da área urbana dos 217 municípios maranhenses.

“... que, no entanto, não alcançam a totalidade dessas áreas urbanas, não se podendo também afirmar que, embora construídas, essas redes de esgoto estejam todas em atividades.”

E quanto a coleta de lixo, FEITOSA & TROVÃO (2006) afirmam que no Maranhão, como em muitos estados do Brasil, o lixo só é coletado na área urbana.

“Das 217 sedes municipais que correspondem ao total de municípios do Estado, 26 cidades não têm coleta de lixo, o que significa que 12% das prefeituras municipais não estão conscientes da importância da coleta.”

Pelo senso demográfico de 2000, as três cidades que apresentaram o maior número de residências onde se procedem a coleta de lixo são: São Luís,

Imperatriz e Caxias. Mesmo assim, a cobertura não foi 100% em nenhum caso, pois dos 866.222 domicílios residenciais de São Luís, só 73,2% foram atendidos; Imperatriz, das 229.741 residências, 70,5% foram beneficiadas com a coleta de lixo. Em terceiro lugar está Caxias, com 139.457 domicílios, dos quais só em 44,4% é feita a coleta (IBGE, 2000).

“Refletindo-se sobre a coleta do lixo, sabe-se que o processo está muito distante de utilizar métodos e técnicas satisfatórias. Os municípios que coletam o lixo, na sua quase totalidade, o fazem de forma irregular, não cumprindo uma programação regular de coleta. Outro problema é a maneira como se procede a coleta. Usam caminhões abertos e muitas vezes carroças puxadas a animal que, no trajeto, sujam as ruas com parte do lixo recolhido. É óbvio que esse comportamento influi na qualidade de vida da população do Maranhão, não sendo, portanto, surpresa ser este Estado o que apresenta o menor índice de desenvolvimento humano do país.”

3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1 Da sua fundação aos dias atuais

O Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes foi inaugurado no dia 02 (dois) de outubro de 2002 e está localizado na Rua São Paulo, s/n - bairro Vila Luizão, São Luís - MA.

Em relação ao atendimento em saúde à população, o hospital é financiado com recursos do SUS e grande parte de seus funcionários são contratados por terceirização de serviços cooperativados ou firmas credenciadas em processo licitatório. Enquanto que, outra parte dos funcionários faz parte do quadro de servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde.

Os setores de atendimentos se dividem em serviço ambulatorial médico, odontológico, psicológico e de enfermagem. Há ainda atendimento de urgência/emergência,

Apesar desta Unidade de Saúde ser intitulada de Hospital, na prática, a mesma funciona como uma Unidade Mista em que o paciente não fica internado nas enfermarias, somente em observação por uma duração máxima de 24 (vinte quatro) horas.

Os casos graves emergenciais são encaminhados para as outras Unidades de Saúde de alta complexidade, bem como os casos de enfermos que não evoluem satisfatoriamente no período das 24 (vinte e quatro) horas e gestantes em trabalho de parto.

A Unidade ainda disponibiliza medicamentos da farmácia básica, serviço laboratorial terceirizado para solicitações ambulatoriais e serviço social para atendimento nos programas de planejamento familiar.

Os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde abrangem os bairros: Vila Luizão, Divinéia, Sol e Mar, Brisa do Mar, Alonso Costa, Parque Araçagy, Miritiua, Santa Rosa, Vila Litorânea, Habitacional Turú, Turú, Olho D'água, Recanto do Olho D'água, Araçagy, etc.

3.2 Características físicas e estrutura organizacional

O Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes possui uma excelente área construída em sua totalidade, incluindo área externa e interna, setor de atendimento ao público e setor pertinente à área administrativa.

Quanto aos serviços ambulatoriais são oferecidas as seguintes especialidades médicas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, oncologia, ortopedia, reumatologia e urologia.

Acrescentando ao serviço ambulatorial há ainda ambulatório de enfermagem, psicologia, odontologia geral e serviço social. No ambulatório de enfermagem é dado enfoque aos seguintes programas do Ministério da Saúde: Programa Nacional de Controle da Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Programa de Atenção à Saúde da Criança, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Controle de Eliminação da Hanseníase e Tuberculose.

O serviço social também participa do programa de planejamento familiar e se encarrega na assistência de demais casos relacionados a abandono e omissão de pacientes.

As ações do serviço psicológico efetivam-se através da consulta com o psicólogo a pacientes e funcionários da Unidade. O serviço de odontologia como: as obturações simples e mais complexas, extração de dentes em crianças, adultos e idosos.

O setor de emergência e urgência funciona 24 (vinte e quatro) horas, e é composto de 02 (dois) médicos de plantão divididos entre 01 (um) clínico geral e 01 (um) pediatra, 01 (uma) enfermeira ocasionalmente há 02 (duas) enfermeiras no plantão), em média 05 (cinco) técnicos/auxiliar de enfermagem, 01 (um) técnico de raio-x, 01 (uma) recepcionista, 01 (um) auxiliar de farmácia, 01 (um) auxiliar de serviços gerais, 02 (dois) porteiros, 01 (um) segurança, 01 (um) motorista de ambulância e 01 (uma) copeira que quando se trata de plantão noturno, ausenta-se em torno das 21:00 (vinte e uma) horas, além do funcionário encarregado de fazer o controle da frequência e assiduidade dos plantonistas.

No plantão noturno, não há disponibilização de exames laboratoriais. Somente a elaboração do exame de raio-x, efetivada quando há necessidade mediante os casos concretos e sugestivos de fratura, trauma e luxações.

No setor de urgência e emergência, cada médico possui sua sala, dividida em sala da pediatria e sala de pequena cirurgia, onde são feitos pequenos procedimentos tais como sutura de ferimentos em nível de derme e epiderme nos casos acidentais causados por objeto perfuro-cortantes, (tais como: faca, facão, etc), extração de unhas quebradas e traumatizadas por objetos estranhos, retirada de

corpo estranho de pequena proporção, sem gravidade, em região mucosa e da genitália que não tenham causado lesão em órgão vital ou hemorragia interna.

O quadro de funcionários é composto ao todo de 190 (cento e noventa) funcionários, divididos em 122 (cento e vinte e dois) funcionários de nível médio e 68 (sessenta e oito) de nível superior.

O fluxo do atendimento durante um mês ao usuário do SUS é dividido em torno de 5.600 (cinco mil e seiscentos) consultas ambulatoriais, 4.000 (quatro mil) atendimentos emergenciais, distribuição de medicamentos da farmácia básica a cerca de 900 (novecentos) pacientes, 700 (setecentos) imunizações, 600 (seiscentos) curativos eletivos e 150 (cento e cinquenta) “internações” no SPA.

No tocante ao atendimento emergencial, o hospital disponibiliza, no total, aproximadamente 24 (vinte e quatro) leitos nas enfermarias do setor da observação, divididos em enfermaria infantil, masculina e feminina (08 leitos para cada enfermaria), 02 (duas) salas de SPA, 01 (uma) adulto e outra infantil (para administração de medicação sem necessidade de permanência do paciente), 01 (uma) sala para nebulização adulto e infantil, 01 (uma) central de esterilização, expurgo e assepsia de material cirúrgico, e 01 (uma) sala de recepção encarregada de fazer a triagem para o atendimento.

Para os atendimentos eletivos há 01 (uma) sala de curativos e retirada de pontos cirúrgicos, 01 (uma) sala de imunização e colete de sangue e fluidos utilizados para encaminhamento laboratorial, 01 (uma) sala de recepção e variadas salas para atendimento ambulatorial.

3.3. Problemas detectados

A partir de observações diretas “*in loco*” e de informações fornecidas por profissionais técnicos e da direção do hospital, foram detectados os seguintes problemas:

Em termos estruturais:

Não existe sistema de encanação de ar comprimido e oxigênio nas enfermarias.

O hospital não possui independência e autonomia do serviço de lavanderia. As roupas são encaminhadas para a lavanderia de outro hospital, funciona como uma parceria.

Em termos de recursos humanos:

O salário dos enfermeiros e técnicos de enfermagem está bastante defasado.

Existe um déficit de funcionários em alguns setores, tais como a falta de médicos, técnicos de enfermagem e segurança em alguns plantões.

O hospital não disponibiliza equipamentos de proteção individual – EPI, para seus funcionários, principalmente para os serventes, tais como: botas, luvas de borracha grossa, máscaras, óculos, uniformes e aventais.

4 JUSTIFICATIVA

A escolha do local supracitado justifica-se por ser este carente em estudos acadêmicos voltados para a implantação e implementação de medidas que visam melhorar a qualidade de atendimento hospitalar em uma região onde a maioria dos moradores se caracteriza por possuir uma renda *per capita* de menos de um salário mínimo (IBGE, 2007). Ademais, o local escolhido, para seu deslocamento, não apresenta ônus financeiro relevante, possui fácil acesso e a sua Administração possui boa vontade em colaborar com as informações devidas. Outro motivo considerável é que um dos integrantes da equipe de estudo é uma funcionária da unidade desde o início de seu funcionamento.

Vale ressaltar que a iniciativa da elaboração do Plano de Ação, além de servir como trabalho curricular para os membros da equipe, visa proporcionar à direção desta Unidade de Saúde um instrumento técnico para solucionar problemas operacionais em sua rotina hospitalar, uma vez que, depois de concluso os estudos, uma via do Plano de Reestruturação será disponibilizado para a Direção do Hospital, Gestor Estadual e Governo do Estado do Maranhão.

Dessa forma, torna-se necessário a elaboração de uma análise da situação de saúde contextualizando o Maranhão, a cidade de São Luís e o Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes desde a sua fundação até os dias atuais.

5 OBJETIVO

Elaborar um Plano de Intervenção no Hospital Dr. Adelson de Sousa Lopes, com vista a melhorar a qualidade do atendimento hospitalar.

6 PLANO DE AÇÃO – PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL DR. ADELSON DE SOUSA LOPES

PROBLEMAS	META	LINHA DE AÇÃO	ATIVIDADES	RECURSOS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
Setor de lavanderia com recursos insuficientes para a sua demanda de trabalho.	Adquirir 100% dos equipamentos necessários do funcionamento da lavanderia hospitalar.	Adequar o setor às necessidades do hospital.	Aquisição dos equipamentos necessários para o funcionamento do setor, como: máquina de lavar, secadora, calandra, etc.	Fundo Estadual de Saúde.	Dir. Geral – Elpídio Neto Dir. Administrativo – José Teixeira Enf. – Núbia Gomes	03 Meses
Déficit de funcionários.	Adequar em pelo menos 50% o número de funcionários equivalentes com a necessidade do hospital.	Aumentar o quadro de funcionários.	Contratação de profissionais, conforme Apêndice E.	Fundo Estadual de Saúde.	Grupo acima	04 Meses
Falta de EPI's.	Garantia da segurança de 100% dos profissionais para redução dos acidentes de trabalho.	Compra de 100% dos EPI's para os funcionários de acordo com suas categorias.	Compra dos EPI's como: bota, luva, máscara, óculos, protetor de auricular, conforme apêndice F.	Fundo Estadual de Saúde.	Grupo acima	03 Meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi elaborado a partir de uma visita realizada na Unidade Hospitalar, através da disciplina Seminário de Pesquisa, que nos revelou a importância de trabalhar com saúde, em lidar com o trato das pessoas, humanizar os serviços de saúde, que já infelizmente andam precários em nosso país.

O estado do Maranhão, um dos mais pobres do país, tem grande dificuldade em ofertar saúde à população de baixa renda. O número de unidades hospitalares existentes na capital é insuficiente e a população lota as unidades existentes na periferia e como se não bastasse ainda vêm dezenas de pessoas de do interior do Estado diariamente.

Os serviços oferecidos não são suficientes para atender à demanda e, acaba prejudicando a atuação dos profissionais da área, que muitas vezes ficam de mãos atadas, por não terem condições de desenvolver um bom trabalho.

Concluiu-se que apesar dos poucos recursos, do número reduzido de funcionários, da falta de equipamentos e estrutura adequada, o Hospital da Vila Luizão, vem conseguindo prestar um bom atendimento à sua população na medida do possível. E, se o que foi proposto por nossa equipe através do Plano de Reestruturação for realmente colocado em prática, o sofrimento das pessoas que buscam por saúde naquela Unidade será amenizado e a atuação dos profissionais será realizada com mais qualidade e conseqüentemente maior satisfação.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Tanya Maria Macedo (coord.). **A política social brasileira 1930-64: evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Disponível em: [www. http://www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br). Acesso em: 18/ out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SOMASUS**. Disponível em: [www. www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 21 out. 2008.

_____. _____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, Disponível em: [www. www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em: 21 out. 2008.

_____. _____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Disponível em: [www. www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). Acesso em: 23 out. 2008.

_____. _____. **A Portaria 3432 de 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: [www. www.saude.rs.gov.br/wsa/binary/down_sem/PRD_ownershipServlet?arquivo=PTGM-MS3432-98UTI.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/wsa/binary/down_sem/PRD_ownershipServlet?arquivo=PTGM-MS3432-98UTI.pdf). Acesso em: 20 set. 2007.

_____. _____. **A Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994**. Aprova as normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, constante no anexo I. Disponível em: [www. www.senior-residencia.com.br/Redes%20Estaduais%20-%20Guia%20operacional.htm](http://www.senior-residencia.com.br/Redes%20Estaduais%20-%20Guia%20operacional.htm). Acesso em: 20 set. 2007.

_____. _____. **Portaria GM nº 1101 de 12 de junho de 2003**. Estabelece entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: 2002.

_____. _____. **RESOLUÇÃO - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, promoção, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimento assistenciais de saúde. Disponível em: [www. www.engetecno.com.br/legislacao/ses_alt_rdc50.htm](http://www.engetecno.com.br/legislacao/ses_alt_rdc50.htm). Acesso em: 20 set. 2007.

_____. **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: [http:// pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal](http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal). Acesso em: 12 mai. 2008.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: www.pnud.org.br/atlas. Acesso em: 18 jun. 2008.

COHN, Amélia. O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade. **Revista da USP**, São Paulo, 1997.

FEITOSA, A.C.; TROVÃO, J.R.. **Atlas escolar do Maranhão: espaço geo-histórico e cultural**. João Pessoa, 2006.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição x Consolidação: O dilema estratégico da construção do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde-1974/1996**. Rio de Janeiro, 1997.

MELO, Arnaldo. **Discurso**. Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão. Disponível em: <http://www.al.ma.gov.br/paginas/discursos.php?codigo1=1399&codigo2=5>. Acesso em: 19 set. 2007.

NAHUZ, Cecília dos Santos; FERREIRA, Lusimar Silva. **Manual para normalização de monografias**. 4 ed. rev atual. São Luís: Visionária, 2007.

PIERANTONI, Célia Regina. **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2003.

RISI JÚNIOR, João Baptista. et al. **As condições de saúde no Brasil**. Disponível em: www.fiocruz.br/editora/média/04-CSPB02.pdf. Acesso em: 19 set. 2007.

SILVA, Marinalva Ribeiro da. **Relatório de Gestão 2006 da Santa Casa de Misericórdia**. São Luís, 2006.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, 2002.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Brasília, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Serviços e equipamentos disponíveis no Hospital

SERVIÇOS DE APOIO

DISCRIMINAÇÃO	TIPO
Ambulância	Próprio
Farmácia	Próprio
Lavanderia	Terceirizado
Necrotério	Próprio
SAME	Próprio
Serviço de Manutenção de Equipamentos	Terceirizado
Serviço Social	Próprio

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

DISCRIMINAÇÃO	TIPO
Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento	Próprio
Serviço de Diagnóstico por Imagem	Próprio
Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficosdinâmicos	Próprio

EQUIPAMENTOS EXISTENTES NA UNIDADE

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE
Aparelho de Raio-X 100 MA	01
Eletrocardiógrafo	01
Gabinete Odontológico	02
Reanimador Pulmonar/Embu	04
Ultrasson Ecógrafo	01
TOTAL	08

APÊNDICE B – Estrutura física do Hospital – 1º piso

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE
Administração	01
Almoxarifado	01
Auditório	01
Consultório Indiferenciado	06
Consultório Odontológico	02
Consultórios Clínicos	04
Depósito	01
Farmácia	01
Recepção	02
Refeitório	01
Sala de Gesso	01
Sala de Parto Normal	02
Sala de Pequenas Cirurgias	02
Sala de Procedimentos	01
Sala de Raio X	01
Sala de Ultrassonografia	01
Sala de Vacina	01
SAME	01
Sala de Serviço Social	01
Setor de Nutrição	01
CME	01
Sala de Observação adulto	02
Sala de Observação Infantil	01
Sala de Enfermagem	01
Rouparia	01
Sala de Emergência	01
Sala de Imunização	01
Sala de curativos/suturas	01

ESTRUTURA FÍSICA DO HOSPITAL – 2º PISO

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE
Banheiros	02
Sala da Coordenação	01
Sala de CPD	01
Salas da Diretoria	03
Setor de RH	01

APÊNDICE C – Quadro de funcionários existentes no Hospital

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE
Agente Administrativo	08
Atendentes	10
Auxiliar Administrativo	06
Auxiliar de Portaria	06
Auxiliar de Serviços Gerais	10
Coordenadores	03
Digitador	03
Diretor Administrativo	01
Diretor Clínico	01
Diretor Financeiro	01
Motorista	06
TOTAL	55

APÊNDICE D – Quadro de profissionais de saúde existentes no Hospital

ESPECIALIDADES	QUANT.
Assistente Social	01
Auxiliar de Enfermagem	05
Bioquímicos	01
Cirurgião	01
Clínico Geral	07
Endocrinologista	01
Enfermeiros	09
Fisioterapeuta	01
Ginecologista-Obstetra	04
Neurologista	01
Nutricionista	01
Odontólogo	04
Oncologista	01
Ortopedista-Traumatologista	03
Pediatra	08
Psicóloga	02
Radiologista	02
Reumatologista	01
Técnico de Enfermagem	28
Técnico em Ortopedia	01
Técnico de Radiologia	07
Urologista	01
TOTAL	91

APÊNDICE F – Lista de Equipamentos de Proteção Individual.

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	R\$ UNIT.	R\$ TOTAL
Botas de PVC	15	R\$ 27,60	R\$ 414,00
Luvas de látex	15	R\$ 2,00	R\$ 30,00
Máscara	15	R\$ 11,00	R\$ 165,00
Óculos incolor	15	R\$ 3,00	R\$ 45,00
Protetor auricular	15	R\$ 1,00	R\$ 15,00
Total			R\$ 669,00

APÊNDICE G – Fotos da equipe em visita ao Hospital











ANEXOS

ANEXO A – Relação de profissionais cadastrados no Hospital segundo o SCNES.

Funcionário	CBO	Colunas1	Colunas2	Colunas3	Colunas4
MARGARIDA MARIA MOTA CAMINHA	1999A2 - CBO NIVEL SUPERIOR NAO TEM CORRESPONDENCIA	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
JOSE MAGNO FONSECA	223112 - MED CIRURGIAO	0Hs.	6Hs.	00Hs.	6Hs.
JOAQUIM RIBEIRO MELO	223115 - MED. CLINICO GERAL	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
JOSE AMERICO DA SILVA	223115 - MED. CLINICO GERAL	0Hs.	10Hs.	00Hs.	10Hs.
JOSE MAGNO FONSECA	223115 - MED. CLINICO GERAL	0Hs.	00Hs.	24Hs.	24Hs.
JOSE RIBAMAR AZEVEDO MOREIRA	223115 - MED. CLINICO GERAL	20Hs.	00Hs.	00Hs.	20Hs.
LUIS FRANCISCO ALBUQUERQUE GUIMARAES	223115 - MED. CLINICO GERAL	24Hs.	00Hs.	00Hs.	24Hs.
MARIA DE FATIMA DA COSTA SOUZA	223115 - MED. CLINICO GERAL	0Hs.	12Hs.	00Hs.	12Hs.
SANDRA DOS SANTOS LEITE	223115 - MED. CLINICO GERAL	24Hs.	00Hs.	00Hs.	24Hs.
JOSE DE RIBAMAR CASTRO VELOSO	223124 - MEDICO RADIOLOGIA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
PAULO SERGIO FERREIRA DE OLIVEIRA	223124 - MEDICO RADIOLOGIA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
RUY DE OLIVEIRA PANTOJA FILHO	223125 - MEDICO ENDOCRINOLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
MARIA LIDIA ELOI DA LUZ	223132 - MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
MARILEA DE JESUS DA SILVA AMORIM MUNIZ	223132 - MEDICO GINECO- LOGISTA E OBSTETRA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
SEBASTIAO AMORIM MUNIZ	223132 - MEDICO GINECO- LOGISTA E OBSTETRA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
TEREZINHA DE JESUS DIAS MAGALHAES	223132 - MEDICO GINECO- LOGISTA E OBSTETRA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ANTONIO DE PADUA DUARTE SALDANHA	223142 - MEDICO NEUROLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
RAIMUNDO NONATO VIVEIROS	223145 - MEDICO ONCOLOGISTA CANCEROLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ELPIDIO JOSE DE LIMA NETO	223146 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
MICHELLINE JOANA TENORIO ALBUQUERQUE MESQUITA	223146 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ANTONIO JOSE CASSAS DE LIMA	223146 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ANTONIO DE JESUS CHAGAS	223149 - MEDICO PEDIATRA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
JOSE FEITOSA DE SA	223149 - MEDICO PEDIATRA	24Hs.	00Hs.	00Hs.	24Hs.
JOSE RAIMUNDO SOARES	223149 - MEDICO PEDIATRA	0Hs.	24Hs.	00Hs.	24Hs.
LUCIANE DUAILIBE DA COSTA	223149 - MEDICO PEDIATRA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
LUZIMAR DE ARAUJO COSTA	223149 - MEDICO PEDIATRA	24Hs.	00Hs.	00Hs.	24Hs.
MARIA JOSE MARTINS DOS REIS	223149 - MEDICO PEDIATRA	0Hs.	24Hs.	00Hs.	24Hs.
MARILENE OLIVEIRA DE SOUSA	223149 - MEDICO PEDIATRA	0Hs.	00Hs.	24Hs.	24Hs.
SUELY VERA MARQUES CARVALHO	223149 - MEDICO PEDIATRA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ROSA MARIA LOUREIRO DA SILVA	223155 - MEDICO REUMATOLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
RAIMUNDO PEREIRA CAETANO	223156 - MEDICO SANITARISTA EPIDEMIOLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
SEBASTIAO RAIMUNDO DUARTE SALDANHA	223157 - MEDICO UROLOGISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ABILIO FRANCISCO DE LIMA NETO	223208 - CIRURGIAO DENTISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ASSUNCAO DE MARIA MELO DO LAGO SILVA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.

AURIDEIA LIMA ROCHA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
SUELY MELO VASCONCELOS	223208 - CIRURGIAO DENTISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
MARCIA MARIA ARAUJO DA CUNHA	223405 - FARMACEUTICO	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
CELIA MARIA PEDROSA DE ARAUJO	223505 – ENFERMEIRO	24Hs.	00Hs.	00Hs.	24Hs.
CELMA BARROS DE ARAUJO GOMES	223505 – ENFERMEIRO	0Hs.	24Hs.	00Hs.	24Hs.
DAYSE ALVES PEREIRA	223505 – ENFERMEIRO	24Hs.	00Hs.	00Hs.	24Hs.
JULIA CRISTINA T MACIEL	223505 – ENFERMEIRO	0Hs.	24Hs.	00Hs.	24Hs.
LESLIE DIAS TROVAO CAMPOS	223505 – ENFERMEIRO	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
LIDIA RAQUEL LIMA E SOUSA	223505 – ENFERMEIRO	24Hs.	00Hs.	00Hs.	24Hs.
ROSEANE DE JESUS LINHARES VIEGAS	223505 – ENFERMEIRO	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
VALTRUDES DAS GRACAS FREITAS	223505 – ENFERMEIRO	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ZUILA SOARES CONSTANTINO	223505 – ENFERMEIRO	0Hs.	12Hs.	00Hs.	12Hs.
RENATA CRISTINA ARAUJO DE ABREU	223605 - FISIOTERAPEUTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
IZABEL RODRIGUES CAVALCANTE	223710 - NUTRICIONISTA	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ROSSANNA KARLA SOARES BEZERR	251510 - PSICOLOGO	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
WALDILENA CRISTINA MARCAL FEIO	251510 - PSICOLOGO	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ELISA E SILVA FERNANDES	251605 - ASSISTENTE SOCIAL	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
ADILSON MAIA VIEIRA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	42Hs.	00Hs.	00Hs.	42Hs.
ANDREIA CRISTINA SILVA OLIVEIRA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
CLEONILDE PEREIRA DA ROCHA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
DALCY DE FATIMA LIMA AMARAL	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
ELIANE DE JESUS LOPES FALCAO	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
ELINE ROSA COELHO PEREIRA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
ESMERALDA DO ROSARIO BARROS AMARAL	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
JANEIDE MAGALHAES DOS SANTOS	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
KATIA REGINA PEREIRA SOARES	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	42Hs.	00Hs.	00Hs.	42Hs.
LIBANIA CANDEIRA SILVA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
LIVIA CERJANE SOUSA ARAUJO	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
LUCILENE GOMES NASCIMENTO	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
LUCILENE MACEDO RODRIGUES	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
MAGNOLIA COSTA ALMEIDA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
MARCILES DE JESUS SANTOS	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	24Hs.	00Hs.	24Hs.
MARIA CRISTINA DE CARVALHO CABRAL	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
MARIA DALVINA ALVES DA SILVA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
MARIA LUIZA PEREIRA BARROS	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
MARINILDE MARTINS REIS	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
MARISE ALVES	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
NASILURDES FURTADO CUTRIM	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
PAULA CLEIDE FERREIRA CARDOSO	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
RITA DE CASSIA COSTA CERQUEIRA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
ROSENIR GOMES DOS REIS	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
RUTELENE COSTA MONTEIRO	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
SANDRA CASSIA CARVALHO	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.

SONIA MARIA CARDOSO BARBOSA	322205 - TEC. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
RAIMUNDA PATRICIO BARROS	322230 - AUX. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
ISABEL CRISTINA PINHEIRO SALVADOR	322230 - AUX. DE ENFERMAGEM	0Hs.	36Hs.	00Hs.	36Hs.
MARIA DA GLORIA CALDAS MIRANDA	322230 - AUX. DE ENFERMAGEM	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
LOURIVAL CUTRIM MENDONCA	322505 - TECNICO DE ORTOPEDIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
CLAUDIO MAGNO ARAUJO	324115 – TEC. EM RADIOLOGIA	20Hs.	20Hs.	00Hs.	40Hs.
EVANDRO MARTINS ARAUJO	324115 – TEC. EM RADIOLOGIA	20Hs.	20Hs.	00Hs.	40Hs.
JEFFERSON MENEZES SANTOS	324115 – TEC. EM RADIOLOGIA	20Hs.	20Hs.	00Hs.	40Hs.
JOSE DE RIBAMAR CARNEIRO BARBOSA	324115 – TEC. EM RADIOLOGIA	20Hs.	20Hs.	00Hs.	40Hs.
JOSMAR INOCENTES BRANDAO	324115 – TEC. EM RADIOLOGIA	0Hs.	24Hs.	00Hs.	24Hs.
ORLEANS ASSUNCAO SANTIAGO	324115 – TEC. EM RADIOLOGIA	20Hs.	20Hs.	00Hs.	40Hs.
JOSE DE RIBAMAR BARBOSA JANSEN FERREIRA	324115 – TEC. EM RADIOLOGIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
BENEDITA ROSA RAMOS SANTOS	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	42Hs.	00Hs.	00Hs.	42Hs.
CLEYJANE RODRIGUES LOPES	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
RONALDO DE ALMEIDA ALVARES	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
DEUZELINA FERREIRA MENDES	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
DEYDIANE FERNANDES SILVA	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
CILENE KATIA SODRE NOGUEIRA	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
ELIANE ROCHA RIBEIRO	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
HAMILTON DE ASCENCAO PEREIRA	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
JAYMARA DE MENEZES ROCHA	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	36Hs.	00Hs.	00Hs.	36Hs.
MARIA LUIZA MACEDO COSTA	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
SILMA LEONE DA SILVA GONCALVES	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
TELMA MARIA FARIAS SOUSA	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	20Hs.	00Hs.	00Hs.	20Hs.
VERA LUCIA FAHAD JACONE	411005 - AUX. ADMINISTRATIVO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
KENIA DOS SANTOS SOARES	411005 - AUX. DE ESCRITORIO	40Hs.	00Hs.	00Hs.	40Hs.
ALAIDES MESQUITA DE SOUZA MENDES	515110 - ATENDENTE DE ENFERMAGEM	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.
DORACY DUTRA SANTOS	515110 - ATENDENTE DE ENFERMAGEM	0Hs.	20Hs.	00Hs.	20Hs.

ANEXO B - Orçamento para a aquisição de equipamentos e material permanente.

Lavanderia Hospitalar

Equipamento de Apoio Médico-Assistencial		Quant.	Custo Unitário	Custo Total
1	Calandra Horizontal	1	7.500,00	7.500,00
2	Centrífuga de Roupas	3	11.000,00	33.000,00
3	Ferro Elétrico Industrial	1	400,00	400,00
4	Máquina Interlock	1	3.200,00	3.200,00
5	Máquina de Costura Industrial	3	400,00	1.200,00
6	Máquina de Overloque	1	800,00	800,00
7	Prensa para Roupas	1	10.000,00	10.000,00
8	Secadora de Roupas	1	5.000,00	5.000,00
9	Seladora de Embalagens	1	500,00	500,00
Total de Equipamento de Apoio Médico-Assistencial:			38.800,00	61.600,00

Mobiliário Hospitalar		Quant.	Custo Unitário	Custo Total
1	Bancada	1	150,00	150,00
2	Carro para Transporte de Roupa Molhada	1	450,00	450,00
3	Carro para Transporte de Roupa Seca	1	450,00	450,00
4	Mesa para Dobradura de Roupas	1	850,00	850,00
Total de Mobiliário Hospitalar:			1.900,00	1.900,00

Material Permanente		Quant.	Custo Unitário	Custo Total
1	Armário para Vestiário	1	200,00	200,00
2	Estante	1	100,00	100,00
3	Relógio de Parede	1	10,00	10,00
Total de Material Permanente:			310,00	310,00

Total Geral:			41.010,00	63.810,00
---------------------	--	--	------------------	------------------