

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

**A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA CENTRAL DE
MARCAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA AO USUÁRIO DA
UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO DE CIDADE NOVA**

Mirian Alves da Cunha

Natal
Dez/2003

MIRIAN ALVES DA CUNHA

**A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA CENTRAL DE
MARCAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA AO USUÁRIO
DA UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO DE CIDADE NOVA**

**Monografia apresentada por Mirian Alves da
Cunha à Coordenação do Curso de
Administração da Faculdade Natalense para o
desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como
requisito para obtenção do Título de
Bacharelado em Administração.**

Orientadora: Maria Teresa Pires Costa, Msc.

**Natal
Dez/2003.**

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Cunha, Mirian Alves da.

A qualidade do serviço prestado pela central de marcação de consulta especializada ao usuário da unidade de saúde do bairro de Cidade Nova / Mirian Alves da Cunha. – Natal: FARN, 2003.

Orientador: Maria Tereza Pires Costa (Msc)

Monografia (graduação em Administração) – Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Qualidade total – monografia 2. Qualidade em Serviços –
Centro de marcação de consultas Especializada – monografia.
I. Título

RN/FARN/BC

CDU 658.56

FARN

BIBLIOTECA

Nº Reg.

1000098

18 / 04 / 05

RB-21417

M

58,56

9799

2003

Ex.:01

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

**A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA CENTRAL DE
MARCAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA AO USUÁRIO
DA UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO DE CIDADE NOVA**

Mirian Alves da Cunha

Monografia apresentada e aprovada em ____ de ____ de ____, pela banca de
qualificação composta pelos seguintes membros:

Maria Teresa Pires Costa, Msc.
Orientador

Membro Examinador

Membro Examinador

Natal, ____ de ____ de 2003.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por ter me dado a oportunidade e condições de conseguir mais um degrau na minha vida.

Agradeço a minha mãe que tanto me ajudou nessa batalha, que não foi fácil, porém prazerosa.

Agradeço a duas grandes amigas, Aloma e Magali que sempre me encorajaram a permanecer na luta, nas horas em que muitas vezes pensei em sucumbir diante das dificuldades.

LISTA DE SIGLAS

CMCE	Central de marcação de Consultas e Exames Especiais
C.L.T.	Consolidação das Leis Trabalhistas
C.N.S	Conselho Nacional de Saúde
P.Q.S.P.	Programa de Qualidade do Serviço Público
P.S.F	Programa saúde da família
S.U.S	Sistema Único de Saúde
UBSCN	Unidade Básica de Saúde de Cidade Nova

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – SEXO.....	19
GRÁFICO 2 - FAIXA ETÁRIA.....	20
GRÁFICO 3 – GRAU DE INSTRUÇÃO.....	21
GRÁFICO 4 – ESTADO CIVIL.....	22
GRÁFICO 5 – RENDA FAMILIAR.....	23
GRÁFICO 6 – NÚMERO DE OCUPANTES DA MESMA CASA.....	24
GRÁFICO 7 – TEMPO DE ESPERA PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA CMCE....	25
GRÁFICO 8 - TEMPO DE ESPERA PARA MARCAÇÃO DE EXAME DA CMCE.....	26
GRÁFICO 9 – FREQUENCIA QUE A CMCE DISPÕE DO EXAME PROCURADO...	27
GRÁFICO 10 – FREQUENCIA QUE A CMCE DISPÕE DO PROFISSIONAL PROCURADO.....	28
GRÁFICO 11 – ESPECIALIDADES MAIS PROCURADAS.....	29
GRÁFICO 12 – SATISFAÇÃO DOS USÁRIOS COM RELAÇÃO AO FUNCIONÁRIO QUE MARCA CONSULTAS E EXAMES NA UNIDADE.....	30
GRÁFICO 13 –QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA CMCE.....	31

SUMÁRIO

RESUMO.....	05
LISTA DE SIGLAS.....	06
LISTA DE GRÁFICOS.....	07
1. INTRODUÇÃO.....	08
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	08
1.2 CARACTERIZAÇÃO	09
1.3 OBJETIVOS.....	09
1.3.1 Objetivo Geral.....	09
1.3.2 Objetivo Específico.....	09
1.4 JUSTIFICATIVA.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 QUALIDADE TOTAL.....	11
2.1.1 Origem.....	11
2.1.2 Definição.....	12
2.1.3 Princípios Da Qualidade.....	12
2.2 QUALIDADE EM SERVIÇO.....	13
2.2.1 Serviço Público.....	13
2.2.2 Serviço Público de Saúde.....	14
3 METODOLOGIA.....	16
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	16
3.2 UNIVERSO E AMOSTRA.....	16
3.3 COLETA DE DADOS.....	16
3.4 TRATAMENTO DOS DADOS.....	17
4 RESULTADOS.....	18
4.1 Descrição do Processo de Marcação da CMCE.....	18
4.2 Perfil da população em análise.....	19
4.3 Resultado referente ao funcionamento da CMCE.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por finalidade analisar a qualidade do serviço da central de marcação de consulta especializada, a qual tem como finalidade administrar as ofertas das consultas médicas especializadas nas unidades de saúde ambulatoriais, via telefone ou terminal de computador, objetivando otimizar o encaminhamento de pacientes para atendimento nas unidades e gerenciar o acesso de usuários e as ofertas disponíveis do controle de quotas por especialidades.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Saúde pública é para garantir, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral a saúde da população, baseado nos princípios de acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania. Difundindo-se cada vez mais a qualidade de serviço público é que se faz necessário um bom funcionamento da central de marcação de consultas especializadas para que o sistema de saúde possa cumprir com seu papel, que é o de desempenhar duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Não é possível satisfazer os clientes, se os serviços não forem adequados as suas necessidades, por isso, o fundamental é que a central de marcação de consulta especializada cumpra fielmente sua missão e seja excelente nas suas atividades específicas. Desta forma o problema que norteia esta pesquisa será: o usuário da unidade de saúde do bairro de Cidade Nova encontra-se satisfeito com a qualidade do serviço prestado pela central de marcação de consulta especializada?

1.2 CARACTERIZAÇÃO

Em 1989 foi criada em Natal a Central de Marcação de Consulta Especializada (CMCE), que na época era localizada no Centro Clínico da Ribeira e referenciava apenas duas especialidades médicas (cardiologia e endocrinologia). Hoje se localiza no prédio da Secretaria Estadual de Saúde, na Avenida Deodoro, 13º andar e referencia todas as especialidades médicas e exames especiais. Tem como finalidade organizar o atendimento nos serviços especializados conforme a necessidade e as possibilidades.

A CMCE marca, pelo telefone, consultas com especialistas e exames especiais, evitando o deslocamento desordenado do usuário. A marcação é feita pelos serviços de saúde. O usuário é atendido na rede de saúde de atenção básica e de lá é encaminhado, quando necessário, para o atendimento especializado, sem precisar enfrentar filas em busca do serviço como ocorria. A central dispõe da agenda dos principais serviços públicos de saúde que oferece consultas e exames especiais.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo Geral

Analisar se o usuário da unidade de saúde do bairro de Cidade Nova encontra-se satisfeito com a qualidade do serviço prestado pela central de marcação de consulta especializada.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Descrever o processo de marcação de consulta adotado pela central de marcação;
- Verificar a qualidade do serviço da central de marcação de acordo com a percepção do usuário da unidade de saúde do bairro de Cidade Nova;
- Comparar o papel da central de marcação de consulta especializada vigente na unidade objeto de estudo com aquela recomendada pelo SUS.

1.4 JUSTIFICATIVA

A qualidade do serviço prestado pela central de marcação de consulta especializada da secretaria municipal de saúde constitui-se num serviço que busca garantir a democratização do acesso a saúde, particularmente na área de atenção especializada. Evitar os deslocamentos desnecessários e por conta própria do usuário na busca de consulta com especialista é um dos objetivos fundamentais da central de marcação de consulta especializada. Para que exista a possibilidade de ordenamento, deverá ser garantida ao usuário a entrada no sistema de saúde através dos serviços de atendimento básico, a criação da central permitiu a identificação das especialidades médicas com necessidade maior de oferta e aquelas nas quais há sub-utilização.

É preciso garantir eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade aos serviços de saúde. Somente assim eles cumprirão sua missão.

Esta pesquisa teve como propósito analisar a qualidade do atendimento do serviço prestado pela central de marcação de consulta ao usuário da unidade de saúde do bairro de Cidade Nova, sendo assim, é de grande importância e necessidade o estudo de qualidade dentro do serviço público, pois além de ser importante para o serviço, esse estudo é imprescindível à complementação da formação acadêmica e ao desenvolvimento profissional da pesquisadora. Este trabalho poderá contribuir bastante para central de marcação de consulta especializada. Com a realização de uma pesquisa junto aos usuários da unidade básica de saúde do bairro de Cidade Nova. Será mais fácil corrigir e identificar os pontos fracos na qualidade dos serviços prestados, fazendo surgir uma melhoria desses serviços.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. QUALIDADE TOTAL

Segundo Damázio (1998, p.06), qualidade total é, basicamente, o princípio e a própria ação para a mudança da cultura das empresas.

Assim o caminho da Qualidade Total busca o chamado zero defeito na produção, de forma que o produto ou serviço seja feito de forma certa, da primeira vez. Os erros, ainda ocorridos, deverão ser analisados com o método adequado e corrigidos de tal forma que não voltem a ocorrer.

No entanto, o envolvimento de todas as pessoas que trabalham na empresa é de fundamental importância na Qualidade Total. O envolvimento deve iniciar-se pela alta administração, atingindo até o mais modesto colaborador.

Dessa maneira o fator decisivo para que os operacionais tenham o espírito de serviço, são as ações de liderança praticadas em toda a organização, que devem ser capazes de conduzir os profissionais operacionais a um elevado grau de capacitação, para que eles possam agir com acerto e competência, buscando a satisfação do cliente.

2.1.1. Origem

Segundo Maximiano (1997, p. 102-116) a idéia de qualidade foi discutida primeiramente pelos filósofos gregos, que pensavam no ideal da excelência.

Assim a idéia de excelência é a característica que distingue alguma coisa pela superioridade em relação aos semelhantes.

Na passagem dos anos 70 para os 80, os princípios de administração da qualidade, que vinha sendo cultivada desde o início do século, evoluíram para a filosofia da qualidade total e espalharam-se por todo o mundo.

2.1.2. Definição

De acordo com Armand V. Feigenbaum (APUD, Damázio. P.12), Qualidade é o conjunto de todas as características de um produto, desde o marketing até a assistência técnica, que determina o grau de satisfação do cliente.

2.1.3. Princípios da Qualidade

Segundo Damázio (1998, p.18-22) a filosofia da Qualidade Total está baseada em dez princípios que devem estar presentes em todas as atividades executadas pela empresa, sejam elas estratégicas ou operacionais:

- Total de satisfação dos clientes – avaliar como os clientes recebem os produtos/serviços e buscar atender as necessidades e expectativas dos clientes;
- Gerência participativa – é necessário que se elimine o medo de participar, estimulando as novas idéias e criatividade do pessoal da empresa;
- Desenvolvimento dos recursos humanos – a preocupação é o ser humano, a empresa deverá ter como pontos básicos a educação e o treinamento, a fim de buscar a valorização do capital humano da empresa;
- Constância de propósitos – para que esta nova cultura possa ser absorvida, os princípios que norteiam a mudança desejada devem ser repetidos, aceitos e reforçado continuamente até que se torne irreversível;
- Melhoria contínua – oferta de um produto/serviço tecnologicamente atualizado;
- Gerência de processos – aplicar em cada processo o ciclo PDCA (planejar, executar, verificar e agir corretamente). Para que possam atingir o desejado, os processos necessitam ser acompanhados, controlados de forma permanente.
- Delegação de poderes – transferir poder e compartilhar responsabilidade;
- Gerência de informação e comunicação – propicia um veículo de transmissão das informações a serem conhecidas, gerenciadas por pessoas especializadas, que possam passar a informação certa, para a pessoa certa;

- Garantia de qualidade – todas as ações planejadas e sistemáticas necessárias para promover confiança adequada de que um produto/serviço atende aos requisitos definidos em qualidade;
- Busca da perfeição – a meta, o “zero defeito”, é um princípio que precisa ser internalizado por todo o pessoal da empresa, desde a alta administração até o chamado “chão de fábrica”.

2.2 QUALIDADE EM SERVIÇO

Segundo Mezomo (2001, p.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.

Acabou o tempo em que as organizações podiam produzir sem saber o que o cliente queria.

Há de convir que já não basta melhorar os serviços, tornando-os adequados a padrões que não são os dos clientes. O que manda, na verdade, é a “percepção” do cliente, à qual o serviço deve necessariamente, se adequar. É preciso ouvir o cliente para não morrer. É claro que o fundamental é que a organização cumpra fielmente sua missão e seja excelente nas suas atividades específicas.

2.2.1. Serviço Público

A iniciativa privada não faz um país, no sentido de vida social e econômica organizada, só o serviço público pode fazê-lo.

Em todos os países, qualquer que seja sua forma de governo ou organização política, existe uma administração pública, que é a ordenação, direção e controle de serviço do governo, no âmbito federal, estadual e municipal.

Cabe a administração pública, as repartições administrativas que atuam na realização de obras e na prestação de serviços públicos tais como:

- Extinção de incêndios;

- Assistência médico-hospitalar;
- Saneamento básico;
- Difusão do ensino em escolas públicas;
- Serviço de transporte;
- Criação de parques e jardins;
- Abertura de praças e avenidas;
- Construção de viadutos e de obras de arte em geral.

Tudo isto para a utilização dos particulares.

De acordo com a Constituição Federal (art.6º), são direitos do governo a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância e a assistência aos desamparados.

O contexto do programa de Qualidade do serviço público (PQSP), cujo propósito é desenvolver ações de transformar as organizações públicas, procurando torna-las cada vez mais preocupadas com o cidadão e não apenas com os processos burocráticos internos.

2.2.2. Serviço público de saúde

Durante a década de 70, vigorava o modelo médico assistencial, baseado em ações curativas, as quais não beneficiavam toda população, pois somente os trabalhadores contratados pelo regime da consolidação das leis do trabalho (CLT) contribuíam com a previdência social e poderiam dispor desta assistência. Além disso, o atendimento era centrado no setor privado, vinculado e financiado pelo governo federal. Deste modo, nesta época privilegiou-se muito este setor, o qual contrapunha-se ao setor público que se apresentava defasado, quando comparado ao setor privado, devido ao não investimento econômico no setor público. Cabe ressaltar aqui que o fortalecimento do setor privado atendia aos interesses de determinados grupos, não atingindo as reais necessidades da população.

Em 1988 foi aprovada a nova constituição brasileira, incorporando grande parte dos conceitos e propostas definidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Adotando então, a proposta da reforma sanitária e do SUS.

De acordo com PAIM (1992, p.31), “o projeto da reforma sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação do conceito de saúde, explicitado na VII CNS, na qual “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.”(Brasil, 1986. Página 118)”.

Com a lei nº8.080/90, fica regulamentado o sistema único de saúde (SUS), estabelecido pela constituição federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento do serviço e ações de posteriormente às leis que regulamentam. O SUS não é o sucessor do SUDS ou do INAMPS, “e o conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementamente pela iniciativa privada. (art.4ª da lei federal 8.080).

O SUS há de ser entendido em seus objetivos finais. Dar assistência à população baseada no modelo da promoção e recuperação da saúde.

Destaca primordialmente a saúde como direito de cidadania realçando o sentido público do SUS com garantia de um comando único em cada nível de governo, particularmente a nível municipal. A municipalização dos serviços deu-se através da implantação dos distritos sanitários, onde se entendeu como um processo social de mudança, veio a se construir em um sistema local que garante a defesa da vida, através de ações de saúde para enfrentar os problemas da população.

A totalidade das ações e de serviços de atenção a saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo sub-sistemas, um para cada município, o SUS municipal voltado ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em sua abrangências estadual e nacional.

A CMCE surgiu como uma proposta para disciplinar a marcação das primeiras consultas especializadas nos hospitais públicos e/ou contratados pelo SUS e centros de saúde do município. A idéia básica consiste em concentrar todas as primeiras consultas especializadas em uma central a qual as unidades de saúde terão acesso telefônico, utilizando uma senha específica. Seria o fim das filas nas portas dos hospitais e grandes centros de saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPOS DE PESQUISA

A presente pesquisa utilizada com o objetivo de informação quanto ao nível de satisfação dos usuários da UBSCN em relação a qualidade do atendimento prestado pela CMCE, se dará por meio de um estudo de caso exploratório descritivo, o qual será utilizado para obtenção de informações.

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

3.2. UNIVERSO E AMOSTRA

O universo dessa pesquisa constitui-se dos usuários da unidade básica de saúde do bairro de Cidade Nova, que está situada no distrito sanitário deste com 14.175 habitantes (2001). Este bairro caracteriza-se pela baixa renda das famílias, falta de saneamento adequado, urbanização caótica, poucos equipamentos coletivos (especialmente de lazer) e com grandes problemas de violência. Existe uma favelização, Favela do Detran, cuja população vive basicamente do tratamento do forno do lixo, onde as condições de vida são extremamente precárias. A unidade de saúde do SUS cadastrou quase toda a população ao Programa Saúde da Família (PSF), onde os médicos que ali atendem todos são generalistas, num total de 3.425 famílias. A área do bairro considerada como território de ação do Programa, foi subdividida em quatro áreas correspondendo ao trabalho de quatro equipes. A amostra será intencional constituída dos usuários que procurarem a UBSCN no mês de setembro num período de 30 dias.

3.3. COLETA DE DADOS

Na pesquisa de campo foi aplicado um questionário estruturado com perguntas fechadas para os usuários da UBSCN onde forneceram informações a respeito da qualidade do atendimento da CMCE (anexo 1).

3.4. TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados trabalhados nesse projeto, foram tratados de forma qualitativo e quantitativo, onde os mesmos foram tabulados com auxílio do software excel e apresentado graficamente com suas respectivas análises.

4. RESULTADOS

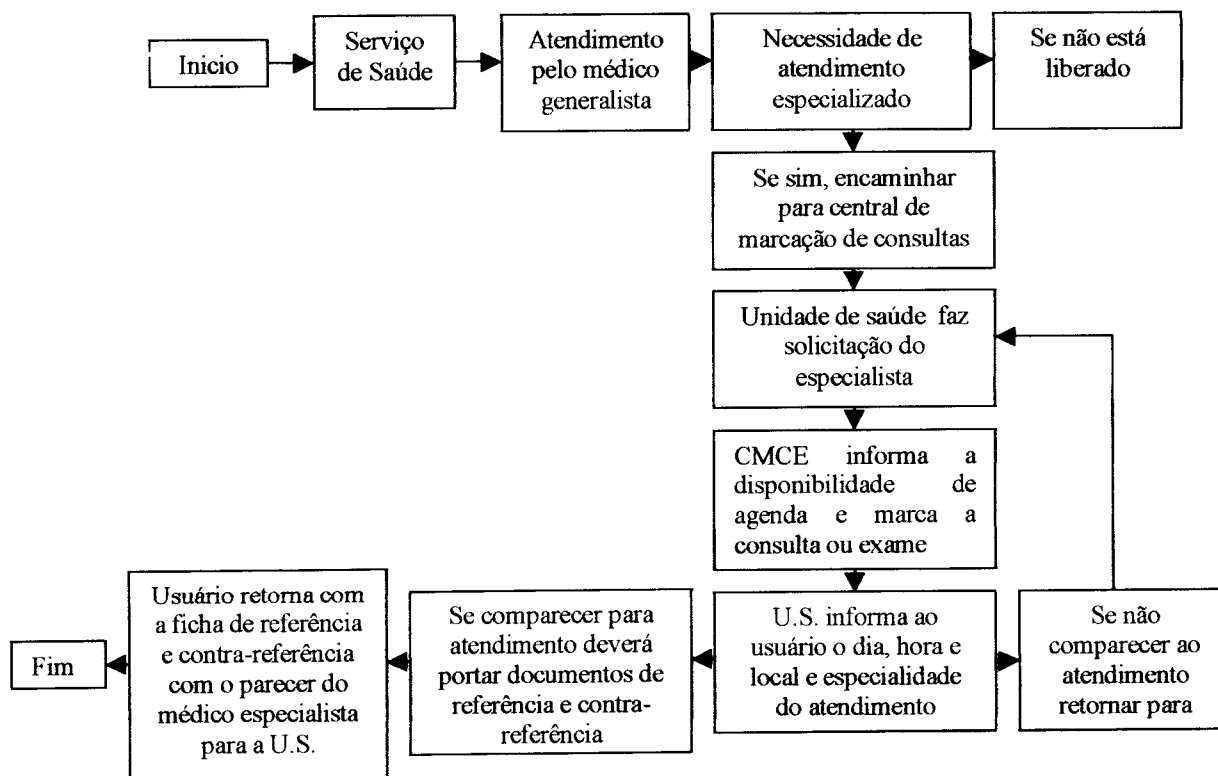
4.1 Descrição do processo de marcação de consulta pela CMCE.

O processo de marcação de consultas pela CMCE possui várias etapas: primeiramente o usuário que necessitar de atendimento dirige-se ao serviço de saúde mais próximo onde deverá ser atendido pela atenção básica, neste atendimento o médico da unidade de saúde identificará a necessidade de consulta marcada com especialista, preenche então uma guia de referência e contra-referência (verificar anexos).

Portando essa guia o usuário dirige-se ao serviço de saúde, previamente cadastrado, entra em contato com a central de marcação por telefone e faz a solicitação. A central informa a disponibilidade de agenda e marca a consulta ou exame. A unidade de saúde que está solicitando o serviço informa ao usuário, através de cartão próprio, o dia, o horário, especialidade e endereço do serviço onde será feito o atendimento. O usuário comparece à consulta portando o documento de referência e contra-referência e o cartão de marcação.

A ficha de referência e contra-referência deverá retornar com o parecer do médico especialista para a unidade de saúde.

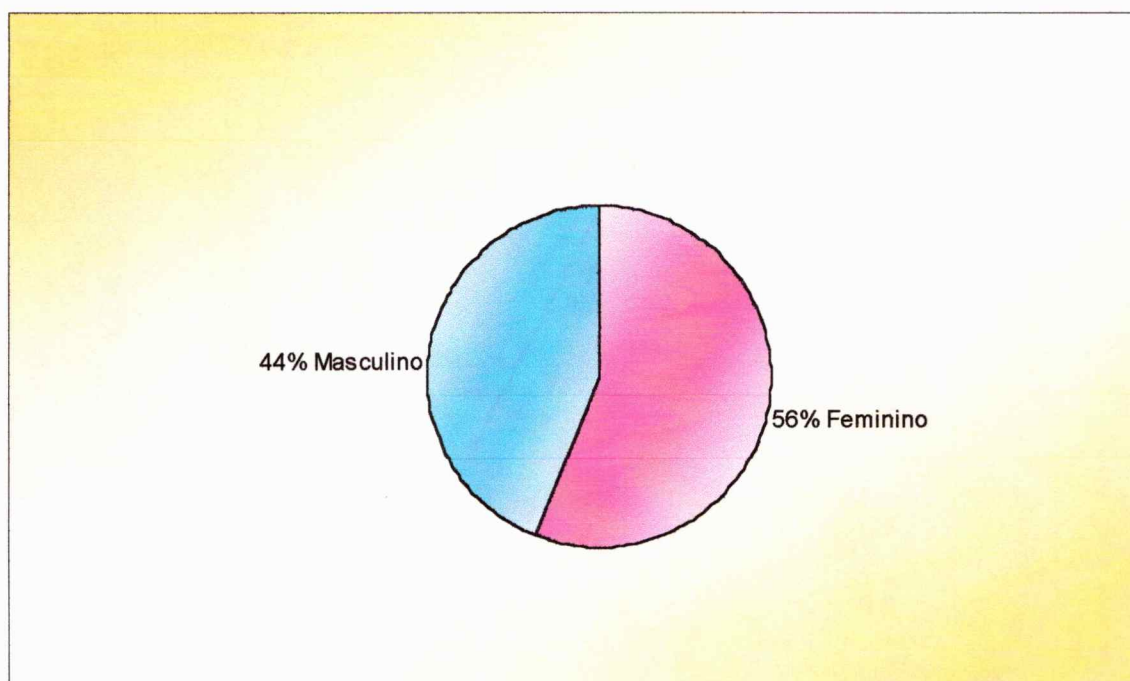
O fluxograma a seguir representa o processo de marcação de consulta:



4.2. Os resultados a seguir referem-se ao perfil da população em análise.

O gráfico 01 demonstra a distribuição da população de acordo com o sexo.

GRÁFICO 01 – SEXO

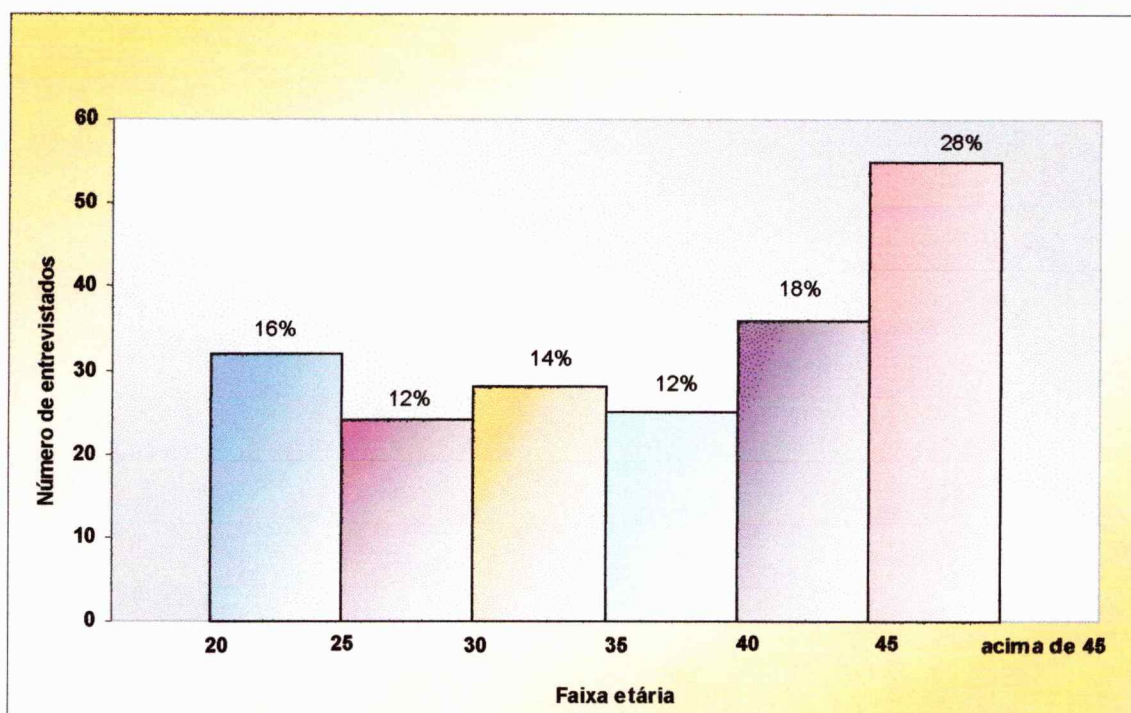


Fonte: pesquisa direta, setembro, 2003.

De acordo com o gráfico, nota-se que 44% da população entrevistada é do sexo masculino e 56% do sexo feminino.

O gráfico 02 demonstra a distribuição da população de acordo com a faixa etária.

GRÁFICO 02 – FAIXA ETÁRIA

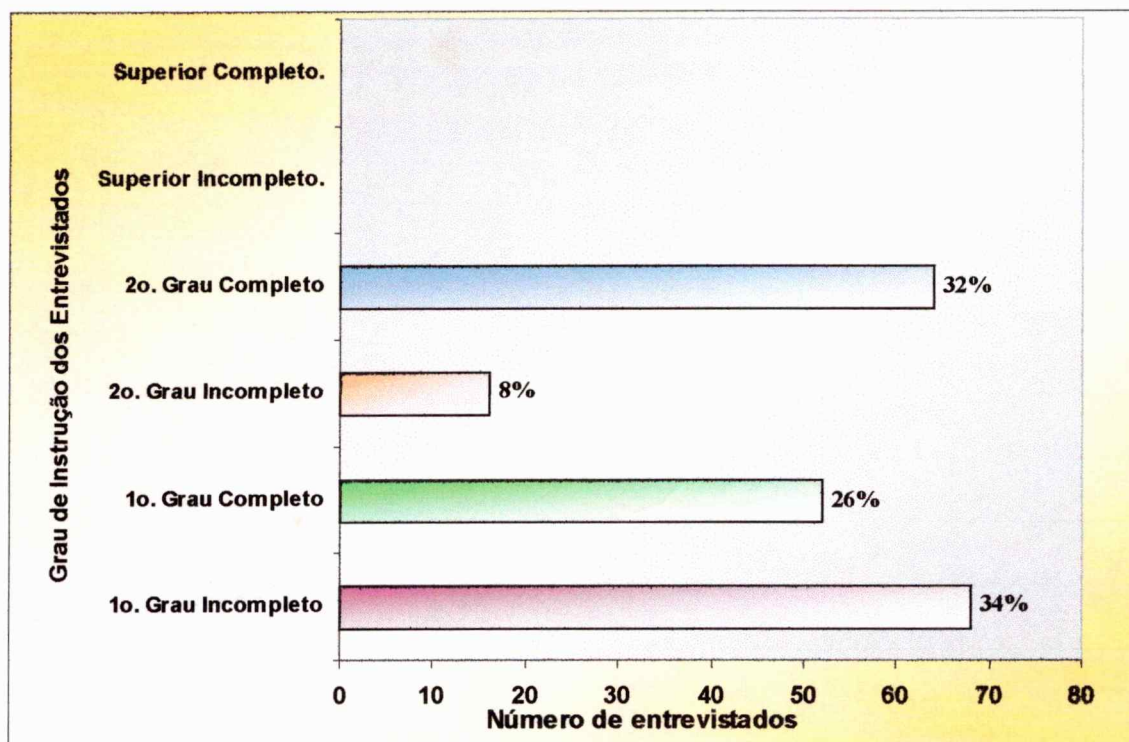


Fonte: pesquisa direta, setembro, 2003.

De acordo com o gráfico nota-se que a maior concentração de usuários (28%) da CMCE, para Unidade Básica de Saúde de Cidade Nova encontra-se na faixa etária compreendida entre 40 e 45 anos.

O gráfico 03 demonstra o grau de instrução dos entrevistados.

GRÁFICO 03 – GRAU DE INSTRUÇÃO

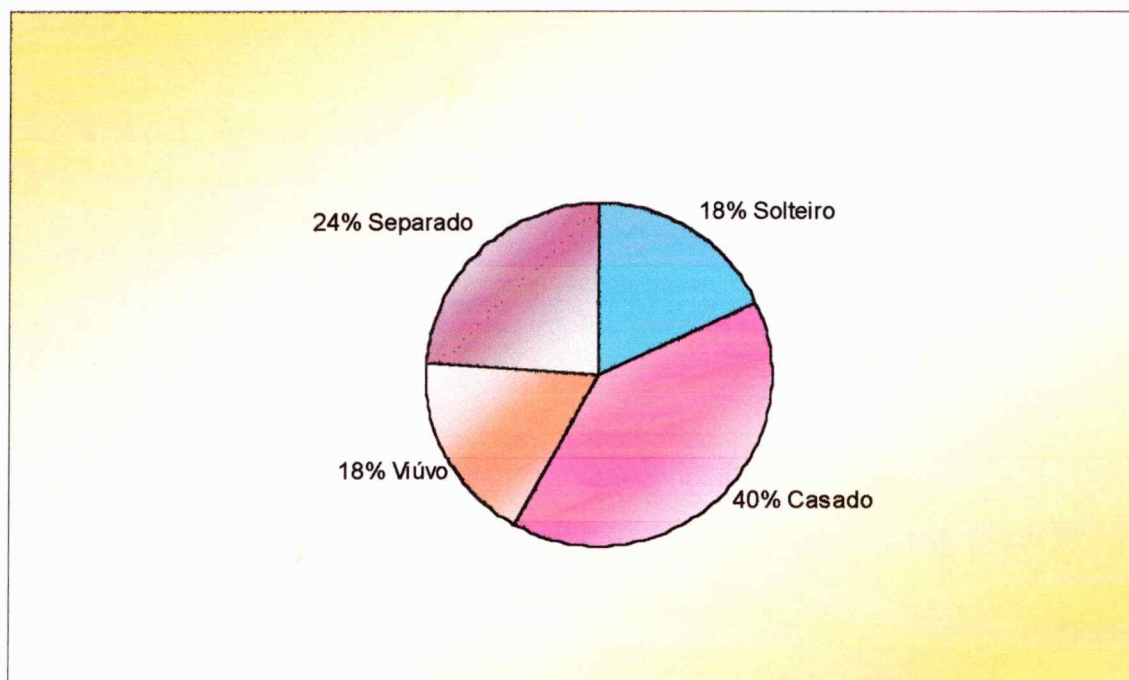


Fonte: pesquisa direta, setembro, 2003.

Em relação ao grau de instrução, constatamos que 34% dos entrevistados possui 1º grau incompleto, 26% 1º grau completo, 8% 2º grau incompleto e 32% 2º grau completo. Tal fato pode ser visualizado no gráfico.

O gráfico 04 demonstra o estado civil da população entrevistada.

GRÁFICO 04 – ESTADO CIVIL

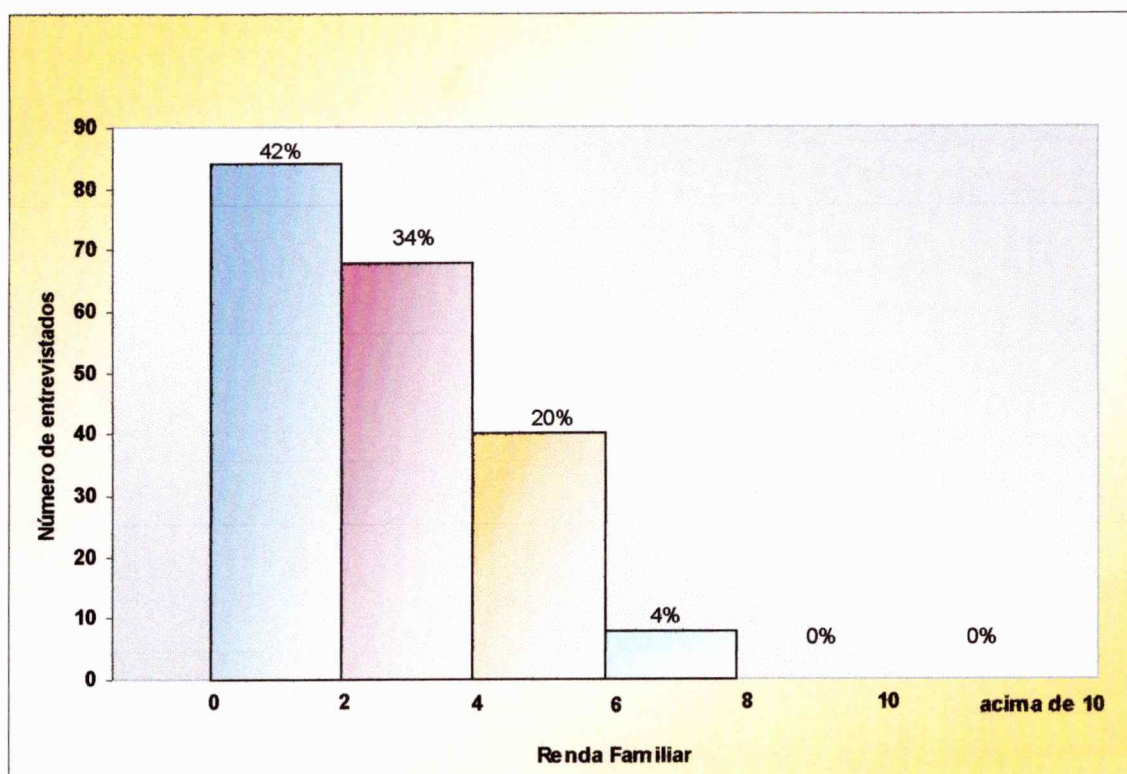


Fonte: pesquisa direta, setembro, 2003.

Em relação ao estado civil da população, de acordo com o gráfico fica constatado que 40% dos entrevistados são casados, 24% separados, 18% solteiros e 18% viúvos.

O gráfico 05 demonstra a renda familiar dos entrevistados.

GRÁFICO 05 – RENDA FAMILIAR

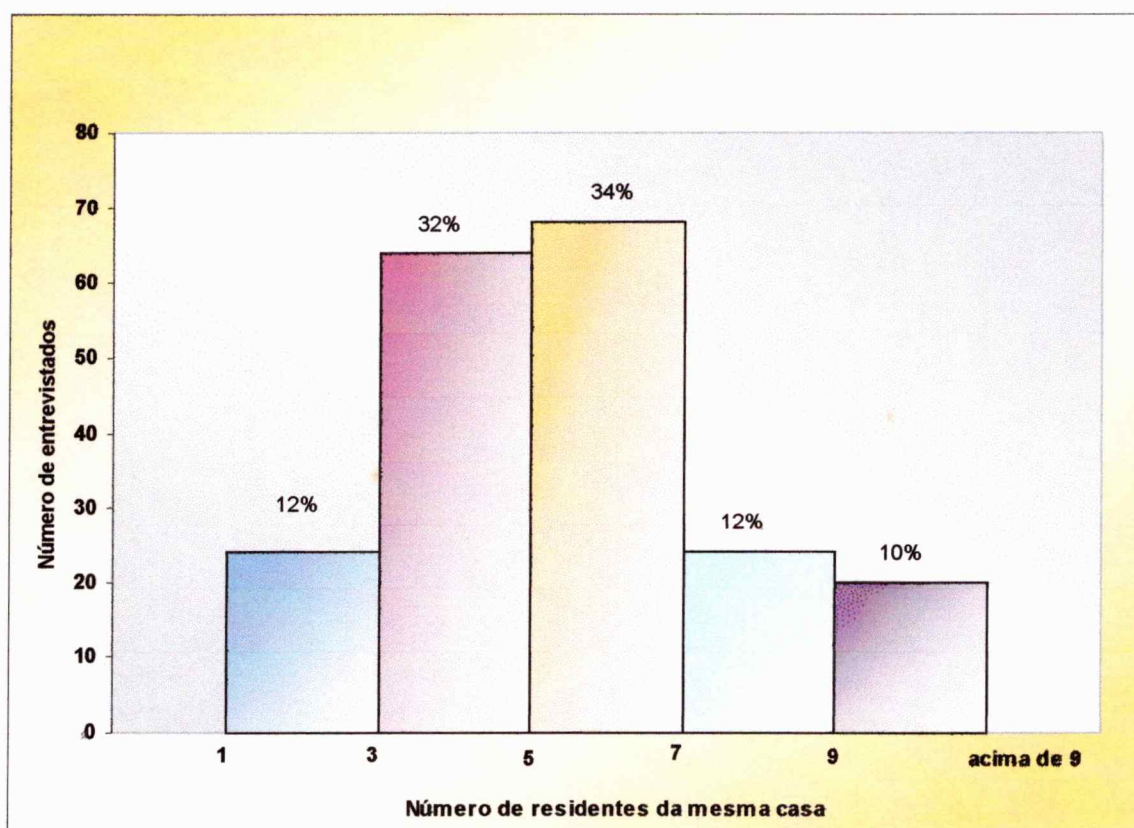


Fonte: pesquisa direta, setembro, 2003.

O gráfico demonstra que 26% da população possui renda familiar entre 0 e 4 salários mínimos, constituindo-se em uma minoria (4%), aqueles que vivem com 6 ou mais salários mínimos. É importante salientar que não há respostas para um rendimento familiar superior a esta faixa.

O número de ocupantes de uma mesma residência é demonstrado pelo gráfico a seguir.

GRÁFICO 06 – NÚMERO DE OCUPANTES DA MESMA CASA

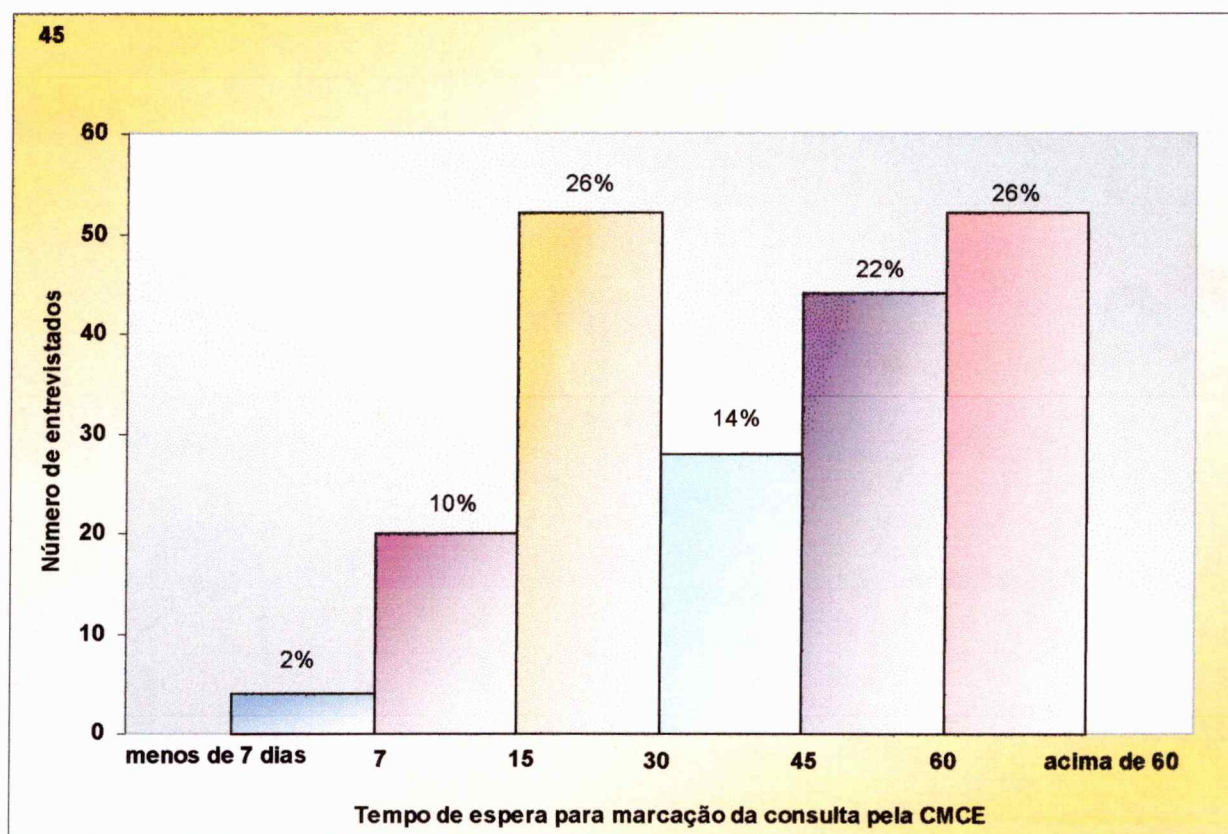


Fonte: pesquisa direta, setembro, 2003.

Podemos observar que 66% das residências possuem entre 03 e 07 pessoas.

4.3. Os resultados a seguir referem-se ao funcionamento da CMCE, conforme percebido pelos usuários. O tempo de espera para marcação de consulta pela CMCE é demonstrado pelo gráfico a seguir.

GRÁFICO 07 – TEMPO DE ESPERA PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA NA CMCE

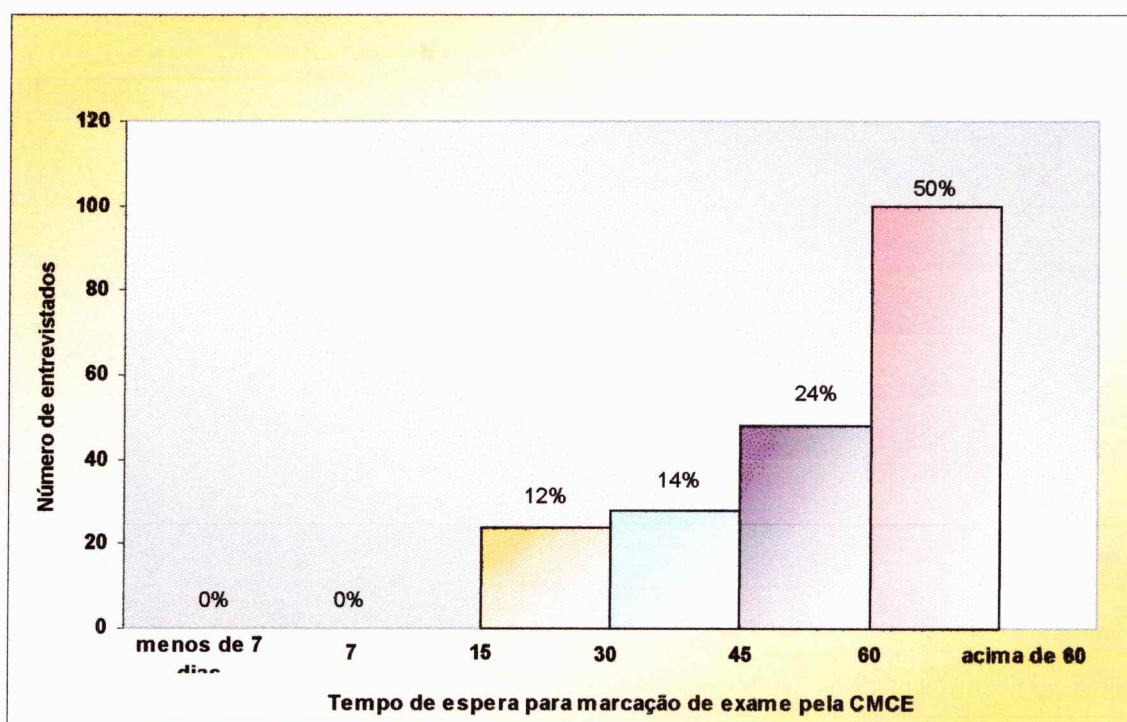


FONTE: pesquisa direta, setembro, 2003.

De acordo com os entrevistados apenas 2% das consultas são marcadas com menos de sete dias. 26% demoram entre 15 e 30 dias e 48% demoram mais 45 dias para serem marcadas (sendo que desse percentual 26% levam mais de 60 dias).

O tempo de espera para marcação de exame pela CMCE é demonstrado pelo gráfico a seguir.

GRÁFICO 08 - TEMPO DE ESPERA PARA MARCAÇÃO DE EXAME NA CMCE

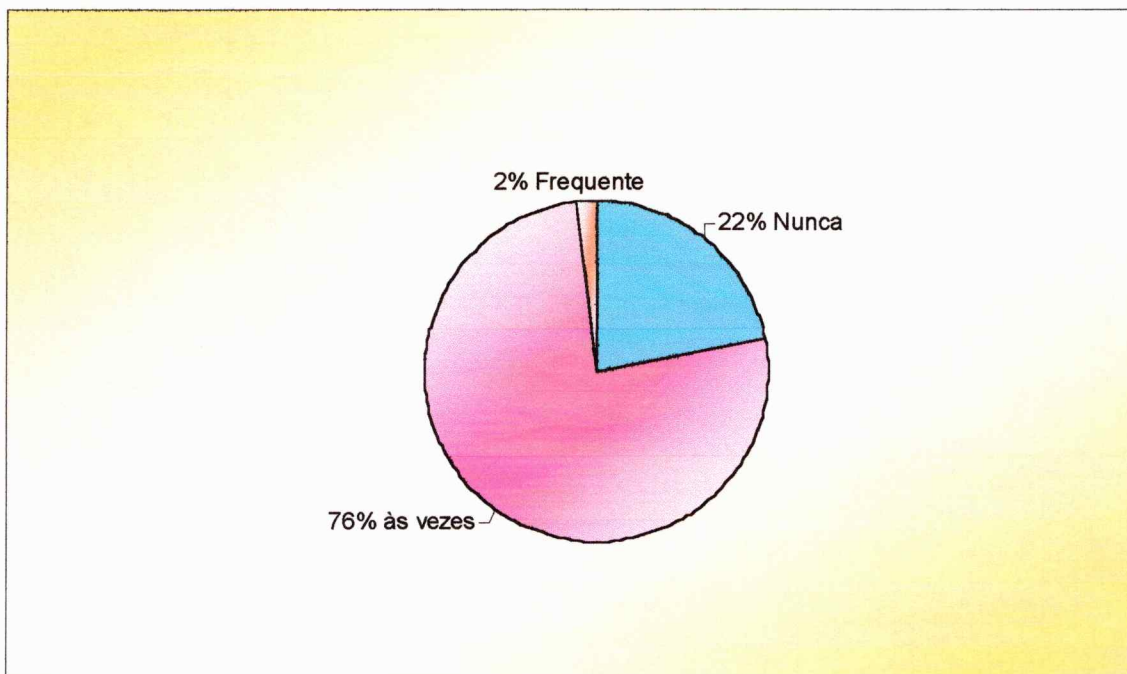


FONTE: pesquisa direta, setembro, 2003.

Comparando-se este gráfico com o anterior, podemos inferir que a demora para a realização de exames e marcação de consultas tem repercussões no quadro clínico e no prognóstico da doença. Considerando-se que há necessidade de retorno para marcação de consulta para apresentar exames, podemos concluir que para um grande número de pacientes, este período somado aos dois anteriores poderá aproximar-se dos 180 dias.

O gráfico a seguir demonstra a frequência com que a CMCE dispõe do exame procurado.

GRÁFICO 09 – FREQUÊNCIA QUE CMCE DISPÕE DO EXAME PROCURADO

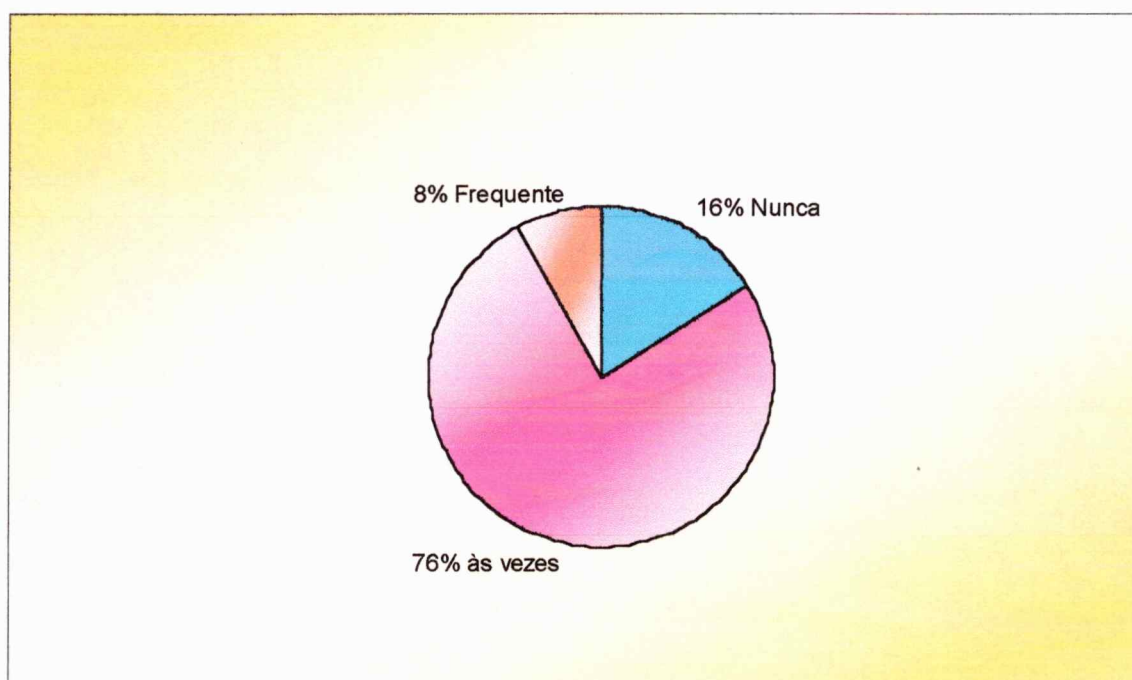


FONTE: pesquisa direta, setembro, 2003.

Em relação a frequência que a CMCE dispõe do exame procurado pelo paciente, constata-se que apenas 2% conseguem obter com frequência o exame que procura. 22% informaram nunca obtê-los e 76% obtém apenas às vezes.

O gráfico a seguir demonstra a frequência com que a CMCE dispõe do profissional procurado.

**GRÁFICO 10 - FREQUÊNCIA QUE CMCE DISPÕE DO PROFISSIONAL
PROCURADO**

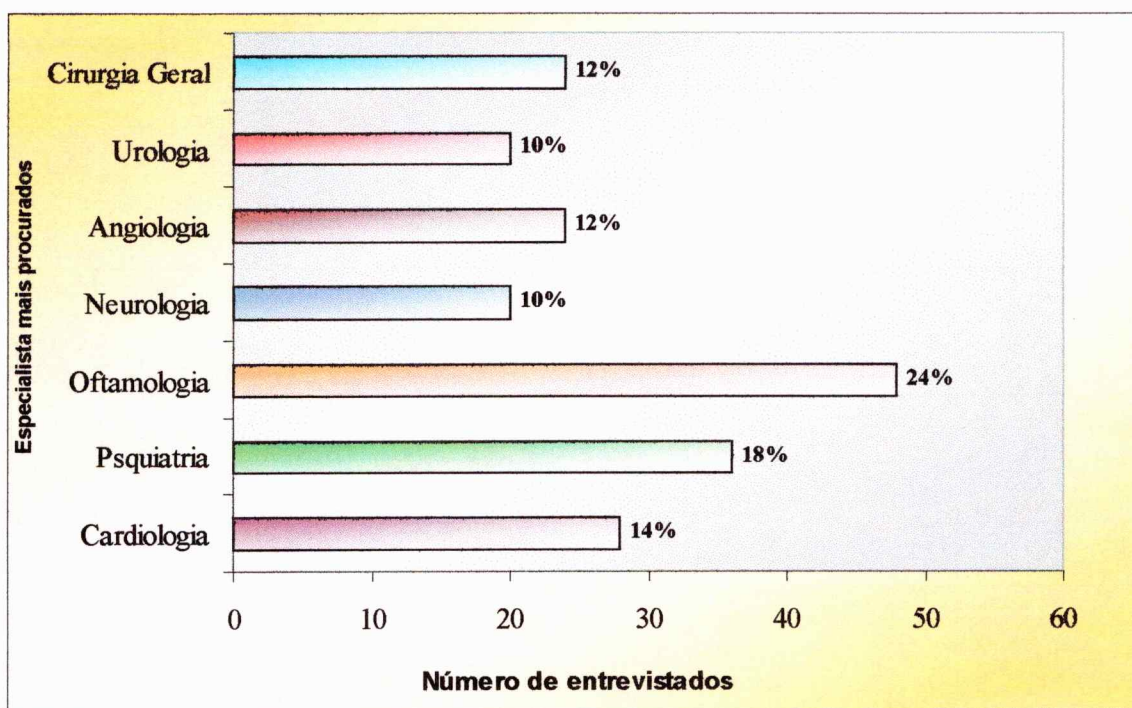


FONTE: pesquisa direta, setembro, 2003.

Em relação a frequência com que a CMCE dispõe do profissional procurado pelo paciente, constata-se que apenas 8% consegue obter com frequência o profissional que procura. 16% informa nunca obtê-los e 76% obtém apenas às vezes.

O gráfico a seguir demonstra as especialidades médicas mais procuradas pela população entrevistada.

GRÁFICO 11 – ESPECIALIDADES MAIS PROCURADAS



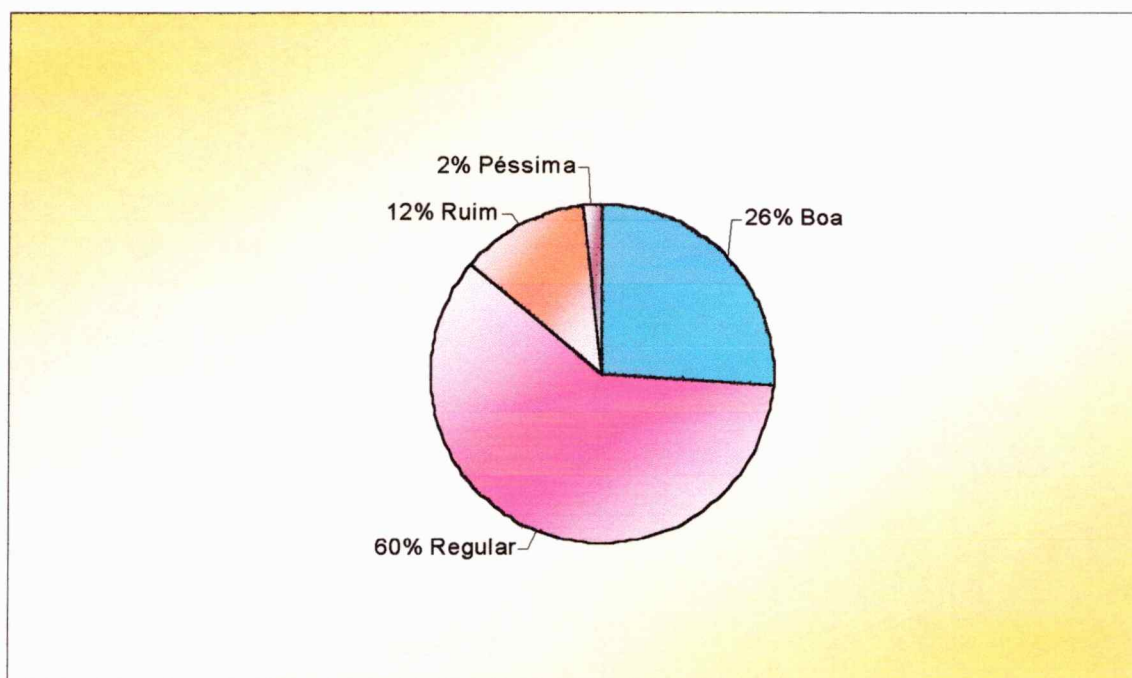
FONTE: pesquisa direta, setembro, 2003.

De acordo com o gráfico, as especialidades mais procuradas são: oftalmologia com 24%, psiquiatria 18% e cardiologia 14%.

É importante considerar, cruzando este gráfico com o de faixa etária de maior procura que as três especialidades representam o atendimento a doenças crônico-degenerativas.

O gráfico demonstra a satisfação dos usuários com relação ao funcionário que marca consulta na Unidade Básica de Saúde de Cidade Nova.

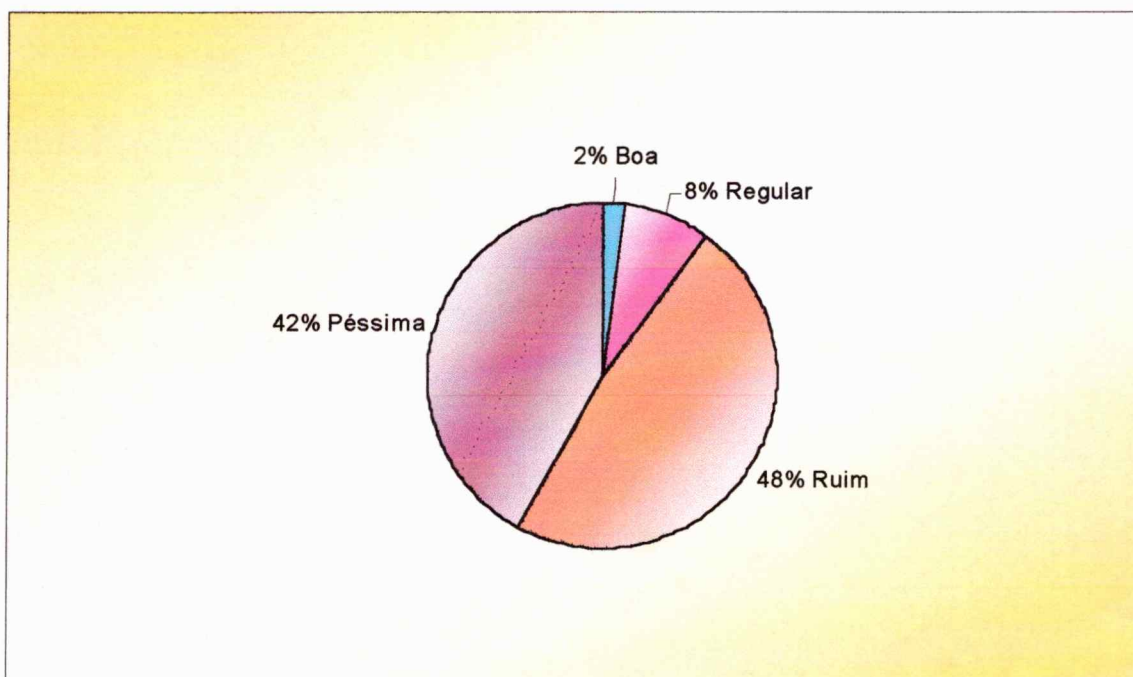
GRÁFICO 12 – SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM RELAÇÃO AO FUNCIONÁRIO QUE MARCA CONSULTAS E EXAMES NA UNIDADE



FONTE: pesquisa direta, setembro, 2003.

A satisfação do usuário com relação ao funcionário da Unidade Básica de Saúde de Cidade Nova que solicita o agendamento da consulta com a CMCE de acordo com a pesquisa e demonstrado graficamente é o seguinte: 2% acha que o funcionário presta um bom atendimento, 12% ruim, 26% boa e 60% regular.

GRÁFICO – 13 QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA CMCE



FONTE: pesquisa direta, setembro, 2003.

De acordo com o gráfico, a qualidade dos serviços prestados pela CMCE, descrita pelos próprios usuários é a seguinte: 90% dos usuários consideram os serviços prestados pela CMCE entre ruins e péssimos e, apenas 2% consideram um bom serviço. Comparando-se estes resultados com os anteriores, quanto a marcação de exames e consultas pode-se inferir que a satisfação do usuário está diretamente relacionada com o atendimento das suas necessidades de saúde pela CMCE.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Como foi dito no início deste trabalho, a função da saúde pública é garantir a atenção integral à saúde proporcionando acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania.

A proposta da CMCE, conforme vimos no seu fluxograma deveria garantir tais preceitos. Contudo, com base nos dados obtidos, através de pesquisa de opinião, a CMCE não conseguiu corresponder as expectativas dos usuários. De mecanismo regulador passou a ser encarada como um entrave, a culpada para o crônico problema das consultas especializadas. Se antes as filas na madrugada eram responsabilidade de todos e de ninguém, agora o difícil acesso ao especialista tem nome: a CMCE. Os papéis de solicitação de consulta especializada, padronizados em um impresso intitulado “Documento de referência e Contra-Referência”, começaram a se acumular nas unidades sanitárias. As filas da madrugada nas portas dos hospitais e grande centros de saúde cederam espaço às pilhas de documentos de referência e contra-referência nas unidades sanitárias, aguardando uma vaga na agenda da CMCE. A perversidade da fila noturna foi substituída pela perversidade da fila de espera dos documentos burocraticamente arquivados ou empilhados nos postos de saúde.

Remetendo-nos aos princípios da qualidade total descrito por Damázio (1998, p.18-22), a CMCE falha por não avaliar sistematicamente a satisfação de seus clientes. Também não transparecer de que maneira os responsáveis pelas marcações, ou seja, o agente intermediário entre a população e a CMCE podem contribuir para a melhoria contínua e participar da tomada de decisões. Embora haja treinamento operacional para os responsáveis pela marcação não há iniciativa em reciclar os conhecimentos periodicamente incluindo temas como humanização e qualidade no atendimento.

O ciclo PDCA parece não ser aplicado, uma vez que a cruel realidade de busca e da não resolução se perpetuando desde a criação da CMCE. Desta forma torna-se quase impossível atingir o “zero defeito”.

Assim recomendamos que a partir deste estudo o modelo atual de marcação de consulta seja reorganizado a partir dos distritos sanitários, com aplicação de um questionário para detectar a demanda por especialidades, para que se tente verificar os

problemas da CMCE, procurando atender a população com um sistema bem estruturado com variáveis finitas e conhecido, onde as soluções sejam objetivas e precisas.

Ajustando a oferta de consultas da CMCE à realidade de cada distrito sanitário evita-se desperdício do potencial de atendimento de algumas clínicas, através de uma melhor distribuição. Também é possível distribuir melhor a oferta para as clínicas de maior demanda como aquelas que tratam das doenças crônico-degenerativas.

Finalmente sugere-se que a pesquisa sobre a qualidade de serviços prestados pela CMCE seja feita periodicamente para que se possa realizar os ajustes necessários, rodando o ciclo PDCA, em tempo hábil.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL: Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. In: MINAYO, M.C.S. (org) A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro, FASE, 1996, p.117-128.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL – 4ª ed. Ver. Atual e ampl. – São Paulo: Editora Revista do Tribunais, 2002.

DAMÁZIO, Alex. **Administrando com a gestão pela qualidade total** – Rio de Janeiro: Interciência, 1991.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Mariana de Andrade. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4ª ed. São Paulo. Atlas, 1999.

MAXIMIANO, Antonio César Amam – **Teoria geral da administração: da escola científica a competitividade em economia globalizada** – São Paulo: Atlas, 1997.

MEZOMO, João Catarim – **Gestão da Qualidade na Saúde** – Manole; São Paulo, 2001.

PAIM, J.M.^a - **Reforma Sanitária e a municipalização. Saúde e Sociedade**, v.01, nº 02, São Paulo, 1992.

RODRIGUEZ NETO, E. - A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, sua propostas, sua implantação, sua dificuldades e suas perspectivas. In: Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde – Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

SUS: **o que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde**. Volume 1. São Paulo: ed. Atheneu, 2002

www.administraçãopublica.com.br - 26.06.03.

www.pasp.planejamento.gob.br - 30.06.03.

ANEXO

1 – Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

2 – Faixa etária em ano

☐ 20 a 25 anos

☐ 25 a 30 anos

☐ 30 a 35 anos

☐ 35 a 40 anos

☐ 40 a 45 anos

☐ acima de 45 anos

3 – Qual o grau de instrução ?

☐ 1º Grau Incompleto

☐ 1º Grau Completo

☐ 2º Grau Incompleto

☐ 2º Grau Completo

☐ Superior Incompleto

☐ Superior Completo

4 – Estado Civil

☐ solteiro (a)

☐ casado (a)

☐ viúvo (a)

☐ Separado

5 – Qual a renda familiar (em salários mínimos) ?

☐ 0 a 2

☐ 2 a 4

☐ 4 a 6

☐ 6 a 8

☐ 8 a 10

☐ acima de 10

6 – Quantas pessoas moram na sua casa contando com Você ?

☐ 1 a 3

☐ 3 a 5

☐ 5 a 7

☐ 7 a 9

☐ acima de 9

7 – Quanto tempo você esperou para ter sua consulta marcada pela CMCE?

☐ menos de 1 semana

☐ 1 semana a 15 dias

☐ 15 dias a 1 mês

☐ 1 mês a 45 dias

☐ 45 dias a 2 meses

☐ acima de 2 meses

8 – Quanto tempo você esperou para ter seu exame marcado pela CMCE?

☐ menos de 1 semana

☐ 1 semana a 15 dias

☐ 15 dias a 1 mês

☐ 1 mês a 45 dias

☐ 45 dias a 2 meses

☐ acima de 2 meses

9 – Com que frequência a CMCE dispõe do exame que você necessita ?

☐ Nunca

☐ às vezes

☐ freqüente

☐ muito freqüente

10 – Com que frequência a CMCE dispõe do profissional que você necessita ?

☐ Nunca

☐ às vezes

☐ freqüente

☐ muito freqüente

11 – Dentre as especialidades citadas abaixo qual a mais procurada por você ?

☐ Cardiologia

☐ Psiquiatria

☐ Oftalmologia

☐ Neurologia

☐ Angiologia

☐ Urologia

☐ Cirurgia Geral

12 – Qual a sua opinião com relação ao atendimento do funcionário da Unidade de Saúde que faz a marcação de consulta e exame ?

☐ Ótima

☐ Boa

☐ Regular

☐ Ruim

☐ Péssima

13 – Qual a sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pela CMCE ?

☐ Ótima

☐ Boa

☐ Regular

☐ Ruim

☐ Péssima

Unidade de Origem: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames: _____
Tratamento já Realizado: _____
Impressão Diagnóstica: _____ CID: _____
_____/_____/_____
Médico CRM DATA

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a Especialidade _____
Consulta marcada para a Unidade _____ Município _____
Para o Dr. _____ às _____ horas do dia ____/____/____

Unidade de Referência: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____ CID: _____
Conduta: _____

Observações: _____

_____/_____/_____
Médico CRM DATA

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário) nº _____
Oriente-o para retornar a Unidade de Origem _____ Município _____