

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE

QUALIDADE NO ATENDIMENTO INFANTIL.
UM ESTUDO DE CASO NO PRONTO-SOCORRO INFANTIL
DRA. SANDRA CELESTE

Adna Gardênia Hortêncio Cavalcante

Natal/RN
2004

ADNA GARDÊNIA HORTÊNCIO CAVALCANTE

QUALIDADE NO ATENDIMENTO INFANTIL.
UM ESTUDO DE CASO NO PRONTO-SOCORRO INFANTIL
DRA. SANDRA CELESTE

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Administração com Habilitação em Marketing da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Administração com habilitação em Marketing.

Orientadora: Maria Teresa Pires Costa, Msc.

Natal/RN
2004

Catalogação na Publicação- Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Cavalcante, Adna Gardênia Hortêncio

Qualidade no atendimento: um estudo de caso no pronto-socorro infantil
Dra.Sandra Celeste./ Adna Gardênia Hortêncio Cavalcante.- Natal: FARN,
2004

69p.

Orientador: Maria Teresa Pires Costa (M.SC)

Monografia (Graduação em Administração com habilitação em
Marketing)- Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande
do Norte

1. Qualidade_ serviços de saúde. Monografia 2 Avaliação da
satisfação- Pronto Socorro Infantil- Monografia I. Título

RN/FARN/BC

CDU 658.56: 614.2

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE

Adna Gardênia Hortêncio Cavalcante

Projeto apresentado e aprovado em ____ de ____ de ____, pela banca
de qualificação composta pelos seguintes membros:

Maria Teresa Pires Costa, MSC
Orientadora

George Queiroga Estrela, MSC
Membro Examinador

Rosa Cavalcanti da Costa, MSC
Membro Examinador

Natal, 17 de Dezembro de 2004.

Dedico este trabalho, em especial
aos meus pais Rivonaldo e Gildete. E a
todos que amo.

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada no meio dos meus 21 anos, tenho muito a agradecer por mais uma etapa cumprida em minha vida.

Agradeço a Deus primeiramente, pela minha vida, pela minha saúde e por ter me permitido realizar este sonho.

Agradeço especialmente aos meus pais, Rivanildo e Gildete, por estarem sempre presentes e pelo amor, carinho, educação e força. Exemplos de vida para a formação do meu caráter.

Agradeço a minha Vó Maria Auxi, pelo apoio e confiança em mim depositada.

Agradeço ao meu irmão Josévaldo, ao meu tio Herberto e a todos os meus familiares que sempre me apoiaram.

Agradeço as minhas madrinhas Genê e Irani que foram fundamentais para que eu pudesse realizar este trabalho.

Agradeço aos meus grandes amigos Basílio Neto e a Ivana, por me ajudarem sempre nos momentos em que precisei.

Agradeço aos meus amigos de sala, Ana Karina, Simone, Farley, Soares e Paulo, pelos momentos de alegria, companheirismo e pela troca de experiências tão enriquecedoras para minha vida.

Agradeço aos professores: Teresa, Ana Maria, Karina, George, Carlos, Marcello, Franklin, Aluizio, Conceição, Rosângela, Rodolfo, João Tadeu, Antônio Alves, Eduardo, Janete, Ronaldo e Celarino, que foram fundamentais para minha construção profissional.

Agradeço a minha orientadora, Professora Maria Teresa Freix, por ter me auxiliado na realização deste trabalho e por enriquecer meus conhecimentos.

Agradeço também a todos os funcionários do pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste que me receberam com braços abertos, em especial a diretora Tânia e as assistentes sociais Ivete, Jussara e Mariza, que contribuíram para realização deste trabalho.

Por fim agradeço a todos que contribuíram.

"Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina."

(Autor desconhecido).

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada no auge dos meus 21anos, tenho muito a agradecer, por mais uma etapa cumprida em minha vida.

Agradeço a Deus primeiramente, pela minha vida, pela minha saúde e por ter me permitido realizar este sonho.

Agradeço especialmente aos meus pais, Rivonaldo e Gildete, por estarem sempre presente e pelo amor, carinho, educação e força. Exemplos de vida para a formação do meu caráter.

Agradeço a minha Vó Maria Auta, pelo apoio e confiança em mim depositada.

Agradeço ao meu irmão Josevaldo, ao meu tio Heriberto e a todos os meus familiares que sempre me apoiaram.

Agradeço as minhas madrinhas Genilda e Irani que foram fundamentais para que eu pode-se realizar este trabalho.

Agradeço aos meus grandes amigos Brasilício Neto e a Ivana, por me ajudarem sempre nos momentos em que precisei.

Agradeço aos meus amigos de sala, Ana Karina, Simone, Farley, Soares e Paulo, pelos momentos de alegria, companheirismo e pela troca de experiências tão enriquecedoras para minha vida.

Agradeço aos professores: Teresa, Ana Maria, Karina, George, Carlos, Marcílio, Franklin, Aluizio, Conceição, Rosângela, Ridalvo, João Tadeu, Antônio Alves, Eduardo, Jannes, Ronaldo e Catarina, que foram fundamentais para minha construção profissional.

Agradeço a minha orientadora, Professora Maria Teresa Pires, por ter me auxiliado na realização deste trabalho e por enriquecer meus conhecimentos.

Agradeço também a todos os funcionários do pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste que me receberam de braços abertos, em especial a diretora Telma e as assistentes sociais Ivonete, Jessélia e Marize, que contribuíram para realização deste trabalho.

Em fim agradeço a todos que contribuíram para a realização desse sonho.

RESUMO

O presente trabalho é composto por duas partes, uma revisão teórica do tema qualidade no atendimento, seguido de uma pesquisa de campo realizada no pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste. O presente estudo tem o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços oferecidos pelo pronto-socorro infantil. O referencial teórico abordou os principais autores da temática com ênfase em Mezomo, e em informações governamentais contidas no site do Ministério da Saúde no decreto 3.507 de 13 de junho de 2000 (em anexo A) que estabelece padrões a serem seguidos para melhor atender aos usuários dos serviços públicos. Para coleta de dados foram aplicados questionários com questões fechadas aos acompanhantes das crianças internadas (observação) durante o período de pesquisa. Os dados foram tratados através do programa excel com a elaboração dos gráficos que foram analisados quantitativa e qualitativamente. Conclui-se que o pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste, busca a qualidade no atendimento ao usuário e aplica parcialmente os padrões propostos pelo decreto nº 3.507 de 13 de junho de 2000, embora a unidade não disponha de recursos suficientes, é visível o empenho de seus funcionários, para atender as expectativas do usuário o que resulta em qualidade.

Palavras- Chaves: qualidade , atendimento, usuários e funcionários.

ABSTRACT

SUMÁRIO

The present work is composed by two parts, a theoretical revision of the theme quality in the service, coming after a field research accomplished at the infantile emergency room Doctor Sandra Celeste. The present study has the objective of evaluating the quality of the services offered by the infantile emergency room. The theoretical purpose approached the main authors of the theme with emphasis in Mezomo, and in government information contained on the web of Health's hisistry at the ordinance number 3.507 of June 13, 2000 (annex) whom that establishes patterns to be following forbetter to assist the users of the public services. For data's collection they were applied questionnaires with closed subjects to the interned children's companions (observation) during the research period. The data were treated through the excel program " with the elaboration of the graphs that were analyzed quantitative and qualitative. The conclusion is that the infantile emergency room Doctor Sandra Celeste, looks for the quality in the service to the user and it applies the patterns partially proposed by the ordinance number 3.507 of June 13, 2000, although the unit doesn't have enough resources, it is visible their employees' pledge, to assist the user's expectations that it results in quality.

Words - Key: quality, service, users and employees.

2.1.5 PROGRAMA DE QUALIDADE DO SUS	30
2.1.6 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL NO SUS	32
2.1.7 USUÁRIO, CLIENTE E PACIENTE	35
2.1.8 PRINCÍPIOS DE QUALIDADE	36
3.1 METODOLOGIA	36
3.1.1 TIPO DE PESQUISA	36
3.2 UNIVERSO E AMOSTRA	38
3.3 COLETA DE DADOS	38
3.4 TRATAMENTO DE DADOS	37
4. RESULTADOS	38
4.1 Resultados da observação direta	38
4.2 Resultados da aplicação de questionários aos usuários	38
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	37
6. BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	62

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	11
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE PESQUISA.....	12
1.3. OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Objetivo Geral.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4. JUSTIFICATIVA.....	17
2. REFERÊNCIAL TEORICO.....	18
2.1. EVOLUÇÃO DA QUALIDADE NO MUNDO.....	19
2.1.1. QUALIDADE NO BRASIL.....	19
2.1.2 QUALIDADE EM SERVIÇOS.....	21
2.1.3 EVOLUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	22
2.1.4QUALIDADE EM SAÚDE PÚBLICA.....	26
2.1.5 PROGRAMA DE QUALIDADE DO SUS.....	30
2.1.6 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL NO SUS.....	32
2.1.7 USUÁRIO, CLIENTE E PACIENTE.....	35
2.1.8 PADRÕES DE QUALIDADE.....	35
3. METODOLOGIA.....	36
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	36
3.2. UNIVERSO E AMOSTRA.....	36
3.3. COLETA DE DADOS.....	36
3.4. TRATAMENTO DE DADOS.....	37
4. RESULTADOS.....	38
4.1. Resultados da observação assistemática.....	39
4.2. Resultados da aplicação de questionários aos usuários.....	39
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	57
6. BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da população quanto ao sexo.....	39
Gráfico 2 - Distribuição da população de acordo com a faixa etária.....	40
Gráfico 3 - Distribuição da população quanto à escolaridade.....	41
Gráfico 4 - Distribuição da população quanto ao estado civil.....	42
Gráfico 5 -Distribuição da população quanto à renda familiar.....	43
Gráfico 6 - Distribuição da população com relação ao número de moradores por residência.....	44
Gráfico 7 - Distribuição da população com relação ao número de crianças por domicílio.....	45
Gráfico 8 - Percepção dos usuários quanto ao tempo de espera.....	46
Gráfico 9 - Percepção dos usuários quanto às informações solicitadas.....	47
Gráfico 10 - Percepção dos usuários quanto à limpeza das dependências.....	48
Gráfico 11 - Percepção dos usuários quanto às condições de conforto nas dependências do pronto-socorro infantil.	49
Gráfico 12 - Percepção dos usuários quanto à sinalização visual.....	50
Gráfico 13 - Percepção dos usuários quanto ao tratamento dos funcionários com os pacientes.....	51
Gráfico 14 - Percepção dos usuários quanto à atenção dispensada pelos funcionários na hora do atendimento.....	52
Gráfico 15 - Percepção dos usuários quanto à identificação dos funcionários.....	53
Gráfico 16 - Percepção dos usuários quantos as vestimentas utilizadas pelos funcionários.....	54
Gráfico 17 - Percepção dos usuários quanto as suas reclamações.....	55
Gráfico 18 - Percepção dos usuários quanto à forma de comunicação.....	56

1 INTRODUÇÃO

o presente estudo teve como finalidade analisar a qualidade do atendimento prestado pelo pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste, a qual tem a finalidade de analisar a melhoria contínua da qualidade nos serviços oferecidos tendo como base o decreto 3.507 de 13 de junho de 2000 (em anexo A), o qual estabelece padrões a serem seguidos para melhor atender ao usuário objetivando garantir os princípios básicos de saúde como: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade. Enfatizando a importância do decreto enquanto ação governamental que obrigue aos setores públicos de saúde a garantir parâmetros da qualidade até então facultativos para essas entidades.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE PESQUISA

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Na era da globalização da economia e da competitividade cada dia maior em todos os segmentos de mercado, as empresas que quiserem sobreviver com sucesso deverão adotar um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e otimizem o seu próprio desempenho. Já que a comunidade tornou-se cada vez mais exigente na satisfação de suas necessidades e desejos. Sendo a satisfação do cliente a meta principal do desenvolvimento de um plano de qualidade da instituição seja ela industrial, prestadora de serviço ou de saúde.

Logo a qualidade, deixou de ser uma opção e passou a ser uma obrigação e uma necessidade para todas as organizações.

Daí passou a ser fundamental buscar e garantir a qualidade de forma planejada e em conformidade com o atual ambiente de mercado. Inclusive na melhoria de qualidade nos cuidados de saúde. Sendo "Qualidade" em saúde uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis, que vai desde uma consulta médica, a vacinação da população, até o combate a

dengue e outras doenças. 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 os valores sociais existentes.

Estando garantido na Constituição Federal (em anexo B): "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado". E de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Ou seja, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade. Desta forma o problema que norteia esta pesquisa é: **o usuário da unidade de saúde Dra Sandra Celeste do bairro de Dix-Sept Rosado encontra-se satisfeito com a qualidade no serviço oferecido ao paciente do pronto-socorro infantil?**

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE PESQUISA

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal – RN, foi criada no ano de 1986, através da Lei nº3.394 de 21 de janeiro de 1986.

No mesmo ano, foi criado o Conselho Municipal de Saúde, através da Lei nº3.398 de 04/02/1986, sendo regulamentado pelo decreto nº3.360 de 25/08/1986. Posteriormente este conselho sofreu alteração mediante a Lei nº4.007 de 22/07/1991, no sentido de adequá-lo a Lei Orgânica de saúde (Lei nº8.080/90) e Lei Federal nº 8142/90.

Inicialmente funcionou com 04 (quatro) unidades de saúde próprias, a saber:

- 01- Centro de Saúde Bela Vista
- 02- Centro de Saúde Igapó
- 03- Centro de Saúde Nazaré
- 04- Centro de Saúde Frigonat (Hoje, Centro de saúde Monte Líbano)

Em 1987 foram inauguradas mais duas unidades de saúde:

- 01- Centro de saúde Pajuçara

02- Centro de saúde Panatis

Em 24 de março de 1988 a Secretária Municipal de Saúde – Natal recebeu da Secretária Estadual de Saúde o Centro de Controle de Zoonoses, passando todas as suas atividades sob a responsabilidade do município.

Ainda em 1988, a Secretária Municipal passou a contar com mais cinco unidades de saúde próprias:

- 01- Centro de Saúde Mirassol
- 02- Centro de Saúde Satélite
- 03- Centro de Saúde Quintas
- 04- Centro de Saúde Aparecida
- 05- Centro de Saúde Felipe Camarão

Em 1989 a Secretária Municipal construiu mais duas unidades de saúde, passando a integrar a rede própria de serviços:

- 01- Centro de Saúde Vila Santarém (Hoje, Centro de Saúde Vale Dourado)
- 02- Centro de Saúde Bairro Nordeste

Em 1990 a Secretária Municipal de Saúde entrega a população de Natal uma unidade de saúde construída com recursos próprios e concluiu outra, iniciada suas obras pela Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, respectivamente a seguir:

- 01- Centro de Saúde Soledade II
- 02- Centro de Saúde África

Com o avanço do processo de municipalização em 1990 a Secretária Municipal de Saúde passou a gerenciar mais de 27 (vinte e sete) unidades/ serviços de saúde que faziam parte da estrutura da Secretária Estadual de Saúde- RN. Ao

mesmo tempo desenvolveu o processo de distritalização, cuja a estratégias de implantação correspondia as 04 (quatro) regiões administrativas da Prefeitura, isto é, norte, sul, leste e oeste.

As unidades de saúde municipalizadas em 1990 foram os centro de saúde de: Brasília Teimosa, Casa do Estudante, Passo da Pátria, Rocas, Jiqui, Neópolis, Nova Descoberta, Bom Pastor, Cidade Nova, Pirangi, Ponta Negra, São João, Nova Natal, Nova Cidade, Potengi, Redinha, Santarém, Clínica Odontológica infantil I, Gramoré, Maria Ferreira, Candelária, KM6, Novo Horizonte, Clínica Odontológica II (C.S Igapó), Posto de saúde do terminal Rodoviário, Guarita e centro Comunal.

O quadro apresenta a distribuição de unidades de saúde por natureza e distrito no município de Natal em 1999.

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

NATUREZA DA UNIDADE	DISTRITO NORTE	DISTRITO SUL	DISTRITO LESTE	DISTRITO OESTE	TOTAL
Centro de Saúde	11	08	07	12	38
Posto de Saúde	01	-	-	01	02
Policlínica	01	-	03	-	04
Clínica Odontológica	02	-	01	-	03
Clín. Fis. Reabilitação	-	01	-	-	01
Unidade Mista	-	01	01	04	06
Pronto Socorro	01	-	01	-	02
CAPS/ NAPS	-	-	02	01	03
Central de Ambulância	01	01	01	01	04
Controle de Zoonoses	01	-	-	-	01
Maternidade	-	-	01	-	01
Ambul. Homeopatia	-	-	01	-	01
Saúde do Escolar	-	01	01	01	03
IPREVENAT	-	-	01	-	01
VISA (VIG. SANITARIA)	01	01	01	01	04
TOTAL	19	13	22	21	74

FONTE: SMS/ CACSS- Dezembro de 1999.

Ressalta-se que as duas últimas unidades de saúde, isto é, o Centro de saúde Guarita e Centro Comunal estão desativadas.

Ainda neste momento, ocorreu a absorção dos serviços de saúde de referencia do IPREVINAT e FENAT, bem como a criação de outros serviços de saúde: Centrais de Ambulância e as ações de Vigilância Sanitária nos 04 Distritos sanitários.

Em 10/12/1993, a Secretária Municipal de Saúde apresentou à comissão Intergestores Bipartite, o pleito de habilitação à Condição de Gestão Semiplena, recebendo a aprovação através da portaria nº109 de 27/06/1994, publicada no Diário Oficial da União, seção I, do dia 04/07/1994. Face às suas novas responsabilidades passou assim a incorporar mais unidades/ serviços de saúde. Neste mesmo ano a Secretária Municipal de Saúde inaugurou a Unidade de Saúde do Guarapes que tem serviços de pronto atendimento 24 horas para a comunidade daquela área do distrito sanitário Oeste.

Em 1994 a Secretária Municipal de Saúde- Natal criou o Núcleo de Atenção Psicossocial (NASP) no distrito sanitário leste, com objetivo de atender pacientes com problemas psicossociais e reintegrá-los a sociedade e no ano seguinte (1995), criou também o mesmo tipo de serviço (NASP) no distrito sanitário oeste.

Em julho de 1995 foram municipalizadas as seguintes unidades de pronto atendimento e/ ou com 24 horas de atendimento à população.

- 01- Pronto socorro das Rocas
- 02- Unidade Mista de Cidade da Esperança
- 03- Unidade Mista de Mãe Luiza
- 04- Unidade Mista de Felipe Camarão
- 05- Unidade Mista das Quintas
- 06- Unidade Mista de Dix-sept Rosado
- 07- Unidade Mista de Cidade Satélite
- 08- Unidade Materno Infantil Lagoa Seca
- 09- Centro Clinico das Rocas

A Unidade Mista de Saúde de Dix-Sept Rosado é composta pela clínica 13 de Maio e pelo Pronto-Socorro Infantil Dra. Sandra Celeste na qual realizamos esse estudo, é está localizado na Av. Bernardo Vieira Nº1320 no bairro de Dix-Sept Rosado, zona Oeste de Natal, onde o seu pronto-socorro Infantil oferece serviços em urgências pediátricas, com suporte radiológico, laboratorial e eletrocardiograma. É composta de 01(uma) sala de urgência, 02(duas) salas de observação com 08 (oito) leitos e salas de atendimento dos seguintes profissionais e serviços: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, nebulização, administração de medicação e farmácia. E dispõe de um quadro de 117(cento e dezessete) funcionários entre médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros entre outros.

O serviço conta com uma demanda de aproximadamente 150(cento e cinquenta) pacientes por dia, distribuído pelos diversos profissionais. A clientela oriunda do bairro e das mais variadas localidades, inclusive do interior do Estado, por se encontrar localizada em um local de fácil acesso à população. Nos leitos do pronto-socorro não há pernoite de pacientes. Estes são avaliados e transferidos para outras unidades hospitalares pediátricas de Natal.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar se o usuário do pronto-socorro infantil da Unidade de Saúde Sandra Celeste encontra-se satisfeito com a qualidade dos serviços oferecidos.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Observar o atendimento prestado pelos funcionários do pronto-socorro infantil aos usuários.
- Identificar a satisfação dos usuários com relação aos padrões de qualidade no atendimento propostas pelo decreto nº3.507 de 13 de Junho de 2000 (em anexo A).

1.4 JUSTIFICATIVA

A qualidade que antes era vista como um diferencial competitivo passou a ser uma questão de sobrevivência mesmo para as entidades da administração pública.

No serviço público federal aqueles que atendem diretamente o cidadão seguem as exigências do decreto nº 3.507 (em anexo A) que estabelece padrões a serem seguidos para melhor atender ao usuário, objetivando assim garantir os princípios básicos de saúde como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade.

Tendo esta pesquisa como propósito analisar a qualidade do atendimento do serviço prestado pelo Pronto-Socorro Infantil Dra. Sandra Celeste, é de grande importância e necessidade, pois o estudo da qualidade em serviço público, proporcionará à unidade melhoria contínua da qualidade nos serviços oferecidos pela mesma. É também de grande importância para complementação da formação acadêmica e ao desenvolvimento profissional desta pesquisadora.

Com a realização desta pesquisa junto ao usuário do PSI Dra Sandra Celeste poderá se proporcionar melhoria no atendimento ao identificar os pontos fracos na qualidade dos serviços prestados de onde poderá surgir melhorias para correção dos mesmos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE NO MUNDO

Na conceituação moderna do termo, qualidade significa adequação ao uso. É o atendimento aos desejos e às aspirações dos consumidores, incluindo os aspectos econômicos, de segurança e desempenho. O conceito refere-se ao mais apropriado e não ao melhor ou ao mais caro, mas sim o que atender melhor as expectativas do consumidor.

A preocupação com a qualidade existe desde a antiguidade, teve origem nas primeiras civilizações. Historicamente associado à realização de inspeções e teste nos serviços ou produtos acabados, o conceito de controle de qualidade sofreu mudanças significativas com a Revolução Industrial, quando ganhou mais importância mundialmente. A aplicação de teorias estatísticas aos planos de inspeção e teste representa uma nova etapa do conceito, denominada controle estatístico da qualidade. Na segunda metade do século XX, a complexidade tecnológica, o aumento do volume de investimentos, e maior esclarecimento da população e a necessidade de segurança concorreram para a ampliação do controle da qualidade. Tornou-se absolutamente fundamental assegurar, previamente, a qualidade dos produtos, serviços, instalações e equipamentos, para melhor adequação do uso e para a segurança do consumidor, o que deu origem ao controle total da qualidade.

Segundo Algarte e Quintanilha (2000. p12) os Sistemas de Garantia da Qualidade resultam da aplicação da abordagem sistêmica ao Controle da Total da Qualidade. São métodos gerenciais que preconizam o esforço globalizado e sistêmico da empresa na busca da qualidade e se baseiam, resumidamente, nas seguintes premissas:

- A qualidade deve ser preocupação da alta administração da empresa;
- A qualidade está baseada na tecnologia, que se fundamenta no desenvolvimento de recursos humanos;
- A qualidade é o resultado do trabalho de cada um; portanto, todos são responsáveis por ela;

- A qualidade deve ser explicitada para que possa ser controlada e desenvolvida.

Segundo Algarte e Quintanulha (2000.p12)Um Sistema de Garantia da Qualidade é o conjunto de medidas que permite implementar na empresa essas premissas. É fundamental, em virtude da mudança de hábitos que representa, que a introdução dos Sistemas de Garantia de Qualidade se faça de modo planejado e gradual.

Com a globalização da economia tornou-se necessária a padronização dos requisitos de Sistema de Garantia da Qualidade. Em 1987, são editadas as normas internacionais, mundialmente conhecidas como Normas ISO 9000, possibilitando a padronização desses requisitos em todo o mundo. As normas ISO 9000:1987 são revisadas pela primeira vez em 1994 e dão origem às normas ISO 9000:1994. E passaram a ser adotadas mundialmente para uma conformidade .

Segundo Algarte e Quintanulha (2000,p.13)

A ISO 9000 dá mais ênfase à garantia da qualidade do produto/ serviços, do que os resultados da empresa, começam a surgir os prêmios de excelência em qualidade, que qualidade, que abordam, simultaneamente, a satisfação do cliente, a garantia da qualidade do produto/serviço, os resultados da empresa, a gestão empresarial e a melhoria contínua da qualidade.

2.1.1 Qualidade no Brasil

De acordo com Algarte e Quintanulha (2000, p.63) no Brasil, os primeiros movimentos pela Qualidade e produtividade surgiram na indústria, no final da década de 50. A política de substituição das importações forçou as empresas brasileiras, em especiais as estatais, a abordarem a questão da qualidade com seus fornecedores:

Objetivando assim garantir, a continuidade operacional e a segurança dos equipamentos, dos funcionários e da sociedade.

A substituição das importações fortaleceu o papel dos Estados na formulação da política industrial, principalmente pela concessão de subsídios às exportações e pela fixação de tarifas de proteção a vários produtos nacionais. Com o objetivo de proteger o mercado interno, foi construída uma estrutura industrial diversificada e integrada.

A partir do início da década de 70, o mundo começou a experimentar o fenômeno da globalização, que tornou possível um mundo sem fronteiras econômicas, isto é, os produtos poderiam ser produzidos e vendidos em qualquer parte do mundo. Porém, essa tendência mundial permaneceu anestesiada nos países que adotaram uma política protecionista, com o Brasil que adotou políticas de proteção de mercado.

A indústria brasileira, embora não tenha desenvolvido capacidade inovadora própria, cresceu devido às estratégias adotadas de proteção, promoção e regulação. Na década de 80 a indústria, alcançou um alto grau de integração intersetorial e de diversificação da produção. Os complexos químicos e metal-mecânico (inclusive bens de capital, bens de consumo duráveis e o setor automobilístico) foram responsáveis por 58,8% do produto total da indústria.

No final da década de 70, a política de substituição das importações começou a apresentar problemas, decorrentes do atraso tecnológico do parque industrial nacional. Os problemas estruturais, que se refletiam em níveis baixos de produtividade e custos elevados de produção, a capacitação tecnológica insuficiente das empresas para desenvolver novos processos e produtos, a ausência de um padrão nítido de especialização da estrutura industrial brasileira e a baixa integração com o mercado internacional afetaram negativamente a competitividade de nosso parque industrial dificultando a entrada dos produtos brasileiros no mercado internacional.

Enquanto isso, o mundo experimentava uma revolução tecnológica e gerencial visível, que ocupava com frequência espaço na mídia mundial. A maneira de se administrar um negócio passava a incluir a aplicação dos conceitos da gestão pela qualidade total, isto é, o uso intensivo de técnicas estatísticas, o envolvimento efetivo da força de trabalho e a certificação de pessoal, sistemas, processos, produtos e serviços. Como consequência das mudanças, observou-se uma intensificação da competição entre empresas e países a partir do final da década de 80.

Num ambiente muito dinâmico, e com o avanço tecnológico, os níveis de competitividade passaram a ser rapidamente superados. Tornou-se crucial a busca incessante pela melhoria continua da qualidade e produtividade. As empresas brasileiras precisaram, cada vez mais, buscar as condições necessárias para a

competitividade interna. A estratégia de desenvolvimento adotada em busca da capacitação tecnológica e da gestão empresarial inovadora baseou-se na aplicação de práticas voltadas para a Qualidade e Produtividade.

2.1.2 Qualidade em serviços

Qualidade em serviço, segundo Karl Albrecht, é a capacidade que uma experiência ou qualquer fator tenha para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém. Em outras palavras, serviço com qualidade é aquele que tem a capacidade de proporcionar satisfação.

O produto final de um serviço é sempre um sentimento. Os clientes ficam satisfeitos ou não conforme suas expectativas que foram geradas em torno do serviço. Portanto, a qualidade em serviço é variável de acordo com cada tipo de pessoa.

Segundo Albrecht, proporcionar qualidade total em serviços é "uma situação na qual uma organização fornece qualidade e serviços superiores a seus clientes, proprietários e funcionários".

Segundo Mezomo (2001, pg 76), o setor de serviços sempre teve contato direto com o cliente, mas só há pouco tempo ele se deu conta do seu novo perfil mais exigente, mais crítico, mais consciente de seus direitos, mais protegido pela lei (lei de defesa do consumidor, instituto de defesa do consumidor, procon, etc) e mais cioso do valor do seu dinheiro.

Segundo Fabrício Soares e Valentino Corrêa (1994, pgs 10 e11)

A qualidade dos serviços é a ferramenta capaz de melhorar o desempenho desse setor, que pela eliminação de falhas, quer pela desativação de atividades que não têm utilidade para os clientes (overquality). A qualidade como agente de melhorias é um vetor na busca da eficácia. As falhas devem ser evitadas e as atividades desnecessárias, eliminadas, para economia de energia física e cerebral. As atividades devem ser redirecionadas para os serviços que realmente alcancem a satisfação dos clientes.

Portanto o que se percebe com as definições é que a qualidade em serviços, engloba não apenas o cliente externo como também o cliente interno. E com isso a organização precisa buscar satisfazer as necessidades, os desejos procurando ir além das expectativas dos mesmos.

Como exemplo de indicadores de qualidade dos serviços podemos citar: a efetividade, a eficiência, a adequação, a continuidade, a acessibilidade, a segurança, a ética e outros.

Segundo Mezomo (2001, p.107), a existência e validade dos indicadores, por outro lado, supõem uma administração capacitada, totalmente comprometida com o processo de mudança e de melhoria contínua e dotada de uma liderança que lhe dê condições de envolver todas as pessoas em torno desse objetivo.

Isto supõe que ela:

1. Conheça os clientes (internos e externos);
2. Se concentre na melhoria dos processos (visando alcançar os resultados esperados);
3. Envolver as pessoas e as agrupe em equipes ou "times" da qualidade;
4. Apóie, facilite e lidere;
5. Continue mostrando que quer o melhor para todos;
6. Administre a informação;
7. Desenvolva as pessoas e as potencialize;
8. Crie um ambiente ou clima organizacional adequado;

2.1.3 Evolução da saúde brasileira

A preocupação em proteger a saúde acompanha os homens através dos tempos. Nos períodos históricos, eram os patriarcas que legislavam sobre aspectos gerais e estabeleciam preceitos visando à higiene dos seus povos. A observação popular, por seu lado, embora sem bases científicas de que dispomos hoje para interpretar os fenômenos, participou igualmente com sua contribuição empírica na proteção da saúde coletiva.

1550- Em Portugal, os almotacéis eram encarregados da saúde do povo, onde tinham o papel de verificar os gêneros alimentícios e destruir os que estavam

em má condições. Ao Brasil-Colônia eram extensivas a legislação e as práticas vigentes em Portugal.

1521- D. Manoel baixa o Regimento do Físico-Mor do Reino, instituindo-se os Comissários-Delegados nas Províncias, inclusive no Brasil.

1744- No reinado de D. João V foi reiterada ao então Vice-rei do Brasil, Conde de Galvêas, determinação relativa às atribuições dos Comissários-Delegados na qual de instruía sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor.

1782- Por lei da Rainha D. Maria I, foi reformada ao então Vice-rei do Brasil, conde de Galvêas, determinação relativa às atribuições semelhantes ao do Físico-Mor, enfatizando a fiscalização.

1808- Criação da primeira organização nacional de Saúde Pública no Brasil e em 27 de fevereiro foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da corte e do Estado do Brasil, embrião atual Serviço de saúde dos Portos, com delegados nos estados.

1828- Após a Independência, foi promulgada em 30 de agosto a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que conferiu às juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelo Físico-mor, Cirurgião-mor e seus delegados. No mesmo ano, acontece a criação da inspeção de saúde pública do porto do Rio de Janeiro, subordinada ao senado da câmara, sendo duplicado em 1833 o número dos seus integrantes.

1846- Obedecendo ao mesmo critério de luta contra as epidemias, organizavam o Instituto Vacínico do Império.

Segunda metade do século XVIII- A revolução Industrial determina uma profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública. Além disso, a revolução trouxe consequências graves, pois as populações foram deslocadas das pequenas comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação, o que criou condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas.

1850- Até este período as atividades de saúde Públicas estavam limitadas a: Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais, controle de navios e saúde dos portos e autoridades vacinadoras contra a varíola.

1851- Regulamentação da lei que cria a Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao Ministério do Império.

1878-Torna-se obrigatória a desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas, a critério da autoridade sanitária.

1897- Neste período, os serviços relacionados com a saúde pública estavam na jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral da Saúde Pública.

Primeira décadas do século XIX- Surge a implantação da administração científica, por meio da utilização da estatística como instrumento de mensuração dos fenômenos sociais.

1902- Inicia-se o governo de Rodrigues Alves e, com ele, a Saúde Pública federal foi entregue à lucidez e a capacidade de Oswaldo Cruz, que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional.

1904- Na reforma de Oswaldo Cruz foi criada a diretoria geral de saúde pública, a qual destinava-se a atender aos problemas de saúde da capital do país e prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros.

1914- A inspetoria de isolamento e desinfecção foi transformada em inspetoria dos serviços de profilaxia. Tendo início em 1918, subordinadas a esse serviço, as atividades de profilaxia rural do então Distrito Federal.

1920- Novo marco importante da evolução sanitária brasileira com reforma de Carlos Chagas que, reorganizando os serviços de saúde pública, criou o departamento Nacional de Saúde Pública. A regulamentação desse diploma legal sofreu substituição e modificações até a publicação do decreto em 1923, que vigorou como Regulamento Sanitário Federal por muitos anos.

1930- Os serviços relacionados com a saúde pública são transferidos para o novo Ministério da Educação e Saúde Pública.

1932- No Brasil surge o ensino e a pesquisa científica no campo da administração com criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho- IDORT. Na década de 30, outro passo importante na racionalização da Administração Pública que foi a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público- DASP.

1940- As atividades relativas à proteção da maternidade, da infância e da adolescência, anteriormente englobadas no Departamento Nacional de Saúde Pública, passaram a construir o Departamento Nacional da Criança, com a

transformação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância daquele Departamento (em 1948 o DNCr foi reorganizado).

1941- Nesse período foi processada nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. A estrutura criada manteve suas linhas gerais estabelecidas àquela época durante vários anos, apesar das amputações sofridas em várias oportunidades.

1948- Criação do Primeiro Conselho de Saúde, considerado por William Wech o marco inicial da Saúde Pública moderna. A saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo. Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores serão as possibilidades econômicas de um país.

1953- Criação do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº34.596, em 16 de novembro.

Sendo de função do Ministério da Saúde dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro.

É por causa destas atribuições que o Ministério da Saúde impõe-se o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e prover condições para que esse direito esteja ao alcance da população, independente da condição social de cada cidadão brasileiro. A Constituição Federal de 1988(em anexo) deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. Ou seja, o objetivo é capacitar os municípios a assumir em suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

Nem sempre é possível ao município executar sozinho todos os serviços de saúde. Pequenos municípios carecem de recursos humanos, financeiros e matérias, e a sua população é insuficiente para manter um hospital ou serviços especializados. Por isso, a descentralização dos serviços implica também em sua regionalização. Num país imenso como o nosso, para evitar desperdícios e

duplicações faz-se necessário organizar os serviços, visando dar acesso a todos de atendimento. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS. Foram mudanças profundas na Saúde Pública brasileira que exigiram, para sua implantação e funcionamento, o aprimoramento do sistema de informação em saúde. Em suma, compete ao Ministério da Saúde:

- Política nacional de saúde;
- Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- Saúde ambiental e ações que promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive dos trabalhadores e dos índios;
- Informações de saúde;
- Insumos críticos para a saúde;
- Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de porto marítimo, fluviais e aéreos;
- Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos;
- Pesquisas científicas e tecnologia na área de saúde.

2.1.4 Qualidade em saúde pública

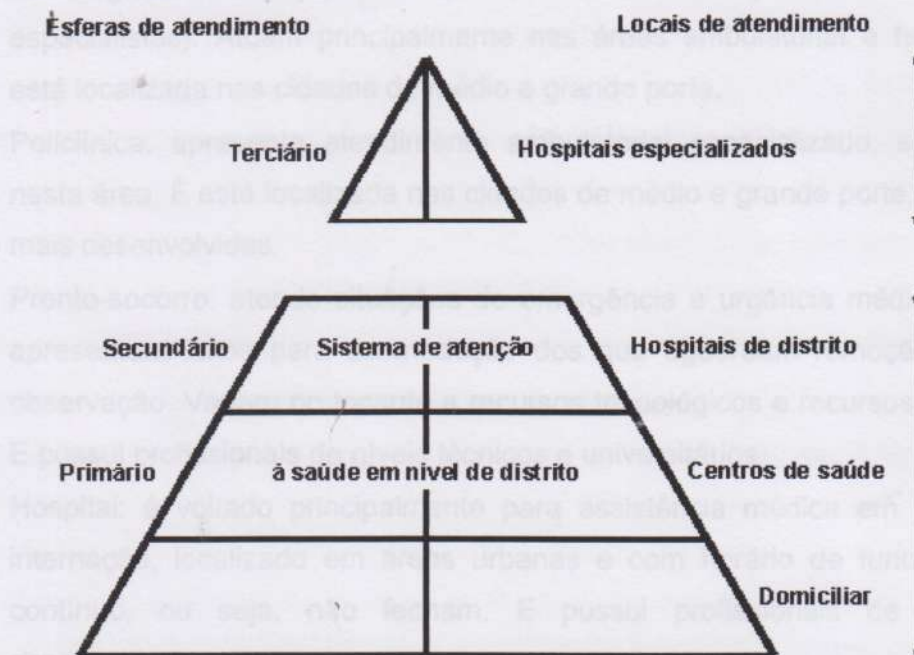
A necessidade da melhoria da qualidade na saúde dos brasileiros e da implantação de um sistema que contenha como princípio básico à universalização da assistência de qualidade em todos os níveis, exige que as políticas macroeconômicas articulem-se de alguma forma com as políticas sociais, principalmente com as de saúde e educação.

A análise de um sistema de saúde deve começar por desvelar a lógica da sua estruturação e de seu funcionamento, e também as articulações institucionais que apresenta, dando-se enfoque às especificidades em relação à população abrangida, modelo assistencial implementado, e as formas de financiamento adotadas pelo governo.

Pensando em sistema, pressupõe-se a existência de partes não só articuladas entre si mas fundamentalmente que funcionem como estruturas organizadas.

Em sua forma abstrata, o Sistema de Saúde pode ser imaginado de várias formas. No entanto, a maneira mais comum de pensá-lo, consiste em agrupar as instituições que o compõem segundo as esferas de atendimento, ou ainda segundo locais de atendimento, estabelecendo uma hierarquização entre os diversos grupos.

Figura 1 - Pirâmide do Sistema de Saúde



fonte: Paulo E. Elias, Saúde no Brasil, p. 64

Os serviços de assistência à saúde podem ser classificados por tipo de estabelecimento:

- Postos de saúde: prestam assistência à saúde de uma população entre 500 e 2.000 habitantes, geralmente estão localizados em área rural, valendo-se de procedimentos mais simplificados, praticamente sem incorporação de equipamentos e contando com recursos humanos de nível elementar e médio (auxiliares e técnicos de enfermagem).

- Centro de saúde: mais complexo do que o posto, conta com assistência médica com pouca tecnologia e dispõe de profissionais tanto de nível técnico como também de nível universitário. É mais freqüente nas cidades de médio e grande porte, na modalidade ambulatorial.
- Unidade mista: desenvolve todas as atividades de um centro de saúde e oferece internação. À área de internação, apresenta maiores recursos tecnológicos e dispõe de profissionais mais qualificados (médicos especialistas). Atuam principalmente nas áreas ambulatorial e hospitalar e está localizada nas cidades de médio e grande porte.
- Policlínica: apresenta atendimento ambulatorial especializado, só atuando nesta área. É localizada nas cidades de médio e grande porte, nas áreas mais desenvolvidas.
- Pronto-socorro: atende situações de emergência e urgência médica. Alguns apresentam leitos para acomodação dos que aguardam remoção ou para observação. Variam no tocante a recursos tecnológicos e recursos humanos. E possui profissionais de níveis técnicos e universitários.
- Hospital: é voltado principalmente para assistência médica em regime de internação, localizado em áreas urbanas e com horário de funcionamento contínuo, ou seja, não fecham. E possui profissionais de todas as especialidades médicas.

Importante ressaltar, que esta forma abstrata dos Sistemas de Saúde é mais um recurso intelectual para facilitar o debate do que propriamente uma estrutura a ser reconhecida no cotidiano do funcionamento dos serviços de assistência à saúde seja ela pública ou privada. Parece estarmos nos deparando com um "tipo ideal", que dificilmente se encontra na realidade, principalmente a brasileira.

Apesar da capacidade de expressão do modelo proposto, especialmente em sua forma gráfica, e do grande poder racionalizador que parece sustentá-lo, em realidades concretas estes atributos não se manifestam com a esperada intensidade. São raras às vezes que os hospitais especializados absorvem grandes

quantidades de recursos sem a correspondente atuação na resolução dos problemas de saúde mais demandados pela população.

O atual debate em torno da saúde tem-se centrado nas maneiras de reorganizar o setor, na divisão das responsabilidades entre os setores público e privado, enfatizando a melhoria da eficácia dos serviços e a descentralização como os melhores meios para concretizá-la.

Segundo a Constituição Federal (em anexo B), a Saúde é um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos. A organização do SUS deve obedecer às seguintes diretrizes: descentralização com a fixação das direções pelas esferas do governo, atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade, difundida como controle social. O detalhamento dessas diretrizes e as modalidades operacionais previstas para esse Sistema foram regulamentadas por leis ordinárias, que são as Leis 8.080 de 1990 e 8.142 de 1991, conhecidas como a Lei Orgânica do SUS (LOS). É essa legislação que trata das três esferas do governo, condensadas a seguir em seus traços mais marcantes. À esfera federal compete a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do Sistema de abrangência nacional; à esfera estadual; e à esfera municipal competem a formulação da política municipal de saúde a provisão das ações e serviços de saúde.

Não obstante o arcabouço legal mínimo da área da saúde esta praticamente terminado desde o ano de 1990, tornando-se a primeira, e até muito recentemente a única, dentre as áreas sociais a ter completa a sua regulamentação após a promulgação da Constituição de 1988, suas conseqüências não deram os efeitos previstos em grau e velocidade necessários às exigências para a estruturação do SUS. A situação muito grave que vem perdurando no Sistema de Saúde desde o final dos anos 80, cuja face mais visível é a da permanente ameaça de colapso da assistência médica, aliada às medidas que vêm sendo adotadas para promover o ajuste econômico, obrigou alguns municípios a inovarem na busca de soluções para os problemas de saúde, resultando em experiências criativas, algumas delas ocorrendo totalmente à margem do SUS, tal como oficialmente definido.

O Sistema de Saúde abrange os serviços públicos de saúde das três esferas de governo, que são: federal, estadual e municipal, e os serviços privados de saúde em várias modalidades de prestação, que são: filantrópicos, lucrativos, beneficentes, etc. Suas principais características, segundo Amélia Cohn são:

- Serviços públicos, prestados pelos próprios governos ou por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de renda média para baixo, historicamente financiados por contribuições compulsórias à Previdência Social, constituindo um fundo administrado pelo Estado. Mais recentemente, sobretudo a partir dos anos 90, ocorreu certa diversificação no financiamento com a incorporação de fontes da receita tributária vinculada ao orçamento da Seguridade Social, sendo as principais delas o Finsocial/Cofins (Contribuição ao Financiamento da Seguridade) e a contribuição sobre o lucro líquido das empresas, criadas a partir das diretrizes da nova Constituição Federal;
- Prestação privada de serviços e seguro privado para os grupos de renda mais elevada e parcela dos trabalhadores urbanos das atividades industriais e de serviços pertencentes ao setor mais dinâmico da economia (exportador, automobilístico, bens de capital, petróleo, telecomunicações, siderurgia, construção naval, etc.), respondendo atualmente pela cobertura de cerca de 22% da população em grande parte residente nas regiões Sul e Sudeste do país.

2.1.5 Programa de qualidade do SUS

A pesquisa a Saúde na Opinião dos Brasileiros, encomendada pelo Conselho Nacional de secretários de Saúde (Canass) para identificar o grau de satisfação dos usuários do Sistema Único (SUS), foi um dos parâmetros utilizados pelos gestores do Qualisus para a formulação do projeto. No estudo, a insatisfação da população com o atendimento recebido no SUS foi explicitada de diversas maneiras. As principais queixas são resultado do baixo acolhimento dos serviços por parte das estruturas físicas, que resulta em filas, a baixa capacidade instalada, sobretudo para urgências e emergências, o grande fluxo de pacientes com problemas de baixa complexidade de serviços de urgência e a falta de qualificação

da rede básica. O desagrado dos brasileiros que têm que procurar atendimento nas unidades públicas de saúde são reflexo da desarticulação entre os níveis de assistência, do controle social incipiente e burocratizado, da pequena capacidade de gestão e regulação do sistema e da formação equivocada dos profissionais da saúde, que priorizam a abordagem da doença, em detrimento da prevenção.

Diante disto no início do ano de 2003, técnicos do ministério da Saúde começaram a pensar em colocar em prática um dos principais pontos do programa de governo de Luiz Inácio Lula da Silva: melhorar a qualidade do atendimento prestado a população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desse esforço, surgiu o Qualisus, o programa que o Ministério da Saúde foi lançado em abril de 2004 nas cinco regiões do país.

Entre as metas do Qualisus, estão aumentar a eficácia das ações e a satisfação dos usuários do SUS. Segundo o coordenador do programa, Antônio Mendes, a proposta está centrada em quatro pontos: melhoria da qualidade no atendimento às urgências e no atendimento hospitalar, maior resolutividade na atenção básica e melhoria da gestão do sistema, que resulta em efetividade no atendimento à população.

Tendo a política de qualificação do SUS como principal pressuposto a mudança na forma como a população percebe o Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, serão modificadas não apenas técnicas, mas também atitudes, com foco no respeito aos usuários do sistema.

Com a implementação do Qualisus, um novo pacto deverá ser firmado entre os gestores estaduais e municipais para melhorar a organização da assistência e as condições sanitárias da população. Este acordo ira permitir a redução dos riscos à saúde e a humanização das relações, entre os profissionais e entre estes e os usuários, além de garantir presteza na atenção e conforto no atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde, para melhorar o atendimento de urgência nas regiões metropolitanas, as ações se darão em várias frentes. Entre as iniciativas para aumentar a presteza no atendimento ao usuário, por exemplo, destacam-se o acolhimento do paciente dentro das unidades de saúde, para evitar filas, o gerenciamento da recepção ao usuário, para definir, com autoridade, o destino do paciente, e a organização da triagem classificatória de risco. Para humanizar o atendimento, objetiva-se criar um grupo de acolhimento nas urgências e garantir o

direito ao acompanhante. Visitas diárias e a instituição do Código de Direito dos usuários dos SUS são outras medidas previstas pelo Qualisus.

Outras medidas são organizar salas de espera confortáveis, estruturar enfermarias de acordo com padrões internacionais e adequar a estrutura física das unidades de saúde à demanda e grau de especialização serão algumas das ações adotadas para melhorar o conforto do usuário do SUS. Com relação à melhoria da eficácia e da resolutividade na atenção, o Ministério da Saúde prevê a instalação de unidade de estabilização para urgências traumáticas e clínicas, a acomodação de pacientes em observação em leitos móveis e a garantia de equipes completas nos serviços de neurocirurgia e traumatologia. A informação hospitalar, a garantia de incorporação de tecnologia médica e a reserva de leitos para atender a demanda da urgência são outras medidas estudadas, assim como a instituição do transporte social para os pacientes em alta hospitalar.

2.1.6 A humanização como política transversal do SUS

O programa de Humanização do Governo Federal tem como principais objetivos:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a redes do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Sendo Humanização:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desse sujeito;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;

- Estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e atendimento.

A política de Humanização dos SUS se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo de saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção assim como gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas dos SUS.

Tendo como princípios norteadores da política de humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar quatro marcas específicas;

- Serão reduzidas filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- 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;
- 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;
- 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 SUS;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

2.1.7 Usuário, cliente e paciente

3.1 TIPO Cliente é palavra usada para designar qualquer comprador de um produto ou serviço, procurando receber o serviço ou produto de que tem necessidade, porem incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, paciente é aquele que é portador de um problema de saúde e que necessita receber tratamento, o conceito reformulado historicamente para aquele que submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado pelo profissional de saúde, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema ou o sistema como um todo.

2.1.8 Padrões de qualidade

Os padrões de qualidade no atendimento prestado pelos órgãos e entidades de Administração pública federal foram estabelecidos no Decreto 3.507, de 13 de Junho de 2000 (em anexo A). E visam uma conformidade no atendimento aos cidadãos. Esses padrões são de grande utilidade para a área de saúde por garantirem um atendimento digno que em muito contribui para humanização do atendimento.

3.3 COLETA DOS DADOS

No período de campo foi aplicado um questionário estruturado com perguntas fechadas para os usuários do pronto-socorro infantil no período de 11/10 a 30/10/2004, para coletar informações a respeito da qualidade do atendimento do pronto-socorro infantil Dra. Sandra. Com esse intuito foi realizado também observação sistemática. A pesquisa documental para melhor fundamentação teórica do trabalho.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa utilizada quanto ao nível de satisfação dos usuários do PSI Dra Sandra Celeste em relação à qualidade no atendimento prestado pelo mesmo, se deu por meio de um estudo de caso exploratório e descritivo, o qual foi obtenção de informações.

Segundo Lakatos (1999,p.22), a pesquisa descritiva "delineia o que é", abordando os aspectos descrição, análise, registros e interpretação de fenômenos atuais, objetivando seu funcionamento no presente.

3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo desse estudo constitui-se dos usuários do pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste.

Devido à impossibilidade de se obter uma amostra precisa do número de atendimento do PSI, optou-se por utilizar uma amostragem não- probabilística intencional, composta pelos acompanhantes dos pacientes internados que se dispuseram a responder ao questionário no período de 11/10 a 30/10/2004.

Segundo Sâmara e Barros (1997, p.72), "as amostras não probabilísticas são selecionadas por critérios subjetivos do pesquisador de acordo com sua experiência e com os objetivos".

3.3 COLETA DOS DADOS

Na pesquisa de campo foi aplicado um questionário estruturado com perguntas fechadas para os usuários do pronto-socorro infantil no período de 11/10 a 30/10/2004, para coletar informações a respeito da qualidade do atendimento do pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste. Com esse intuito foi realizada também observação assistemática. A pesquisa documental para melhor fundamentação teórica do trabalho.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Os recursos a serem utilizados para analisar os dados foram feitos através do computador, nos programas estatísticos disponíveis, como o EXCEL, pois ele proporcionou rapidez na tabulação dos dados, digitação dos resultados e uma excelente apresentação gráfica.

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO ASSISTEMÁTICA

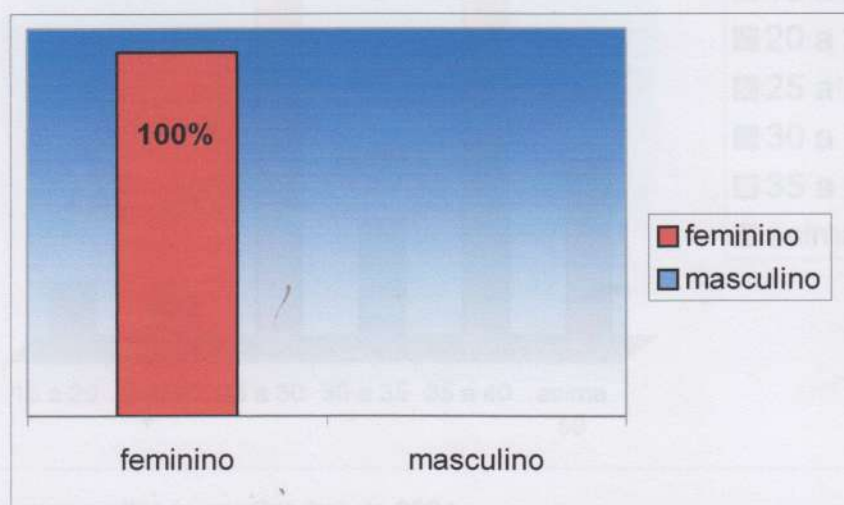
A observação assistemática realizada no pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste no período de 10/10 a 30/10/2004 revelou que:

1. Em geral, os funcionários tratam os usuários com cortesia, respeito e atenção.
2. A unidade utilizada regras para a priorização do atendimento, que são seguidas por todos os funcionários. São priorizadas as crianças dispiréicas, em estado febril (sobretudo de acima de 39° c°) e necessitando de suturas.
3. O tempo de espera para o atendimento é influenciado pela quantidade insuficiente de médicos para atender a demanda e pelo atraso de alguns profissionais.
4. De maneira geral os prazos para o atendimento são cumpridos com regularidade.
5. Os mecanismos de comunicação com os usuários mais utilizados são os avisos verbais dados nas dependências do pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste.
6. As reclamações dos usuários costumam ser feitas ao serviço social e através destes e que chegam à administração e aos demais setores.
7. Poucos servidores utilizam crachás de identificação, porém, os usuários costumam distinguir seus cargos pela vestimenta que utilizam.
8. O pronto-socorro infantil Dra Sandra Celeste é devidamente sinalizado facilitando o trânsito dos usuários.
9. Apesar das dependências do pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste serem bem higienizadas nos seus turnos de funcionamento e sempre que necessário, os usuários não contribuem para a manutenção da limpeza, sujando sistematicamente.
10. As instalações possuem conforto adequado para as crianças. Para os acompanhantes, existe uma cadeira de balanço que oferece conforto para o dia, uma vez que não há pernoite na unidade.

4.2 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS AOS USUÁRIOS.

Os gráficos a seguir apresentam o perfil da população em estudo.

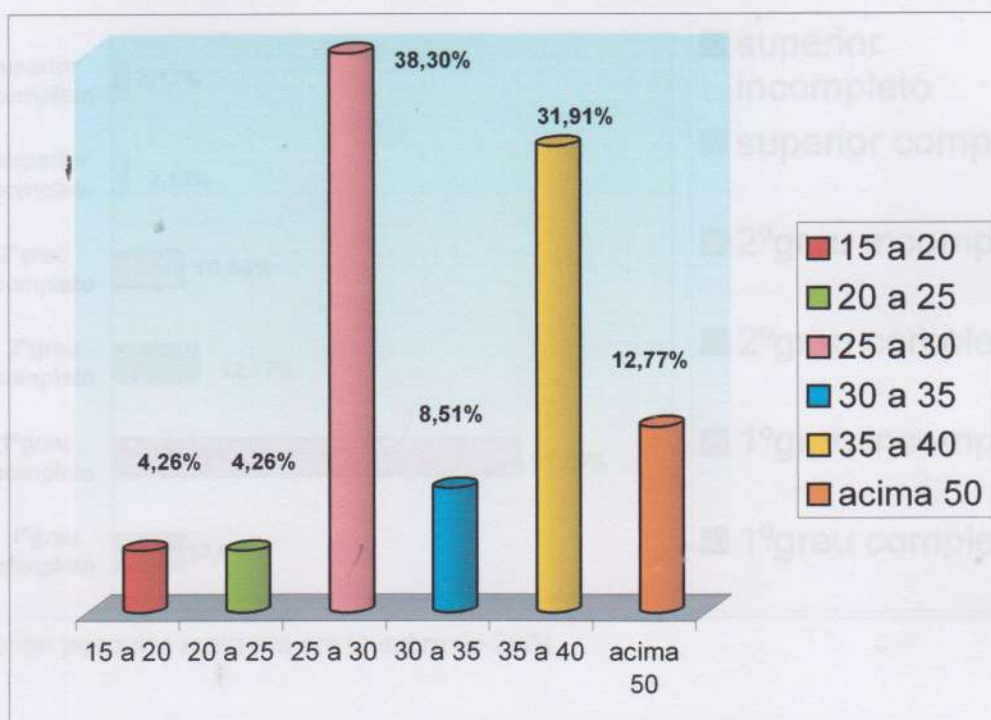
Gráfico 01- Distribuição da população quanto ao sexo.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

O gráfico mostra que 100% dos usuários acompanhantes são do sexo feminino.

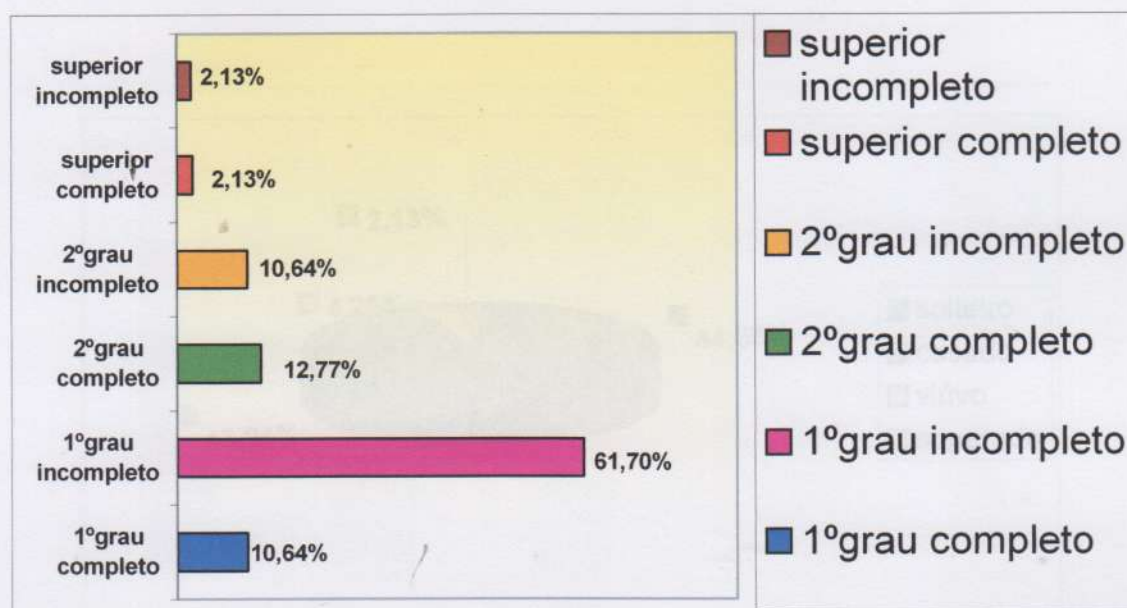
Gráfico 02-Distribuição da população de acordo com a faixa etária.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

De acordo com o gráfico 02, pode-se perceber que a classificação da faixa etária é de 38,30% com idade de 25 a 30 anos, 31,91% de 35 a 40 anos, 12,77% acima de 30 a 35 anos, 4,26% de 20 a 25 e 4,26% de 15 a 20 anos de idade. Observa-se que 70,21% da população encontra-se na faixa de 25 a 40 anos, representando essa faixa a maior concentração populacional.

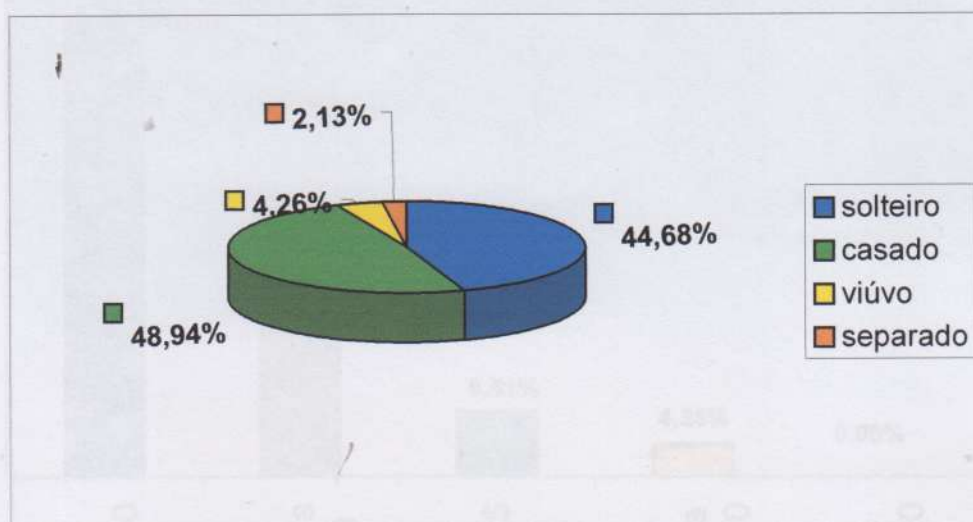
Gráfico 03- Distribuição da população quanto à escolaridade.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Quanto ao nível de escolaridade dos usuários conforme o gráfico 03, 61,70% possui o 1º grau incompleto, 12,77% o 2º grau completo, 10,64% o 1º grau completo, 10,64% o 2º grau incompleto, 2,13% superior incompleto e 2,13% o superior completo. Portanto percebe-se que a maior parcela da população apresenta um baixo nível de escolaridade.

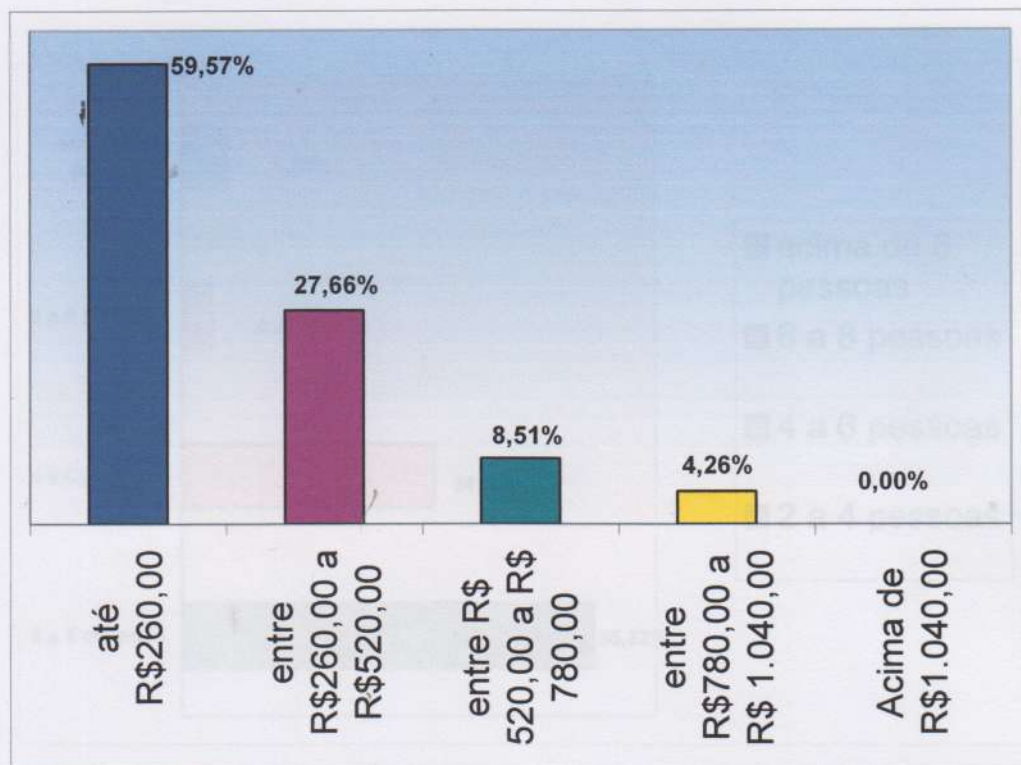
Gráfico 04- Distribuição da população quanto ao estado civil.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Quanto estado civil dos usuários de acordo com o gráfico 04, demonstra que 48,94% são casados, 44,68% solteiros, 4,26% viúvo e 2,13% separado. Portanto, observa-se que o percentual de mães casadas e solteiras é muito aproximado.

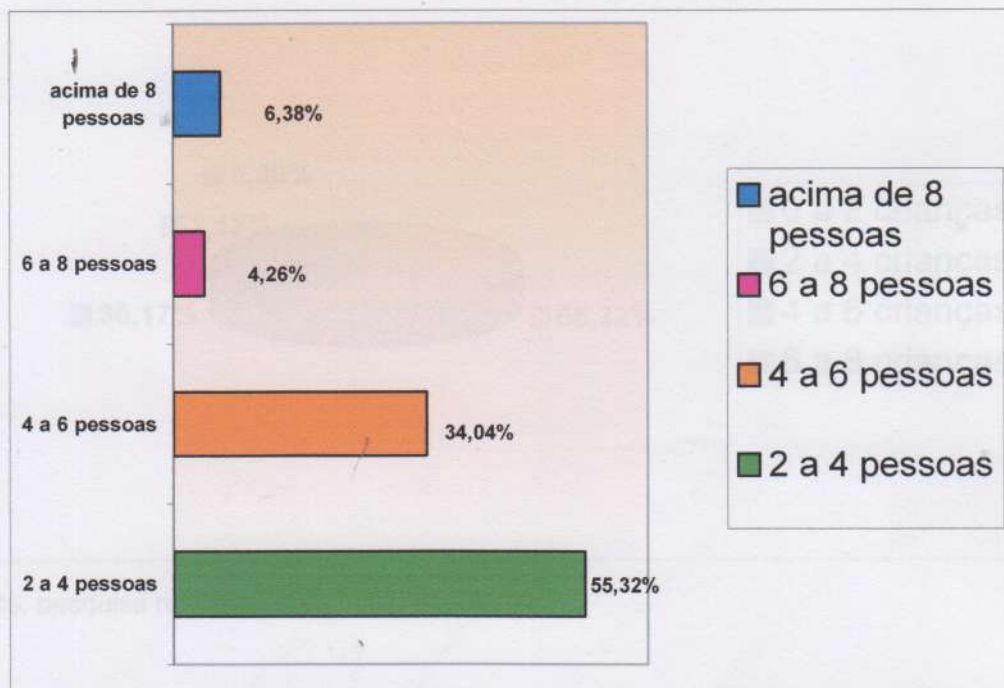
Gráfico 05- Distribuição da população quanto à renda familiar.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

De acordo com o gráfico 59,57% dos entrevistados tem renda até R\$ 260,00, 27,66% tem renda entre R\$260,00 a R\$520,00, 8,51% tem renda entre R\$ 520,00 a R\$ 780,00 e 4,26% tem renda entre R\$ 780,00 a R\$ 1.040,00 mensais. Logo, 87,23% da população em estudo tem renda mensal de até 02 salários mínimos.

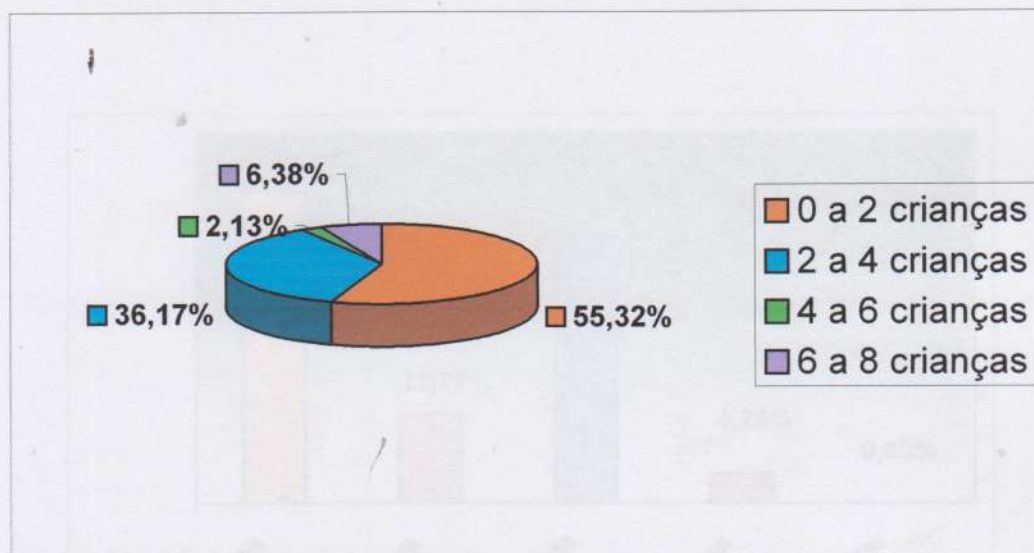
Gráfico 06- Distribuição da população com relação ao número de moradores por residência.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

De acordo com o gráfico 06, o número de moradores residentes por domicílio é 55,32% com 2 a 4 pessoas, 34,04% de 4 a 6 pessoas, 6,38% acima de 8 pessoas e 4,26% de 6 a 8 pessoas residentes nos domicílios. Logo a maior parcela da população em estudo reside em lares com até 04 pessoas.

Gráfico 07- Distribuição da população com relação ao número de crianças por domicílio.

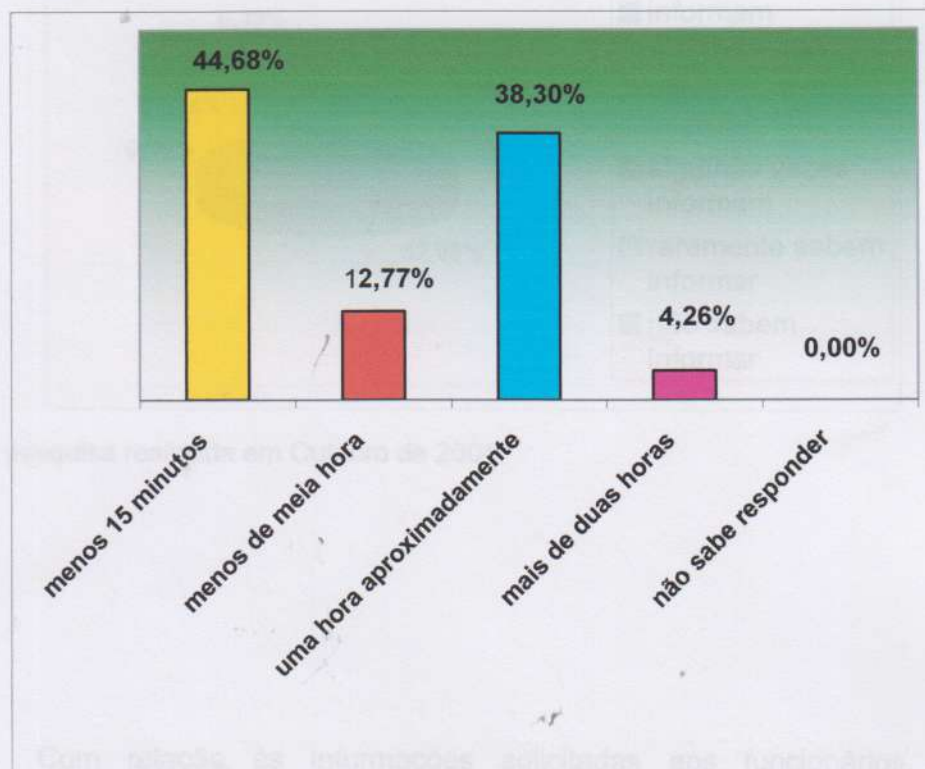


Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Quanto ao número de crianças por domicílio, 55,32% das residências possuem até 2 crianças, 36,17% de 2 a 4 crianças, 6,38% de 6 a 8 crianças e 2,13% de 4 a 6 crianças em cada domicílio. Percebe-se que 91,49% da população em estudo tem até 04 crianças em casa.

Os gráficos a seguir respondem aos objetivos propostos para esse trabalho.

Gráfico 08- Percepção dos usuários quanto ao tempo de espera.

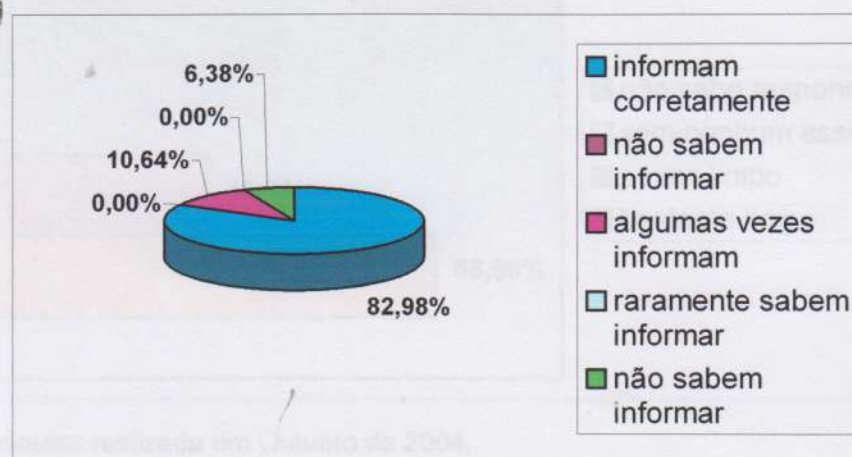


Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

De acordo com o gráfico 08, pode-se perceber que um grande número dos entrevistados (44,68%) diz esperar menos de 15 minutos pelo atendimento. Contudo somados os percentuais que informam esperar a partir de meia hora, observa que se constituem em maioria (55,32%).

Gráfico 09- Percepção dos usuários quanto às informações solicitadas.

Gráfico 10- Percepção dos usuários quanto à limpeza nas dependências.

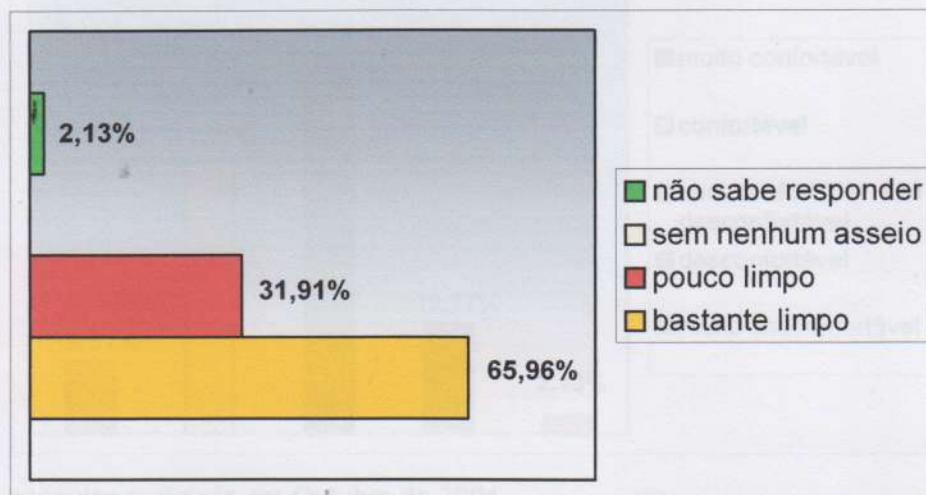


Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Com relação às informações solicitadas aos funcionários, 82,96% responderam que os mesmos informam sempre corretamente o que foi perguntado, aos outros 10,64% algumas vezes informam o que foi perguntado e os outros 6,38% não sabem informar o que foi perguntado. Logo, pode-se deduzir que para a população em estudo as informações prestadas preenchem suas expectativas.

Gráfico 11- Percepção dos usuários quanto às condições de conforto nas dependências do pronto-socorro infantil.

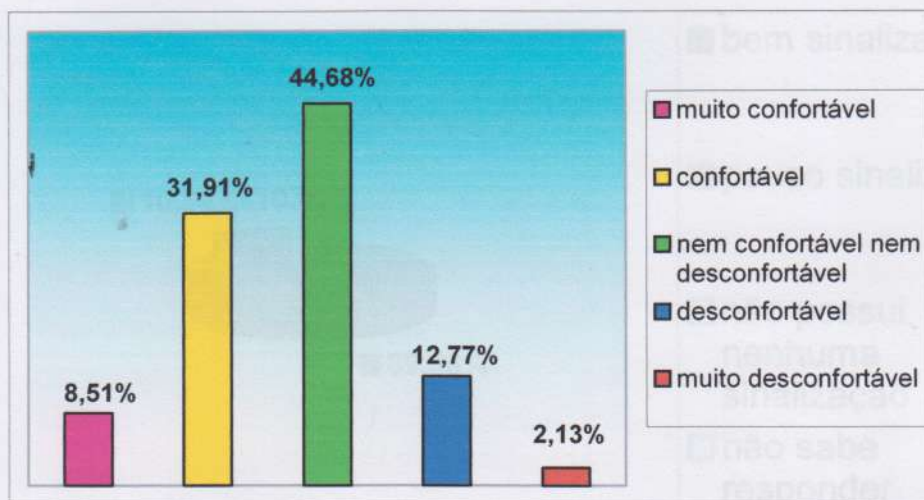
Gráfico 10- Percepção dos usuários quanto à limpeza das dependências.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Com relação à limpeza das dependências do pronto-socorro infantil, 65,96% afirmaram que as dependências são bastante limpas, 31,91% um número significativo considera as dependências pouco limpas e 2,13% não souberam responder. Pode-se inferir daí que a limpeza do pronto-socorro infantil não atende as necessidades da clientela, pois 31,91% é um índice elevado para uma unidade de saúde onde a limpeza deve colaborar para a recuperação do estado do paciente.

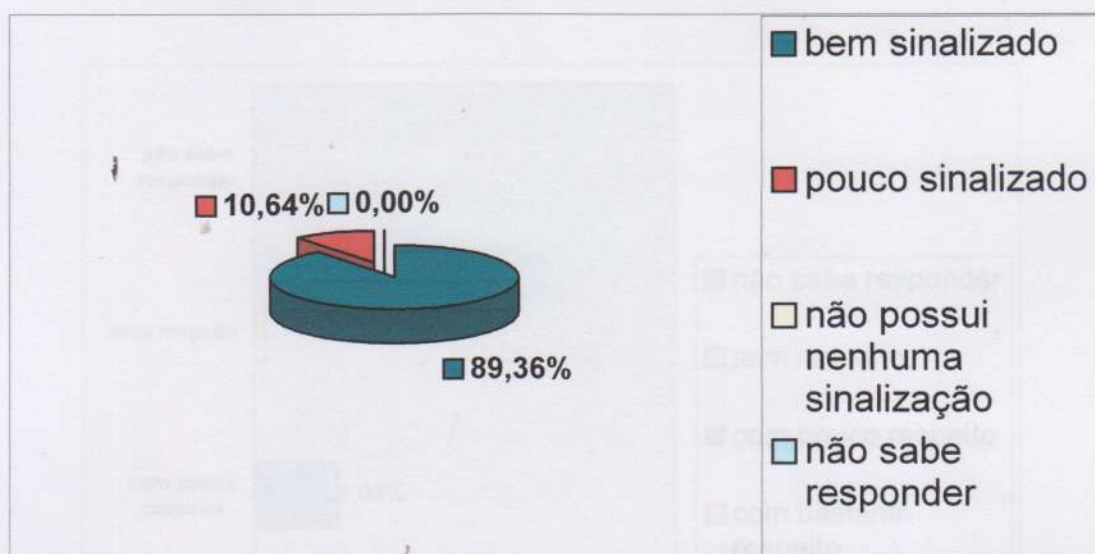
Gráfico 11- Percepção dos usuários quanto às condições de conforto nas dependências do pronto-socorro infantil.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

De acordo com o gráfico 11, 44,68% consideram as dependências nem confortável e nem desconfortável, 31,91% consideram confortável, 12,77% consideram desconfortável, 8,51% consideram muito confortável e 2,13% consideram muito desconfortável as dependências. Quanto às condições de conforto, observa-se que 40,41% dos usuários consideram confortável embora 44,68% não tenham opinião formada a esse respeito.

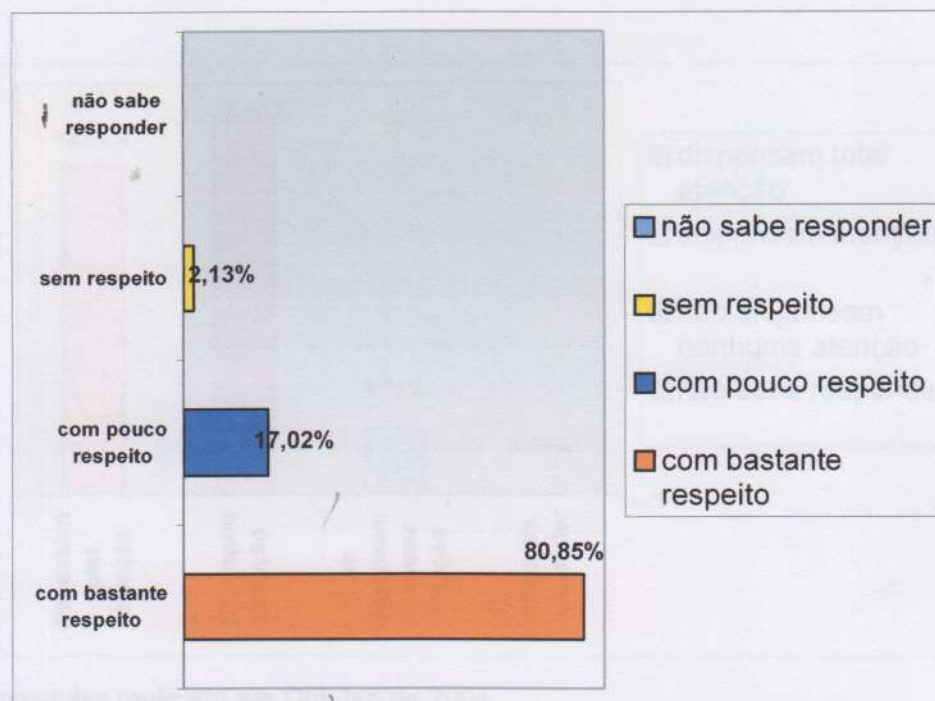
Gráfico 12- Percepção dos usuários quanto à sinalização visual.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Em relação à sinalização visual, indicando as dependências do local, 89,36% consideram bem sinalizadas e os outros 10,64% consideram pouco sinalizadas. Pode-se inferir que a sinalização atende as necessidades do pronto-socorro infantil.

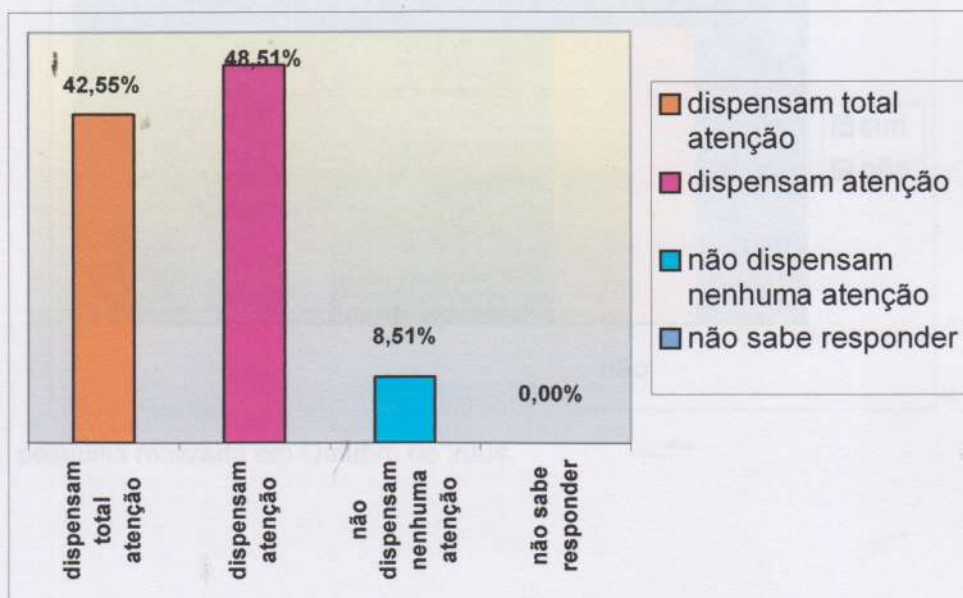
Gráfico 13- Percepção dos usuários quanto ao tratamento dos funcionários com os pacientes.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Conforme o gráfico 13, cerca de 80,85% dos entrevistados afirmaram que os funcionários tratam os pacientes com bastante respeito, 17,02% afirmam que os mesmos são tratados com pouco respeito e 2,12% afirmam que são tratados sem respeito. Pode-se perceber que os funcionários tratam os pacientes com respeito pelos funcionários.

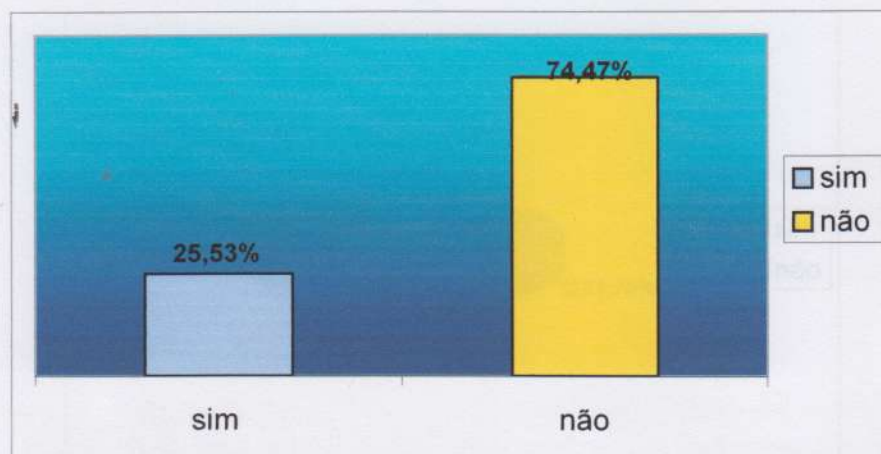
Gráfico 14- Percepção dos usuários quanto à atenção dispensada pelos funcionários na hora do atendimento.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Em relação à atenção dispensada aos pacientes 48,51% disseram que os mesmos dispensam atenção, 42,55% disseram que os mesmos dispensam total atenção e os outros 8,51% disseram que os funcionários não dispensam nenhuma atenção aos pacientes. Infere-se portanto que os funcionários dispensam adequada atenção à clientela.

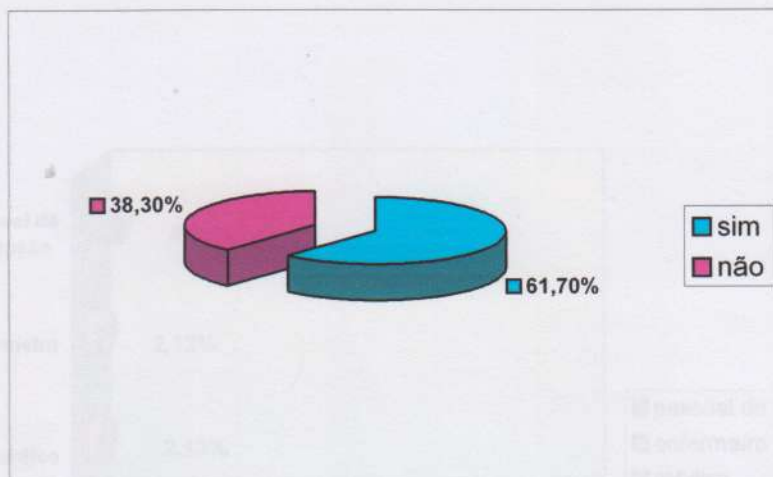
Gráfico 15-Percepção dos usuários quanto à identificação dos funcionários.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Quando à utilização de crachás para identificação dos funcionários, 74,47% dos entrevistados afirmaram que os mesmos não fazem uso e 25,53% afirmaram que os funcionários fazem uso de crachás. O resultado demonstra que os crachás não são utilizados de forma sistêmica pelos funcionários.

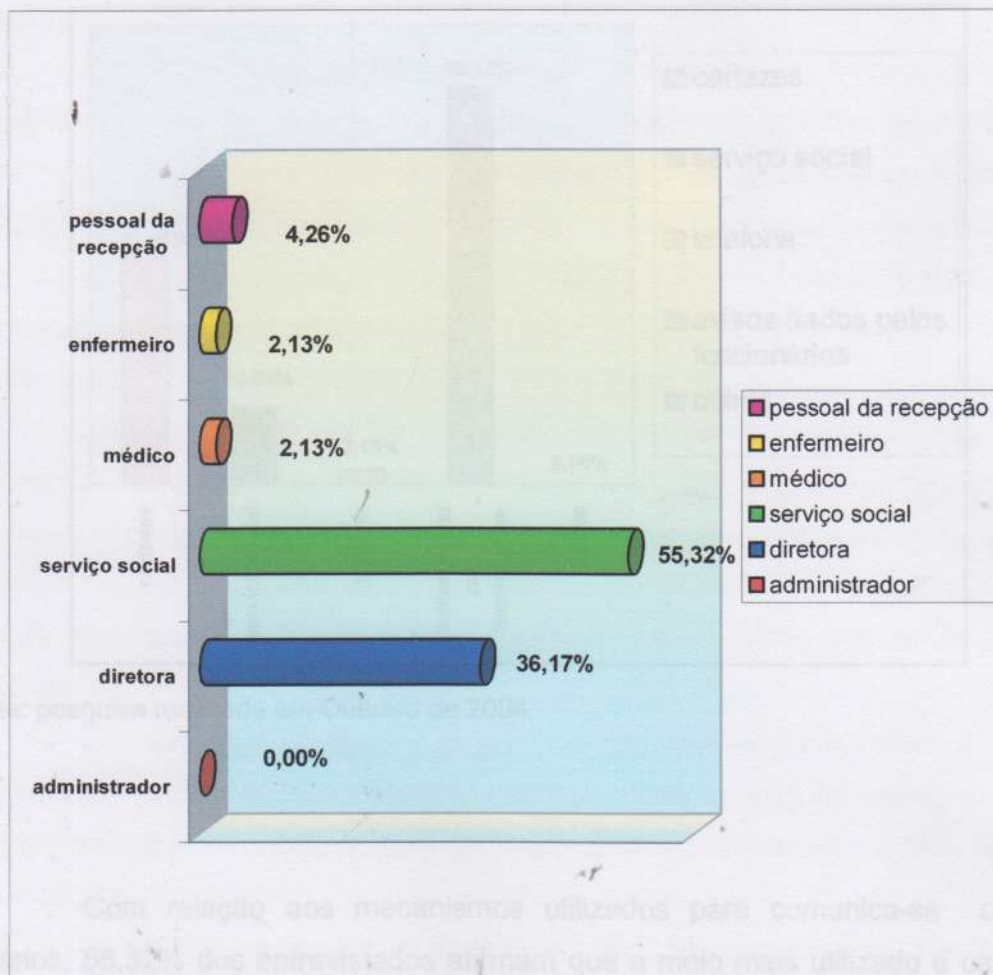
Gráfico 16- Percepção dos usuários quantos as vestimentas utilizadas pelos funcionários.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Em relação às vestimentas utilizadas pelos funcionários, 61,70% dos entrevistados conseguem distinguir o cargo dos funcionários pelas suas vestimentas e 38,30% não consegue distinguir. Infere-se portanto que os usuários conseguem distinguir o cargo dos funcionários pelas suas vestimentas.

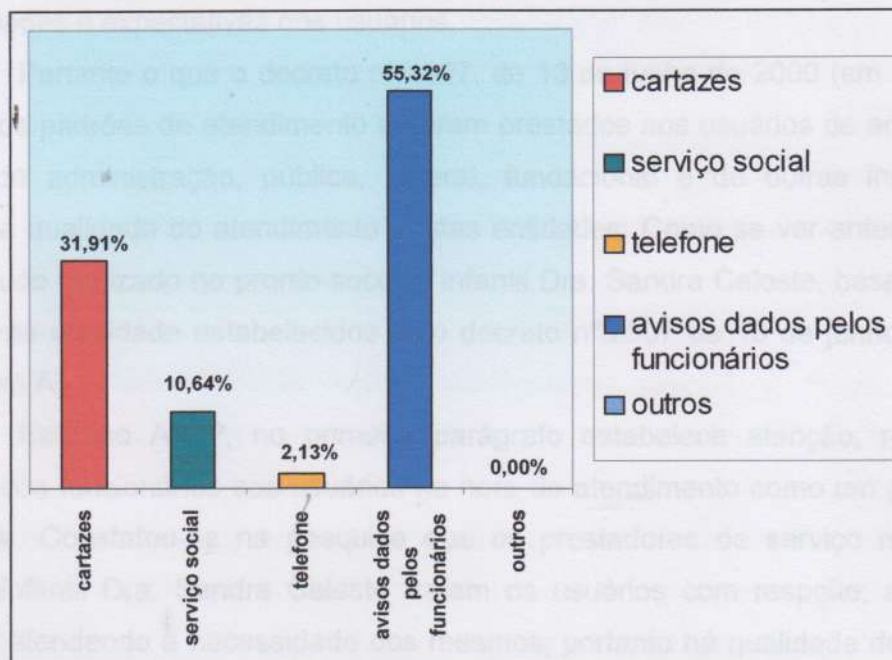
Gráfico 17- Percepção dos usuários quanto as suas reclamações.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

De acordo com o gráfico 17, pode-se perceber que para fazerem suas reclamações os usuários se dirigem, ao serviço social (55,32%), a diretora (36,17%), ao pessoal da recepção (4,26%), médico (2,13%) e enfermeira (2,13%). Logo, é o serviço social que faz a mediação entre as necessidades dos usuários e a unidade de saúde.

Gráfico 18- Percepção dos usuários quanto à forma de comunicação.



Fonte: pesquisa realizada em Outubro de 2004.

Com relação aos mecanismos utilizados para comunica-se com os usuários, 55,32% dos entrevistados afirmam que o meio mais utilizado é os avisos dados pelos funcionários, 31,91% por cartazes, 10,64% pelo serviço social e 2,13% por telefone. Pode-se perceber que o meio mais utilizado é os avisos dados verbalmente pelos funcionários.

5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

Qualidade em serviços, como conceituado no referencial teórico desse trabalho, é quando os serviços são bem planejados e bem executados e atendem as necessidades e expectativas dos usuários.

Portanto o que o decreto nº3.507, de 13 de junho de 2000 (em anexo A), estabelece padrões de atendimento a serem prestados aos usuários de entidades e órgãos de administração, pública, federal, fundacional e de outras instituições, visando à qualidade do atendimento nestas entidades. Como se ver anteriormente, esse estudo realizado no pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste, baseia-se nos padrões de qualidade estabelecidos pelo decreto nº3.507 de 13 de junho de 2000 (em anexo A).

Este no Art.3º, no primeiro parágrafo estabelece atenção, respeito e cortesia dos funcionários aos usuários na hora do atendimento como um padrão de qualidade. Constatou-se na pesquisa que os prestadores de serviço no pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste tratam os usuários com respeito, atenção e cortesia, atendendo a necessidade dos mesmos, portanto há qualidade de serviços nesse item.

No segundo parágrafo o decreto estabelece prioridades a serem consideradas no atendimento. O pronto-socorro infantil prioriza as crianças que se encontram dispnéicas, ou seja, com dificuldades respiratórias, com estado febril de 39°C e pequenas suturas.

O terceiro parágrafo estabelece o tempo de espera pelo atendimento, onde se constatou que a maioria dos pacientes esperam pelo atendimento no mínimo meia hora. A observação in-loco demonstrou que isso acontece pelo número insuficiente para suprir a demanda e pelo não cumprimento do horário por parte de alguns profissionais. Portanto percebe-se que nesse item o pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste não atende as expectativas de seus usuários, deixando nesse item a desejar em termos de qualidade.

O quarto parágrafo, aborda o prazo de cumprimento dos serviços. Observa-se que o pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste são cumpridos regularmente, atendendo aos padrões estabelecidos no decreto.

O quinto parágrafo, aborda os mecanismos de comunicação com os usuários. Nota-se que os meios de comunicação mais utilizados pelos funcionários são os avisos dados verbalmente pelos mesmos aos usuários.

O sexto parágrafo estabelece procedimentos para atender reclamações. O serviço mais utilizado é o serviço social da unidade,

O sétimo parágrafo refere-se a forma de identificação dos funcionários. No pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste a maioria dos funcionários não utiliza crachás para se identificar.

O oitavo parágrafo, aborda a necessidade de sinalização visual do local indicando as dependências do pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste.

O nono parágrafo estabelece as condições de limpeza e conforto das dependências. No pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste as condições de limpeza foram consideradas boas pela grande maioria. Porém 31,91% consideraram a unidade como sendo pouco limpo, sendo este índice elevado por se tratar de uma instituição de saúde onde a limpeza é fundamental para recuperação do paciente. Observou-se, que o ambiente é higienizado todos os dias, em todos os turnos, e que existem cestos de lixo em todas as dependências e corredores. Entretanto as mães e as crianças jogam papéis e resto de comida no chão. Quanto às condições de conforto o pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste atende as expectativas da clientela para 40,42% dos usuários, embora 44,68% não tenham opinião formada a esse respeito.

Diante do exposto, conclui-se que o pronto-socorro infantil Dra. Sandra Celeste busca a qualidade no atendimento de serviços, aplicando parcialmente os padrões estabelecidos pelo decreto 3.507 (em anexo A), embora não disponha de recursos suficientes. Porém é visível o empenho dos funcionários pela busca da qualidade. Contudo pode-se inferir que o sistema de saúde está passando por uma humanização dos serviços hospitalares visando à melhoria continua do atendimento, pois a padronização é um dos requisitos para que haja qualidade.

Como melhoria sugeriu-se que, embora a sinalização seja considerada boa, poderia-se colocar placas no início dos corredores indicando as dependências existentes naquele local.

Quanto ao tempo de espera, para que o mesmo possa ser reduzido, sugeriu-se que haja maior rigor no cumprimento de horário de alguns profissionais.

Com relação à limpeza, sugeriu-se que se faça na unidade uma campanha de conscientização junto aos usuários e que seja colocados cartazes educativos próximos aos cestos de lixo.

E por fim sugeriu-se que se faça sempre treinamentos, palestras com os funcionários com o objetivo de busca a qualidade, para que esse tema seja incorporado a suas práticas diárias.

MIZORIN, João Calisto. Gestão da qualidade na saúde. Maricá: São Paulo, 2001.

Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.57.

DATA SUS vai melhorar o atendimento hospitalar. Saúde, Brasil, Brasília, Fevereiro 2004, nº 94, p.2.

BRASIL. Decreto nº 3.507, de 13 de junho de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legis/decree/2000/dec3507.htm>. Acesso em: 21 mai 2004.

EVOLUÇÃO da saúde brasileira. Disponível em: http://portalweb02.saude.gov.br/evolucao/visualizar_tema.cfm?id=1823. Acesso em: 22 mai 2004.

ATRIBUIÇÕES. Disponível em: http://portalweb02.saude.gov.br/evolucao/visualizar_tema.cfm?id=455. Acesso em: 22 mai 2004.

OS 14-45. Alexandre Luzzi. Qualidade total em serviços: conceitos e exercícios. casos práticos. São Paulo: Atlas, 1999.

CONHECER AS ÁREAS. Amato e Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

BIBLIOGRAFIA

ALGARTE, Waldir, QUINTANULHA, Delma. A história da qualidade e o programa brasileiro da qualidade e produtividade. Rio de Janeiro: INMETRO/SENAI, 2000.

MEZOMO, João Catarim. Gestão da qualidade na saúde- Manole: São Paulo, 2001.

Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretária Executiva, Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.p57.

QUALISUS vai melhorar o atendimento hospitalar, Saúde, Brasil, Brasília, Fev/ mar.2004. nº 94, p.2.

BRASIL. Decreto nº 3.507, de 13 de junho de 2000.Disponível em:<http://www.pgsp.planejamento.gov.br/padroes_decreto.htm>. Acesso em: 21mai.2004.

EVOLUÇÃO da saúde brasileira.Disponível em:http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18826 . Acesso em: 22 mai.2004.

ATRIBUIÇÕES. Disponível em: http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=495. Acesso em: 22 mai.2004.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. Qualidade total em serviços: conceitos e exercícios, casos práticos- 3ed. São Paulo: Atlas, 1999.

COHN E ELIAS, Amélia e Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: Políticas e Organizações de Serviços- 1ª ed, São Paulo: Cortez, 1996.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise, e interpretação de dados- 4ed.-São Paulo: Atlas, 1999.

SAMARA, Beatriz Santos, BARROS, José Carlos. Pesquisa de marketing: conceitos a metodologia, 2 ed. Ampliada e revisada. São Paulo: Makron Books, 1997.

ANEXOS

ANEXO A - PADRÕES DE QUALIDADE

O decreto nº 3.507, de junho de 2000, dispõe sobre o estabelecimento de padrões de atendimento prestado aos cidadãos pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal e Fundacional e de outras.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, da Constituição,

Decreta:

Art. 1º Ficam definidas as diretrizes normativas para o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento prestado pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta e fundacional que atendem cidadãos e suas entidades.

Art. 2º Os padrões de qualidade que se referem ao órgão anterior

ANEXOS

- I - Observação ao cidadão em todos os pontos de atendimento;
- II - Avaliação e revisão periódica;
- III - Manutenção;
- IV - De fácil compreensão;
- V - Divulgação ao público;
- Art. 3º Os órgãos e as entidades públicas federais deverão estabelecer padrões de qualidade:
- I - A respeito do atendimento ao cidadão e do acesso a serviços;
- II - As prioridades e o atendimento ao cidadão;
- III - O tempo de espera para o atendimento;
- IV - Os procedimentos e processos;
- V - Os mecanismos de avaliação;
- VI - Os procedimentos para atender a reclamações.

ANEXO- A PADRÕES DE QUALIDADE

O decreto nº3.507, de junho de 2000, dispõe sobre o estabelecimento de padrões de atendimento prestados aos cidadãos pelos órgãos e entidades da Administração Pública e Federal e fundacional, e dá outras.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art.84, inciso VI da Constituição,

Decreta:

Art. 1º Ficam definidas as diretrizes normativas para o estabelecimento de padrões de qualidade ao atendimento prestado pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta e fundacional que atendem diretamente aos cidadãos.

Art. 2º Os padrões de qualidade do atendimento a que se refere o artigo anterior deverão.

- I- Observados na prestação de todo e qualquer serviço aos cidadãos-usuários;
- II- Avaliados e revistos periodicamente;
- III- Mensuráveis;
- IV- De fácil compreensão; e
- V- Divulgados ao público.

Art. 3º Órgãos e as entidades públicas federais deverão estabelecer padrões de qualidade.

- I- A atenção, o respeito e a cortesia no tratamento a ser dispensado aos usuários;
- II- As prioridades a serem consideradas no atendimento;
- III- O tempo de espera para o atendimento;
- IV- Os prazo para o cumprimento dos serviços;
- V- Os mecanismo de comunicação com os usuários;
- VI- Os procedimentos para atender a reclamações;

- VII- As formas de identificação dos servidores;
- VIII- O sistema de sinalização visual; e
- IX- As condições de limpeza e conforto de suas dependências.

Art. 4º Fica instituído o Sistema Nacional de Avaliação da Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos, a ser implantado sob a coordenação da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§1º Os critérios, as metodologias e os procedimentos a serem utilizados no sistema serão estabelecidos pela Secretaria de Gestão, no prazo de um ano, a contar da data de publicação do decreto.

§2º Os órgãos e as entidades públicas federais deverão aferir o grau de satisfação dos de seus usuários com o atendimento recebido, pelo menos anualmente.

§3º As metodologias a serem utilizadas para avaliar a satisfação dos usuários deverão se homologadas por um comitê de certificação, a ser constituído no âmbito do Sistema.

Art. 5º Os órgãos e as entidades públicas federais deverão divulgar, pelo menos uma vez os resultados da avaliação de seu desempenho, em relação aos padrões de qualidade do atendimento fixados.

Art. 6º Os órgãos e as entidades públicas deverão implementar os padrões de qualidade no atendimento de acordo com as diretrizes estabelecidas neste Decreto, no prazo de um ano na conta da data de sua publicação, bem como divulgar amplamente esses padrões de qualidade aos cidadãos-usuários.

Art. 7º À Secretaria de Gestão compete fornecer as orientações para o cumprimento das normas estabelecidas neste Decreto e realizar o controle de seu atendimento.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de publicação.

ANEXO-B SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

Constituição Federal, título VIII, capítulo II, seção II, da saúde

Art. 196º. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197º. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198º. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

Art. 199º. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º- As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§2º- É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§3º- É vedada a participação direta e indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previsto em lei.

ANEXO C - QUESTIONÁRIO

§4º- A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art.200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III- ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;
- VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ANEXO- C QUESTIONÁRIO

Quanto tempo você costuma esperar pelo atendimento?

- ☐ Menos de 15 minutos
- ☐ Uma hora aproximadamente
- ☐ Menos de meia hora
- ☐ Mais de duas horas
- ☐ Não sabe responder

Com relação às informações solicitadas aos funcionários você considera que:

- ☐ Informam sempre corretamente o que foi perguntado
- ☐ Não sabem informar o que foi perguntado
- ☐ Algumas vezes informam o que foi perguntado
- ☐ Raramente sabem informar o que foi perguntado
- ☐ Não sabe responder

Com relação à limpeza, você considera as dependências do pronto-socorro ?

- ☐ Bastante Limpo
- ☐ Pouco Limpo
- ☐ Sem nenhum asseio
- ☐ Não sabe responder

Quanto às condições de conforto nas dependências do pronto-socorro infantil, você considera:

- ☐ Muito confortável
- ☐ Confortável
- ☐ Nem confortável nem desconfortável
- ☐ Desconfortável
- ☐ Muito desconfortável

Com relação a sinalização visual, indicando as dependências do local, você considera:

- ☐ Bem sinalizado
- ☐ Pouco sinalizado
- ☐ Não possui nenhuma sinalização
- ☐ Não sabe responder

Como os funcionários tratam os pacientes com respeito?

- ☐ Com bastante respeito
- ☐ Com pouco respeito
- ☐ Sem respeito
- ☐ Não sabe responder

Quanto à atenção na hora do atendimento, os funcionários:

- ☐ Dispensam total atenção
- ☐ Dispensam atenção
- ☐ Não dispensam nenhuma atenção
- ☐ Não sabe responder

Os funcionários utilizam crachás de identificação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você consegue distinguir o cargo dos funcionários pelas suas vestimentas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Para fazer suas reclamações a quem você se dirige?

- ☐ Administrador
- ☐ Médico
- ☐ Diretora
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Serviço Social
- ☐ Pessoal da recepção

Quais os mecanismos utilizados pelo pronto –socorro para comunica-se com os usuários?

- ☐ Cartazes
- ☐ Telefone
- ☐ Serviço Social
- ☐ Avisos dados pelos funcionários
- ☐ Outros.Qual? _____

Sexo ?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Faixa Etária em anos?

- ☐ 15 a 20 anos
- ☐ 20 a 25 anos
- ☐ 25 a 30 anos
- ☐ 30 a 35 anos
- ☐ 35 a 40 anos
- ☐ Acima de 50 anos

Qual o grau de instrução?

- ☐ 1º grau completo
- ☐ 1º grau incompleto
- ☐ 2º grau completo
- ☐ 2º grau incompleto
- ☐ Superior completo
- ☐ Superior incompleto

Estado Civil ?

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Separado(a)

Qual a renda familiar (em salário mínimo)?

- | | |
|---|---|
| ☐ Até R\$260,00 | ☐ Entre R\$ 260,00 e R\$520,00 |
| ☐ Entre R\$ 520,00 e R\$780,00 | ☐ Entre R\$ 780,00 e R\$1.040,00 |
| ☐ Acima de R\$ 1.040,00 | |

Quantas pessoas moram em casa?

- | | |
|--|---|
| ☐ 2 a 4 pessoas | ☐ 4 a 6 pessoas |
| ☐ 6 a 8 pessoas | ☐ Acima de 8 pessoas |

Quantas na faixa etária de 0 a 14 anos?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 0 a 2 | ☐ 2 a 4 |
| ☐ 4 a 6 | ☐ 6 a 8 |