

ANDRÉ LUÍS OLIVEIRA

**GESTÃO DE AMBULATÓRIO PÚBLICO :
ORGANIZAÇÃO DIRECIONADA PARA O
BOM ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada para obtenção
Título de Mestre pelo curso de Mestrado em
Gestão e Desenvolvimento Regional do
Departamento de Economia, Contabilidade e
Administração da Universidade de Taubaté. Área
de concentração: Gestão de Recursos Sócio-
Produtivos.

Orientador: Prof. Dr. José Rogério Lopes

Taubaté - SP

2004

FOLHA DE APROVAÇÃO

André Luís Oliveira

Gestão de Ambulatório Público: Organização direcionada para o bom atendimento.

COMISSÃO JULGADORA

Prof (a). Dr(a). _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof (a). Dr(a). _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof (a). Dr(a). _____

Instituição _____

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao homem
que no ato de buscar o conhecimento
toma ciência que nunca o alcançará plenamente,
mas sente a mudança silenciosa que dia a dia
enche o coração de amor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, que foi professor, amigo e incentivador. Muito obrigado Prof. Rogério.

À Nádia, minha esposa, por toda dedicação durante esse tempo em que eu buscava um sonho. Consegui !

À família do Vale do Paraíba, que me acolheu em todos os dias que foram necessários.

Ao Rogério, à Maria do Carmo e ao Seu Jovino, minha família, pelos primeiros ensinamentos.

À Dra. Maria Cristina Cury, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa no ambulatório sob sua superintendência.

À Janaína, Iara, Juliana, Suellen, funcionárias do ambulatório, que dedicaram ajuda fundamental na execução da pesquisa.

Aos entrevistados, pela cooperação.

OLIVEIRA, André Luís. Gestão de ambulatório público: organização direcionada para o bom atendimento. 2004. 97f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional)-Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté.

RESUMO

A administração do serviço público de saúde, historicamente organizada pelo Estado, passa por transformações que buscam a melhoria do serviço oferecido ao seu público alvo, o cidadão usuário. O estado de São Paulo implementou a partir de 1998 um sistema de gestão que utiliza entidades reconhecidas socialmente (OSS – Organização Social de Saúde) para executar as ações de saúde planejadas e controladas pelo governo. Em concordância à essa tendência de abertura e remodelamento das políticas públicas, o Governo Federal busca melhorar a qualidade de relacionamento em seus setores de atendimento. A pesquisa avaliou questões organizacionais de um ambulatório de especialidades da cidade de São Paulo que funciona operacionalizado por uma OSS. Usando a perspectiva do usuário, buscou verificar quais são os quesitos administrativos que são percebidos e valorizados pelo cidadão. Os resultados evidenciaram a baixa capacidade de percepção e avaliação dos usuários do ambulatório. A análise percebida nos dados da pesquisa, com características superficiais, emotivas e sem critérios técnicos, pode estar relacionada com o baixo nível educacional das camadas mais pobres da população brasileira que são os principais usuários do sistema público de saúde (SUS – Sistema Único de Saúde). A pesquisa provou o desenvolvimento do gerenciamento público na área de saúde, assim como a viabilidade de aplicação de pesquisas correlacionadas ao modelo aplicado.

Palavras chave : Organização e Administração, Ambulatório Hospitalar e Qualidade Percebida.

OLIVEIRA, André Luís. Management of public hospital clinic : organization lead for a good attendance. 2004. 97f. Dissertation (Mastering about Management and Regional Developing)- Department of Economy, Accounting and Administration, University of Taubaté, Taubaté.

ABSTRACT

The administration of the public service of health, historically organized for the state, passes for transformations that search the improvement of the service offered to its public, the using citizen. The state of São Paulo implemented from 1998 a management system that uses recognized entities socially (SOH - Social Organization of Health) to execute the planned and controlled actions of health for the government. In agreement to this trend of opening and development of the public politics, the federal government search to improve the quality of relationship in its sectors of attendance. The presented research evaluated questions organizations of a clinic of specialties of the city of São Paulo that functions operated for a SOH. Using the perspective of the user, it searched to verify with are the administrative questions that are perceived and valued for the citizen. The results had evidenced low the capacity of perception and evaluation of the users of the clinic. The analysis perceived in the data of the research with superficial characteristics and without criteria technician, can be related with the low educational level of the layers poor of main the Brazilian population that are user public system of health. (National system of health). The research proved the development of the public management in the health area, as well as the viability of application of research correlated to the applied model.

key words : Organization and administration, hospital clinic and perceived quality.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo.....	13
1.2 Delimitação do objeto de estudo.....	14
1.3 Relevância do estudo.....	14
1.4 Questões a serem respondidas.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Contextualização histórica	16
2.2 Processos do SUS.....	18
2.3 Regionalização	19
2.3.1 Governo federal.....	21
2.3.2 Governo estadual.....	22
2.3.3 Governo municipal	22
2.4 Hierarquização e integração.....	22
2.5 Tipos de unidade de saúde	23
2.5.1 Posto de saúde	24
2.5.2 Centro de saúde	24
2.5.3 Ambulatório de especialidades.....	25
2.5.4 Unidade mista.....	25
2.5.5 Hospital local.....	26

2.5.6 Hospital regional	26
2.5.7 Hospital especializado	26
2.5.8 Hospital macroregional ou hospital de base.....	26
2.6 Organização e saúde.....	27
2.6.1 Estrutura organizacional.....	28
2.6.2 Clima organizacional.....	31
2.6.3 Estratégia organizacional	34
2.7 Atendimento público.....	36
3 MÉTODOS	40
3.1 Universo e amostra.....	40
3.1.1 Ambulatório de especialidades.....	40
3.1.2 Usuários.....	41
3.1.3 Estrutura organizacional do ambulatório	42
3.1.4 Clima organizacional do ambulatório	43
3.1.5 Processos organizacionais do ambulatório.....	47
3.2 Coleta de dados	48
3.2.1 Questionário	48
3.3 Tamanho da amostra (n).....	50
3.4 Análise de dados	51
4 RESULTADOS.....	52
4.1 Caracterização da amostra.....	52
4.2 Procedimentos ambulatoriais	56
4.3 Tempo de atendimentos	57
4.4 Relação com os processos.....	60
4.5 Relação com o ambiente físico	67
4.6 Relação com as pessoas	72
4.7 Nível de satisfação e sugestões	80

5	DISCUSSÃO	82
6	CONCLUSÃO	91
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
	APÊNDICE A – Questionário aplicado.....	97
	ANEXO A – Subprefeituras da cidade de São paulo.....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Frequência de usuários durante o primeiro semestre de 2003.....	50
Tabela 2 - frequência de entrevistas por faixa etária. Amb. de Espec.....	52
Tabela 3 - Renda individual / mês. Amb. de especialidades.....	54
Tabela 4 - Escolaridade. Ambulatório de espec.....	55
Tabela 5 - Motivo da busca ao ambulatório.....	56
Tabela 6 - Motivo de procura por serviços ambulatoriais.....	57
Tabela 7 - Tempo de atendimento na recepção.....	58
Tabela 8 - Tempo de aguardo para atendimento no serviço requerido.....	59
Tabela 9 - Argumentações sobre o processo de agendamento.....	61
Tabela 10 - Argumentos sobre o processo de confirmação na recepção.....	63
Tabela 11 - Argumentos sobre o processo de preenchimento de documentos.....	65
Tabela 12 - Argumentos sobre chamada para o serviço requerido.....	67
Tabela 13 - Argumentos sobre acesso externo. Amb. de especialidade.....	68
Tabela 14 - Argumentos sobre acesso interno. Amb. de especialidade.....	69
Tabela 15 - Argumentos sobre conservação e limpeza. Amb. de espec.....	70
Tabela 16 - Mobiliário do Ambulatório.....	71
Tabela 17 - Argumentos sobre a tecnologia usada.....	72
Tabela 18 - Argumentações sobre seguranças.....	73
Tabela 19 - Argumentações sobre recepcionista.....	74
Tabela 20 - Argumentações sobre a enfermeira.....	75
Tabela 21 - Argumentações sobre técnicos.....	75
Tabela 22 - Argumentações sobre médicos.....	76
Tabela 23 - Argumentações sobre orientadores de público.....	77
Tabela 24 - Argumentações sobre assistente social.....	78
Tabela 25 - Argumentação sobre auxiliar de enfermagem.....	79
Tabela 26 - Argumentações sobre a Farmacêutica.....	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre processos e seus executores.....	20
Figura 2 – Atribuições e grau de responsabilidade dos gestores de saúde.....	21
Figura 3 – Níveis de atendimento a saúde. Amb.de especialidade.....	23
Figura 4 - Níveis de aprendizado da cultura organizacional.....	32
Figura 5 - Classe Sócio Econômica declarada pelo paciente.....	42
Figura 6 - Frequência de idades. Amb de Especialidade.....	53
Figura7 - Gênero. Ambulatório de Especialidades.....	53
Figura 8 - Renda individual mensal. Amb. de Especialidades.....	54
Figura 9 - Escolaridade. Amb.de especialidades.....	55
Figura 10 - Serviços procurados pelos entrevistados. Amb. de Espec.....	56
Figura 11 - Progressão de atendimento do ambulatório.....	58
Figura 12 - Espera para o serviço requerido. Amb. de Especialidade.....	60
Figura 13 - Satisfação. Ambulatório de Especialidades.....	80
Figura 14 - Sugestões. Ambulatório de Especialidades.....	81

1 INTRODUÇÃO

Tratando-se de serviço de saúde, o atendimento pode ser entendido de duas formas, a primeira é o momento em que o paciente é atendido pelo médico, que também chamamos de consulta, a segunda é o momento em que o paciente é recebido na unidade de saúde, seja na portaria, no balcão de informações ou no balcão de recepção.

Esta pesquisa tratará de estudar os fatores relacionados ao atendimento operacional, esse momento importante na vida do cidadão, onde ele, fragilizado pela situação não salutar, busca a resolução, o apoio, o acolhimento do Estado brasileiro e se depara com setores, pessoas e máquinas que vivem, trabalham e funcionam dia a dia dentro dessa ambientação e na maioria dos casos não oferecem condições de trata-lo de forma individualizada.

O atendimento ao público faz parte da rotina de todo prestador de serviço, mas o setor público brasileiro ainda não incorporou a qualificação nesse valioso conceito que garante a sobrevivência de muitas atividades do setor privado. Como resultado podemos facilmente perceber a insatisfação do usuário.

“Muitas vezes os profissionais não estão preparados para atender bem a população, sem contar que as condições de trabalho e de remuneração são geralmente ruins” (IDEC, 2003, p.16).

Fatores como relação interpessoal, disposição para solução de problemas, cordialidade, direcionamento de atenção para cada caso, são algumas operações que ultrapassam as questões morais e de bom relacionamento humano e hoje são regulamentadas por legislação, como por exemplo, o decreto n. 3507 de 13 de junho de 2000, (BRASIL, 2000).

O estágio de desenvolvimento em que se encontram os serviços públicos de nossa sociedade requer um aperfeiçoamento institucional, visando adequar os serviços Estatais aos atuais níveis de rendimento mundial. A composição de um Estado democrático por conceito e ação depende do grau de organização, eficácia e eficiência de seus setores sócio-econômicos. O estudo evidencia um dos diversos processos que compõem o complexo organizacional do SUS – Sistema Único de Saúde, organização que dispõe sobre as diretrizes e princípios para o sistema de saúde brasileiro.

O SUS nasce em um contexto histórico onde a sociedade pressionava o poder estatal a resolver uma problemática antiga e administrada até então de forma regional.

Em sua história, o serviço público de saúde vem buscando o equilíbrio entre o que é oferecido por sua estrutura e o que realmente precisa ser feito para qualificar a vida do cidadão brasileiro. Características de sua operacionalização, como centralização e controle inadequado, resultantes de uma situação sócio-política pouco desenvolvida democraticamente, são as causas de um sistema de saúde merecedor de críticas advindas da sua população usuária. Uma das tentativas de adequação do SUS foi implementada no Estado de São Paulo a partir de 1998, a lei das Organizações Sociais, uma parceria entre o Estado e entidades privadas, objetivando administrar serviços de saúde.

O estudo em questão se ambienta em uma OSS – Organização Social de Saúde, que assim foi caracterizada pelo governo por agregar méritos comunitários e que recebeu do Governo do Estado de São Paulo a incumbência de administrar algumas unidades de saúde na região sul da cidade de São Paulo, incluindo-se um ambulatório de especialidades, local do desenvolvimento dessa pesquisa. Momento histórico, que marca o rompimento do poder totalitário do Estado em favor do desenvolvimento das atividades estatais em saúde.

Em um modelo tão recente de operação do SUS, alguns questionamentos poderiam surgir sobre as mais diversas faces que envolvem o funcionamento de uma unidade de atendimento com médicos e exames especializados. Um conjunto de fatores como os processos administrativos instalados nesse modelo gerencial, a tecnologia colocada à disposição, a estruturação da organização, o clima organizacional que melhor serviria, os recursos humanos e outros, enfim uma rede de informações a serem investigadas e que não poderiam ser cobertas por apenas uma pesquisa. Assim essa pesquisa buscou estudar especificamente as relações entre as estratégias gerenciais adotadas e o atendimento ao usuário.

Que os resultados possam somar-se aos dados e argumentações que instituições públicas, universidades, organizações privadas e sociedade civil vem agregando ao longo de décadas, objetivando um serviço de saúde público adequado, eficiente e eficaz.

1.1 Objetivo

Avaliar instrumentos de gerenciamento e verificar aspectos administrativos e procedimentos de gestão em saúde pública, pela sua funcionalidade, considerando sua operacionalização sob contrato de prestação de serviço público de saúde entre uma

Organização Social e o Estado.

Especificamente:

- 1- Identificar aspectos quantitativos e qualitativos percebidos pelos usuários de um ambulatório de especialidades no contexto das estratégias gerenciais adotadas na unidade de saúde;
- 2- Caracterizar o significado de bom atendimento, da perspectiva dos sujeitos envolvidos no serviço;
- 3- Caracterizar a importância das medidas administrativas na forma de indicadores objetiva e subjetivamente identificados.

1.2 Delimitação do objeto de estudo

O estudo está circunscrito a um Ambulatório de Especialidades seus processos administrativos de atendimento ao público e a percepção dos processos por parte da população usuária.

O gerenciamento realizado por uma OSS - Organização Social de Saúde pode gerar aspectos administrativos muito típicos de empresas privadas, não afastando o Estado de sua posição de gestor principal, especificamente quanto à busca de resultados, qualificação do atendimento clínico, qualificação de atendimento operacional, enfim, melhora de rendimento.

O atendimento operacional, importante quesito administrativo para a satisfação do usuário, será avaliado nesse estudo no sentido de se estabelecer às mediações entre o que é estrategicamente operacionalizado e o que é realmente percebido pelo cidadão.

1.3 Relevância do estudo

Saraiva (2000, p.59) enfatizou que há a necessidade de uma perspectiva organizacional pública mais voltada para satisfação das necessidades do cidadão.

Conforto (1997) coloca em suas palavras as condições que podem propulsionar a necessidade de mudanças organizacionais do sistema público de saúde.

Num mundo que conseguiu avanços profundos nos campos da informação e da tecnologia, desponta uma população diversa, ciosa do exercício da cidadania, de participação social, tolhida por um megaparelho de Estado que ainda toma a si a responsabilidade de deter, controlar, produzir distribuir,

manter e reproduzir os bens em uma sociedade tecnológico complexa e diversificada, sem que alcance sucesso em seus propósitos. (CONFORTO,1997, p.217)

O Ministério da Saúde objetiva padronizar o atendimento ao público em suas instituições, para isso criou o Comitê Técnico do Projeto Padrões de Qualidade – CTPP que estabelece normas, desenvolve treinamentos e apoio técnico para que seja adotada em nível nacional melhores práticas no atendimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O estudo indica estratégias gerenciais que podem ser adotadas para os serviços públicos de saúde e também estabelece ligações diretas entre o funcionamento organizacional e a qualificação do atendimento nesses estabelecimentos.

1.4 Questões a serem respondidas

Como fatores organizacionais tais como clima, estrutura, planejamento, estratégias, podem refletir na satisfação do cidadão usuário do serviço público de saúde?

Entre as medidas organizacionais adotadas para o melhor atendimento, quais são mais percebidas pelo usuário do serviço de saúde?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualização histórica

O movimento mundial para otimização de serviços públicos de saúde, já completa algumas décadas. Em setembro de 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde, surgiu um manifesto de democratização da saúde chamado Declaração de Alma-Ata. Esse documento veio substanciar discussões sobre saúde ocorrida no continente Americano e teve importância histórica, tanto pela representatividade dos países participantes como pelo valor da proposta preconizada.

A declaração de Alma-Ata foi adotada mundialmente como manifesto histórico da justiça social. Os objetivos expressos foram:

- Promover o conceito de atenção primária de saúde em todos países;
- Intercambiar experiências e informações acerca da organização da atenção primária de saúde no marco de sistemas e serviços nacionais de saúde completos;
- Avaliar a situação da saúde e assistência sanitária em todo o mundo, uma vez que guardam relações e podem ser melhoradas com atenção primária de saúde;
- Definir os princípios da atenção primária de saúde assim como os meios operativos que permitam superar os problemas práticos que obstaculizem o desenvolvimento da atenção primária de saúde;
- Definir a função dos governos e das organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e a ajuda para o desenvolvimento da atenção primária de saúde;
- Formular recomendações para o desenvolvimento da atenção primária de saúde.

A atenção primária de saúde é conceituada na Declaração de Alma-Ata, que caracteriza essa modalidade de serviço de saúde como meio prático para pôr a assistência de saúde indispensável ao alcance de todos indivíduos.

Em 1979, o Brasil manifesta sua adesão aos conceitos da Declaração de Alma-Ata em documento elaborado pelo Conselho Executivo da OMS, conhecido como “A Formulação de Estratégias com vistas a alcançar saúde para todos no ano 2000”.

A propositura do objetivo “saúde para todos no ano 2000” teve por base a análise da saúde como um fator intersetorial promotor do desenvolvimento sócio-econômico “(REZENDE, 1989, p.108). A saúde para todos preconiza a equidade de

distribuição de recursos da saúde, do setor público e setor privado, para garantir que os menos favorecidos da comunidade possam se beneficiar desses serviços.

Esse fato respondeu a uma acentuada necessidade de reestruturação do sistema público brasileiro de assistência à saúde, que já era percebido desde 1945, em um contexto político que via o Estado como realizador central. Instalou-se então, um consenso sobre a necessidade de aumento dos serviços de saúde e também a idéia de que esses serviços seriam mais efetivos se fossem fornecidos pelo Estado (CONFORTO, 1997, p.219). A partir dos anos 70, a crise da Previdência Social e as pressões de uma sociedade sem opções para obter assistência médica, colocam o assunto em pauta na agenda governamental (JUNQUEIRA, 1987, p.52).

Permeado pelo ideal de equidade, esse momento agrega à saúde brasileira o conceito de atenção primária, que consiste em ser o ponto de encontro entre o indivíduo e o sistema de saúde. Nesse nível de serviço são detectadas necessidades essenciais de uma determinada população ou indivíduo e são ativados atendimentos simplificados, usando recursos locais. A demanda para o atendimento básico é grande devido às características de abrangência geral dos atendimentos (REZENDE, 1989, p.109).

O Estado brasileiro busca um novo modelo de assistência integral à saúde, que privilegia a integração, regionalização e hierarquização dos serviços. (JUNQUEIRA, 1987, p.52). Essas mudanças firmaram-se a partir de 1988, por ocasião da formulação da Constituição Brasileira. (BRASIL, 1988).

De fato, a ampliação do acesso aos direitos sociais ocorreu com a constituição de 1988 : a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, foi estendida à população em geral, embora com alguma variação quanto ao conjunto de benefícios a serem cobertos. (COHN, 2003, p.55).

A regulamentação do atual sistema de saúde do Brasil foi estabelecida pela lei nº 8080 de 19 de setembro 1990, quando foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, essa lei e a lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, formam os alicerces legislativos da saúde no Brasil. Essas leis dispõem sobre condições para promoção, proteção, recuperação da saúde, organização, funcionamento e participação da comunidade na gestão do SUS. Importante salientar que a lei orgânica de saúde ratifica a impossibilidade de se dicotomizar ações preventivas e ações curativas.

A legislação do SUS propôs-se a organizar um sistema de saúde de boa operacionalização, ampla participação e fácil verificação. Essa estrutura demanda uma

extensa relação entre setores, sistemas de verificação e outros itens que transformam o SUS em um setor complexo do Estado brasileiro.

Como resultado da instalação de todos os sistemas, o SUS oferece um serviço de saúde que não consegue atingir níveis de excelência operacional. Que convive com as críticas da população usuária ou é alvo constante de avaliação da mídia. Estabelecendo assim uma depreciação da imagem do sistema sob a avaliação popular.

Grande parte da ineficiência na prestação dos serviços públicos resulta da postura governamental centralizadora em todos processos e que se concentra mais em operar do que qualificar (CONFORTO, 1997, p.222).

Um plano de melhoria do sistema de saúde, foi instituído pelo Governo do Estado de São Paulo, por meio da lei complementar n. 846 de 4 de junho de 1998. Esta lei dispõe sobre a celebração de contrato de prestação de serviços públicos de saúde entre as OS – Organizações Sociais e o Estado.

As Organizações Sociais são instituições sem fins lucrativos e de comprovado compromisso público, que passaram desde então, a operacionalizar os recursos públicos sob a ação fiscalizadora e reguladora do Estado. (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1998)

A OSS – Organização Social de Saúde, termo usado para definir as OS que possuem contrato na área de saúde, possuem características que as diferenciam dos modelos anteriores de gestão pública. Apesar de sua relação íntima com as demais unidades de saúde, respeitando o princípio de integralização do SUS, as instituições de saúde regidas por esse modelo criam novas perspectivas para o serviço público de saúde.

2.2 Processos do SUS

Um sistema de nível nacional como o SUS não pode ser operacionalizado e controlado sem uma extensa organização de setores, responsabilidades e hierarquizações. Como todo sistema, o SUS requer um sequenciamento de tarefas e que produzam resultado dentro de uma estrutura pré-dimensionada.

A formulação do SUS criou algumas diretrizes como universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização que dão base de sustentação para todo o funcionamento do sistema seja em questões operacionais ou culturais.

A UNIVERSALIDADE do SUS garante o atendimento em saúde para todos sem distinções, sem ônus financeiro e de acordo com a necessidade do cidadão. (IDEC, 2003, p.12)

A INTEGRALIDADE garante o atendimento à pessoa como um todo, a todas as necessidades do indivíduo e para a sua comunidade. (IDEC, 2003, p.12)

A EQUIDADE garante o oferecimento de serviços de saúde de forma equilibrada dentro da diversidade socio-econômica brasileira. (IDEC, 2003, p. 12)

O desenho estrutural do SUS, caracterizado por regionalização, hierarquização e integração, tem precedente em São Paulo com o Programa Metropolitano de Saúde que criaram coordenadorias que integram hospitais, ambulatórios e unidades básicas de saúde (JUNQUEIRA, 1987, p.54). Uma maneira usual de se pensar a respeito da organização do Sistema de Saúde é a de diferenciar os serviços por grau de incorporação de tecnologia ou grau de capacitação dos recursos humanos de nível universitário (COHN, 2003, p.66).

Antes de determinar quais processos estariam a cargo de cada instância governamental, federal, estadual e municipal, a lei determina quais são os processos primários para o planejamento, operação e controle desse sistema.

Os processos primários do SUS são:

- Formulação de políticas de saúde;
- Planejamento e coordenação;
- Execução;
- Monitoramento;
- Resultado, impacto e benefícios;
- Processos gerenciais;
- Todos processos ligados de forma direta ao processo de acompanhamento e avaliação.

2.3 Regionalização

Quanto à execução dos processos demandados pelo SUS, são atores do sistema de saúde os municípios, os estados e a federação. Cada processo pode ser realizado por um ou mais atores deste sistema, como ilustra a Figura 1 (PRADO, 2003)

Federal	Estadual	Municipal	Ferramentas / instrumentos
Formulação	Formulação	Formulação	Agenda estadual
Regulamentação	Regulamentação complementar	Regulamentação complementar	NOAS
Repasse de recursos	Repasse de investimentos	Investimentos	Transferências
Controle e avaliação	Macroprogramação	Programação de assistência e demais ações	Programação assist. Ambulatório. Hospital
Idem	Idem	Prestação de serviço	Definição de prioridades assist. referencias
Idem	Regulação e controle	Regulação e controle	Central de regulação controle e avaliação auditoria

Figura 1 – Relação entre processos e seus executores (PRADO, 2003)

A regionalização e hierarquização que integram a federação os estados e municípios, permitem a especificação de responsabilidades assim como o relacionamento entre as instâncias, conforme rege a lei nº 8080 de 1990 (BRASIL,1990) em seu título II capítulo IV.

As atribuições podem estar delegadas ao mesmo tempo às três instâncias cabendo então o critério de abrangência para cada uma. A Figura 2 pode demonstrar tal relação.

AÇÃO	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Formulação de políticas de saúde e planejamento	* * *	* * *	* * *
Planejamento do sistema regionalizado	* *	* * *	* *
Realização de investimentos e adoção de projetos voltados para redução de desigualdades	* * *	* * *	* * *
Normalização e elaboração de instrumentos técnicos de apoio ao planejamento e gestão	* * *	* * *	* / * *
Cooperação técnica e financeira	* * *	* * *	- / *
Gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde	*	*	* * *
Controle e avaliação dos sistemas de saúde.	* * *	* * *	* * *
Controle e avaliação dos serviços públicos e privados.	*	* *	* * *

Legenda:

- nenhuma responsabilidade

* baixa responsabilidade

* * média responsabilidade

* * * alta responsabilidade

Obs. A presença de duas variáveis indica dependência de condições específicas como tamanho do município e outros.

Figura 2 – Atribuições e grau de responsabilidade dos gestores de saúde (Prado, 2003)

2.3.1 Governo federal

O Governo Federal tem participação em quase todos processos do SUS, ocupando uma posição mais generalista. Verbos imperativos como formular, definir, participar, promover, elaborar e outros compõem o texto legislativo que define a área de

abrangência do governo federal. Da esfera federal exclui-se, por exemplo, o gerenciamento da execução do serviço de saúde. Tal processo fica sob a responsabilidade do sítio mais próximo ao acontecimento que é o próprio município. Ações importantes dentro do sistema, como o planejamento financeiro em todo território nacional, são de competência do Ministério da Saúde.

2.3.2 Governo estadual

O governo estadual assume uma posição intermediária na gestão de saúde. Tem a responsabilidade de cuidar para que se processe a execução e desenvolvimento da saúde nos municípios, a lei 8080 cita “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde”.

A ligação operacional entre a federação e os serviços de referência nacional também é de responsabilidade do governo estadual. Controles epidemiológicos e elaboração de normativos para desenvolvimento de políticas públicas são de responsabilidade do Estado em trabalho conjunto com a federação.

2.3.3 Governo municipal

O município regula as ações de saúde dentro de sua jurisdição. Todo conjunto de instituições de saúde pública do município é gerenciado pelo mesmo. Ações de saúde como elaboração de estratégias e atividades, sejam elas de forma isolada ou em consórcios intermunicipais, dar execução aos insumos e equipamentos em nível municipal, controle de atividade de agressões ao meio ambiente que tenham repercussões à saúde humana assim como o controle de ambientes de trabalho.

O município caracteriza-se, pela lei, como um executor e controlador das ações em seus limites geográficos gerando soluções em conjunto com o governo estadual.

2.4 Hierarquização e integração

Os pilares da operacionalização do SUS são a regionalização, hierarquização e integração que define níveis de atuação demandados por níveis de complexidade de atendimento em saúde.

O nível básico é constituído pelas chamadas UBS – Unidades Básicas de Saúde que executarão atendimentos com objetivo de oferecer auxílio essencial e imediato às necessidades individuais e sociais da região sob sua abrangência. As atividades em saúde poderão ser a nível curativo ou preventivo.

Unidades de saúde básica que são acionadas durante a execução de programas que respondem sobre controle epidemiológico e sanitário, como exemplo vacinações.

O nível de atividade intermediária, conta com recursos materiais e humanos mais especializados, visando dar resolução aos problemas que requeiram atenção direcionada clinicamente, como por exemplo, ambulatório de especialidades.

Esse nível tem a responsabilidade de interligar-se com dois níveis, um anterior, o básico e outro superior o central.

A nível central encontra-se os grandes centros hospitalares a exemplo do Hospital das Clínicas de São Paulo. Estes hospitais, estrategicamente locados, tem a capacidade de atender a necessidades clínicas de alta complexidade assim como estão equipados para oferecer atenção básica de saúde, porém em uma escala bem menor que a unidade básica. Conforme Figura 3.



Figura 3 – Níveis de atendimento á saúde. Ambulatório de especialidades, São Paulo 2003

2.5 Tipos de unidade de saúde

Como todo sistema, a saúde contém várias partes com estrutura e funções

definidas. O sucesso do objetivo depende desta organização, que respeita os quesitos de hierarquia e regionalização. Em 1990 as unidades de saúde foram definidas como, posto de saúde, centro de saúde, ambulatório de especialidades, unidade mista, hospital local, hospital regional, hospital especializado e hospital de base. (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, 1990)

2.5.1 Posto de saúde

É uma unidade de saúde que presta assistência a uma população determinada, estimada em até 2.000 habitantes, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento. Essa unidade não dispõe necessariamente de profissionais de nível superior no seu quadro permanente, sendo a assistência prestada por profissionais de nível médio ou elementar. Ela conta com o apoio do centro de saúde de sua região.

Desenvolve comumente atividades voltadas para a orientação nas áreas de alimentação, nutrição, materno-infantil, tratamento de agravos simples, imunizações, educação para a saúde, fornecimento de medicamentos padronizados, colheita de material para exame de laboratório, vigilância epidemiológica e ações de saneamento elementar relacionadas com a água, destino adequado dos dejetos e lixo. Eventualmente, poder ser incluída consulta médica, por médico generalista, com periodicidade determinada de acordo com a necessidade. Trabalha com técnicas curativistas e preventivas.

2.5.2 Centro de saúde

É a unidade destinada a prestar assistência à saúde a uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. O dimensionamento físico e complexidade podem variar de acordo com necessidades do local onde esta instalado. Pode ser agrupado em três tipos:

Tipo 1 - Atende agrupamentos populacionais entre 2.000 e 5.000 habitantes. As atividades desenvolvidas são as mesmas descritas para o postos de saúde, acrescidas da consulta médica permanente, exames de laboratório na sua estrutura física, situação em que deve dispor de unidade laboratorial estrategicamente localizada.

Tipo 2 - Atende agrupamentos populacionais entre 5.000 e 15.000 habitantes. As atividades desenvolvidas nesses centros de saúde deverão contar com recursos de

diagnóstico e tratamento de maior complexidade tecnológica que as desenvolvidas no centro de saúde de tipo 1.

Tipo 3 - Atende agrupamentos populacionais entre 15.000 e 30.000 habitantes. As atividades desenvolvidas nesses centros de saúde serão as mesmas do tipo 2, acrescidas do atendimento a áreas definidas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Os centros de saúde poderão supervisionar os postos de saúde de sua área de abrangência. Dependendo das características locais, de apoio de referência, os centros de saúde poderão contar com atendimento de urgência, nas 24 horas e leitos de observação.

2.5.3 Ambulatório de especialidades

Esses estabelecimentos de saúde serão instalados em agrupamentos populacionais superiores a 30.000 habitantes e desenvolverão atividades nas áreas médicas definidas através do perfil epidemiológico e recursos existentes em cada região. Essa unidade de saúde terá relação direta com as demais unidades do sistema para prestar apoio terapêutico e diagnóstico, por este motivo possui um perfil específico quanto à tecnologia e recursos humanos. Os ambulatórios de especialidades estarão preparados para atendimentos eletivos e de complexidade média.

2.5.4 Unidade mista

É um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à saúde, em regime ambulatorial desenvolvidas no centro de saúde que a integra e nos centros da rede de serviços da área delimitada.

O componente de internação é concebido para atender as especialidades médicas básicas e dar cobertura ao atendimento de urgência do próprio estabelecimento e àqueles referidos da área delimitada. A unidade mista, como estabelecimentos hospitalar, dever contar com toda a infra-estrutura necessária para sua operação. Como apoio diagnóstico dever contar com laboratório de patologia clínica e radiodiagnóstico.

Ela dever ser programada para agrupamentos populacionais de pequeno porte que não ultrapassem o número de 15.000 habitantes.

Esse tipo de unidade é um estabelecimento a ser utilizado especialmente em regiões onde a referência centro de saúde/hospital local ou regional é difícil ou onerosa, representando o apoio à rede de serviços, sob a coordenação do centro de saúde ao qual está vinculada.

2.5.5 Hospital local

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica em regime de internação e urgência, nas especialidades médicas básicas, para uma população de área geográfica determinada. Para os municípios com agrupamentos com mais de 20.000 habitantes, o hospital local será a primeira referência de internação. As unidades de internação desse estabelecimento são dimensionadas para atender as especialidades básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica). Os pacientes referidos dos centros de saúde de sua área delimitada, bem como oferecer cobertura ao atendimento de emergência da mesma área. Outras especialidades médicas poderão ser desenvolvidas no hospital local de acordo com peculiaridades do quadro epidemiológico local, porém devem ser consideradas as limitações do nível de complexidade dos serviços oferecidos por esse tipo de unidade de saúde.

2.5.6 Hospital regional

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica em regime de internação e emergência nas especialidades médicas básicas, associadas àquelas consideradas estratégicas e necessárias para sua área de abrangência.

2.5.7 Hospital especializado

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica em uma só especialidade em regime de internação e emergência, aos pacientes referidos dos estabelecimentos de menor complexidade. O hospital especializado funciona como o hospital de base na sua especialidade.

2.5.8 Hospital macroregional ou hospital de base

É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica especializada de alto grau de complexidade, em regime de internação, aos pacientes referidos das áreas de menor complexidade do sistema.

Assim forma-se a rede de unidades de saúde a disposição de nossa saúde pública.

Cada unidade de saúde caracteriza-se por um tipo de rotina, mas todas recebem cidadãos a sua porta precisando de um serviço que o Estado oferece e, antes de se alcançar o referido serviço esse cidadão passa pelo atendimento ao usuário, que

atualmente é motivo de queixa por parte da população.

Os anos de sucessão de serviços de saúde oferecidos à população brasileira não foram suficientes para gerar um amadurecimento gerencial quanto à aplicação de conceitos de qualidade de atendimento antes da consulta ou tratamento. O que se conhece é um paradigma negativo sobre como cada brasileiro é recebido em serviços de saúde. Diversos são os fatores depreciadores do serviço de saúde, excesso de atendimento, estrutura inadequada, falta de equipamento, uma sociedade desestimulada a participar do controle do funcionamento desse sistema, o Estado desacostumado a ter seus atos controlados e outros. Esse estudo escapa da análise do conteúdo passado e focaliza-se no entendimento de quais fatores são percebidos pela população usuária desse serviço, para que assim possa ser traçado um plano gerencial público muito mais próximo das técnicas atuais que movimentam a qualidade de serviços privados.

A tentativa de aproximar a satisfação do cidadão com o serviço de saúde que a ele é garantido por Constituição, demanda mudanças organizacionais que possam melhorar os processos que envolvem a chegada, encaminhamento, marcação de data enfim, todas as tarefas que são disponibilizadas para o usuário. A organização como um todo deve ter em seu funcionamento traços dessa meta organizacional. E em todos aspectos, sejam eles culturais, de clima, estruturais, estratégicos, tudo deve ter tangência com esse objetivo a ser alcançado, movimentando todo o contingente humano, tecnológico e operacional.

2.6 Organização e saúde

Organização é um arranjo sistemático de duas ou mais pessoas que cumprem papéis formais e compartilham um propósito definido e comum. (ROBBINS, 2001)

O sistema de saúde brasileiro traz a sensação de ineficácia aos seus usuários. Junqueira (1987, p.54), traça uma explicação, sob a ótica organizacional, para o baixo rendimento das instituições de saúde.

O tamanho e complexidade das organizações públicas, que possuem elevados graus de formalização e de centralização, nem sempre têm lhes permitido responder às demandas da sociedade em que o ritmo das mudanças é rápido.(JUNQUEIRA, 1987, p.54).

Princípios administrativos determinam que toda organização deve conceder atenção ao seu rendimento. Sua sobrevivência depende de ações que consigam reagir

de forma rápida e flexível às mudanças do meio em que está inserida. Conforme descrito por Junqueira (1987, p.54), estratégias e estruturas transformam os serviços de saúde em organizações que não conseguem ter um rendimento administrativo suficiente para que se consiga proporcionar atendimento satisfatório, tanto qualitativo quanto quantitativamente, à população brasileira. Estruturas engessadas trazem dificuldades para que se tenha um serviço clínico totalmente desvinculado dos problemas que atingem as unidades de saúde.

Mezomo (1994) cita, que a saúde no Brasil deveria ser repensada em seu sistema, sua estrutura e seus processos buscando a eficácia necessária. Sobre a necessidade de mudança, Saraiva (2000, p.73) cita que um fator que gera muita resistência é o fator humano, os funcionários públicos ignoram ou não estimulam a sua própria capacidade de desenvolvimento a ponto de terem receio em trabalhar em um contexto mais flexível ou sem o uso de manuais.

Alguns fatores culturais e organizacionais são responsáveis pelo funcionamento restrito que hoje se apresenta no serviço público de saúde.

Pode-se citar a centralização do governo federal que é responsável por definir as prioridades e diretrizes do sistema de saúde, restando pouca autonomia para Estados e Municípios, criando assim um distanciamento entre as necessidades reais e os programas e sistemas de atendimento projetados. Especialistas afirmam que 80% dos problemas de saúde seriam resolvidos pelo atendimento da rede básica, atendimento primário, mas o que se observa é a criação de uma estrutura de atendimento complexa, com alto investimento tecnológico e sem integração com uma fraca integração com os demais estabelecimentos (COHN, 2003, p. 42).

Outra característica que torna-se evidente é a formatação do serviço voltado ao engessamento das potencialidades humanas. A falta de estímulo, a falta de relação com metas e outros, acabam criando uma organização tradicionalista e incapaz de reagir de forma adequada ao meio. Acabar com o mito de que o poder reside nos manuais e reconhecer que o aprimoramento está nas pessoas que operam o sistema é condição primordial para implementação de uma operação moderna, eficiente e eficaz.

2.6.1 Estrutura organizacional

Uma estrutura organizacional define como são formalmente divididas, agrupadas e coordenadas as tarefas dos cargos de uma organização (ROBBINS, 2001).

A estruturação de uma organização compreende agrupar e dispor recursos humanos e materiais para alcançar um rendimento. Alguns modelos de estruturação são já bem conhecidos e aplicados. Modelos funcionais, onde a estrutura baseia-se principalmente na cadeia de comando e as relações operacionais são verticalizadas. Estruturas matriciais onde existe verticalização, mas sua característica principal é a relação horizontal objetivando produção de um projeto ou produto, vários grupos ou equipes podem estar interagindo sob fusões de comando. Modelos neurais, citado por Almeida (1995, p. 46), onde as organizações reproduzem o funcionamento do cérebro humano, buscando distribuição de informação e autonomia das unidades produtoras.

Para que se tenha um bom resultado das estruturações ativadas ou canceladas alguns fatores devem ser analisados. Estes fatores estão contidos dentro do próprio histórico da organização, tais como, especialização de trabalho, departamentalização, cadeia de comando etc.

Especialização de trabalho. Esse método de trabalho teve seu auge nos anos 40, quando a maioria dos cargos fabris eram altamente específicos. Na especialização rege o princípio de que um trabalho não deve ser realizado por apenas um indivíduo, e sim em etapas onde cada indivíduo cumpre uma parte. Nas instituições de saúde, a especialização do trabalho é observada na forma de especialização clínica onde diversos profissionais são recrutados para trabalhar em um paciente, objetivando resolução de aspectos específicos da doença que se enfrenta. O contingente administrativo, em sua maioria, trabalha em regime não complementar, onde cada trabalhador executa uma tarefa que deverá ser finalizada por ele mesmo.

A departamentalização consiste basicamente na definição de quem trabalha com quem. Assim cria-se grupos de trabalho que tenham afinidades produtivas. A forma mais comum de se estabelecer um departamento é por funcionalidade, porém podemos ter um processo de departamentalização por produto, por questões geográficas, por processo, por cliente e outros. Instituições de saúde e departamentos tem uma grande afinidade. Não há como funcionar um sistema de saúde sem termos essas divisões, que obedecem a critérios de divisão por doenças ou até por anatomia. Os profissionais administrativos normalmente são divididos por produto.

A cadeia de comando estabelece uma ordenação de autoridade que está bem clara da parte mais superior da organização até a inferior ou plano de comandados. Essa linha é sustentada pela autoridade que se refere a direitos gerenciais que um indivíduo

possui para definir tarefas e esperar que elas sejam cumpridas. A autoridade é exercida dentro de uma margem de controle que é a abrangência que o poder de comando pode atingir. O comando pode ser unificado a apenas um indivíduo, caracterizando uma organização centralizada ou pode ser diluído em todo o nível principal de gestores, caracterizando uma organização descentralizada. No sistema de saúde a cadeia de comando funciona respeitando fortemente questões de cultura organizacional. Um exemplo a ser citado é o paradigma do médico, que é aceito culturalmente como líder de equipe.

Independente do grau de centralização ou níveis de comando a organização sofre diferentes graus de padronização em seus processos, as chamadas formalizações. E elas são necessárias para se estabelecer rotinas ou metas organizacionais. O grau de formalização do SUS é grande, assim como é evidente a centralização desse sistema. Estas características tem sua origem no contexto político e social de nosso país. A estrutura verticalizada do SUS reflete-se nas unidades de saúde que responde a esse sistema. Unidades de saúde são operadas com dificuldade para gerar soluções e pouca autonomia. A flexibilidade e a rápida reação estão relacionadas com estruturas organizacionais diferentes, tais como estruturas matriciais.

A estrutura organizacional de uma unidade de saúde deve ser regida por princípios como simplicidade, flexibilidade, racionalidade, facilidade de comunicação, (BITTAR, 1994, p.83). Estruturas matriciais tem demonstrado boa aplicabilidade para se conter o crescimento horizontal de uma organização (BITTAR, 1994, p.84). Alguns fatores positivos que são desencadeados pela aplicação da estrutura matricial aplicar-se-ia bem contra as dificuldades que o setor de saúde apresenta. Tais como:

- Redução de tempo e custo de projetos;

- Potencial para conduzir várias atividades ou ações ao mesmo tempo;

- Envolvimento do gerente com as metas alcançadas;

- Exposição de potenciais ou deficiências gerenciais que permitem real verificação.

De modo geral, o SUS necessita adequação constante para que se possa garantir a manutenção de uma estrutura tão grandiosa e ramificada. Mas toda adequação requer mudança que não se restringe ao círculo apenas estrutural, se faz necessário também mudança de conceituação e comportamento, ou seja, mudanças culturais.

2.6.2 Clima organizacional

O clima de uma empresa faz parte da cultura organizacional que é o conjunto das certezas tácitas aprendidas e compartilhadas nas quais as pessoas baseiam seu comportamento diário (SCHEIN, 2001, p.39). Segundo Schein (2001) ao se estudar cultura organizacional, pode-se inicialmente ter-se uma impressão muito superficial. Essa aparente simplicidade que reveste e oculta fenômenos complexos, que confunde a maioria dos pesquisadores, também é citada por Fleury (1996, p.15).

Schein (2001, p.40) aponta os traços significativos da cultura organizacional, o que o autor chama de facetas básicas da cultura:

Profundidade – A cultura é um fenômeno complexo que exerce muito mais controle do que é controlada.

Amplitude – Quando um grupo aprendeu a trabalhar junto estabeleceu-se uma rede de significados e conhecimentos adquiridos a partir das relações com situações ou pessoas. A compreensão dessa rede não é possível em sua totalidade.

Estabilidade – A natureza humana leva-nos a procura de estabilização e correções de situações caóticas.

A idade da organização pode influenciar a cultura. Essa característica é explicada pelo fato da cultura ser o meio de identidade do grupo. Uma organização jovem demonstra a tentativa de estabilizar e proliferar a cultura. Uma organização de meia idade tem características de transição onde os valores novos tentam ganhar espaço e valores antigos, quando inadequados, vão sendo descartados. A organização antiga tem sua cultura já consolidada, não sofrendo evolução e com isso gera um processo de engessamento cultural, onde a organização agarra-se a princípios vencedores do seu passado (SCHEIN, 2001, p.27).

Para Fleury (1996, p.19) a cultura organizacional é uma rede de concepções, normas e valores, que são tomadas por certas que permanecem submersas a vida organizacional e para criá-la e mantê-la os valores devem ser afirmados e comunicados dentro do grupo de uma forma tangível. Os indivíduos percebem que existe correspondência entre significados por ele atribuídos os significados atribuídos pelo grupo, isto é existe um compartilhamento sobre a realidade que envolve o grupo todo. Uma característica importante desse processo é a produção de sinais ou signos, para atribuir significações. O grupo permanece envolvido em uma linguagem semântica

bem confortável a ele, que delimita uma zona de relacionamento que é legitimada por meio de normativos ou rituais.

Rituais presentes na cultura organizacional (BEYER E HARRINSON in FLEURY, 1996, P.19):

- Rito de passagem: demonstrado nos processos de introdução a organização.
- Rito de degradação: presente nos processo de demissão.
- Ritos de confirmação: os treinamentos ou seminários corporativos.
- Ritos de reprodução: atividades de desenvolvimento organizacional.
- Ritos de redução de conflito: negociações coletivas.
- Ritos de integração: festas comemorativas.

Fleury (1996, p.20) em concordância com Schein (2001), os participantes de um grupo podem aprender a cultura organizacional em vários níveis. O primeiro é em nível de artefatos visíveis, que expõem, de maneira enganosa, o comportamento do grupo na arquitetura, na forma de vestir, nos objetos do ambiente, e outros. O segundo nível é o de valores que governam o comportamento das pessoas, que reporta o resultado de idealizações e racionalizações formalizadas pelos membros do grupo. O terceiro, pressupostos inconscientes, reflete o que os membros do grupo percebem sentem e pensam, permeados pelo comportamento compartilhado. Conforme ilustrado por Fleury (1996).

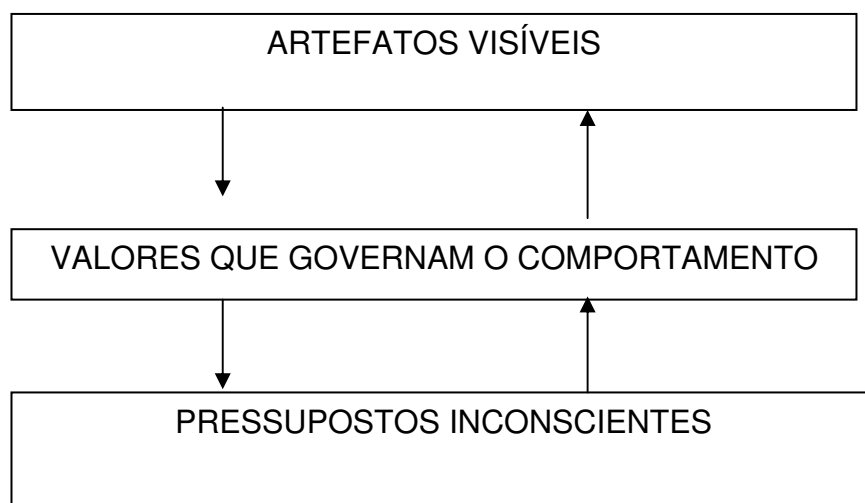


Figura 4 - Níveis de aprendizado da cultura organizacional (FLEURY, 1996)

O gerenciamento da cultura organizacional é possível, implica em dar manutenção aos valores e comportamentos assumidos. O uso de seminários ou outras atividades em grupo é eficaz para esse objetivo. Porém, para que esse gerenciamento tenha sucesso será necessário conhecer a cultura. Fleury (1996, p.23) sugere caminhos para o desenvolvimento de estudo para a identificação de valores da cultura local. :

- História da organização. Consiste em recuperar o momento da criação da organização, para que se tenha acesso ao contexto sócio econômico correlacionado, assim como o perfil do(s) fundador(es). O fundador é um importante personagem na definição da cultura, ele inseriu os princípios da cultura que serão perpetuados.
- Processo de socialização de novos membros. Os momentos de sociabilização são os momentos em que a cultura é transmitida ou perpetuada.
- Políticas de recurso humanos. A medida de relacionamento laboral entre a organização e seu empregado permite interpretações de padrões culturais existentes no grupo.
- Processo de comunicação. O mapeamento dos processos de comunicação permite identificar os relacionamentos entre categorias, capacidades gerenciais, níveis de comando e outros.
- Organização dos processos de trabalho. Dividido em tecnologia e social o gerenciamento da força de trabalho traça as relações de poder na organização assim como as relações políticas do grupo.

Para Robbins (2001) a cultura organizacional é um sistema de significados compartilhados pelos membros de uma organização que se distingue das mesmas atribuições de uma outra organização. A cultura organizacional está estabelecida em comportamentos ou atitudes de uma organização e possui sete características básicas:

- Inovação e ousadia: Grau de incentivo que os funcionários recebem para ser arrojado, correrem riscos e serem inovadores.
- Atenção ao detalhe: Grau em que se espera que o funcionário seja atento a detalhes, seja preciso.
- Busca de resultado: Grau em que a organização se concentra mais em resultados do que processos

- Concentração nas pessoas: Grau de preocupação com os efeitos da administração sobre as pessoas.
- Orientação para equipe: Orientação dos trabalhos mais para o coletivo do que para o individual.
- Agressividade: competitividade dos funcionários.
- Estabilidade: Manutenção do *status quo* em detrimento do crescimento organizacional.

Contextualizada na política, sociologia, psicologia, tecnologia e outros, a cultura organizacional é a somatória de todas as certezas compartilhadas e tidas como corretas que um grupo aprendeu e utiliza para sua sobrevivência. Engloba todas as manifestações de relação entre os seres humanos assim como a sua relação com o ambiente. Está presente em todos os lugares de uma organização onde haja convivência em grupo. Os elementos culturais são determinantes para definição das características operacionais de uma organização (SCHEIN, 2001, p.29). Ao se refletir sobre a afirmativa de Schein, percebe-se que toda tentativa de compreensão de um fenômeno organizacional deve passar pela investigação dos valores culturais.

No SUS, um regime centralizador e pouco qualificador, que resulta do contexto de sua criação e sua manutenção, gera poucas expectativas em relação à resolução de problemas crônicos do sistema e diminuição da motivação dos servidores. Um indicador desse fenômeno é o resultado da pesquisa de Saraiva (2000) que aponta o distanciamento entre os funcionários públicos e o seu objetivo de servir a população.

2.6.3 Estratégia organizacional

O ambiente em constante modificação gera uma resposta também instável, a tentativa permanente de adequação com o meio, chamada estratégia, que pode ser a nível interno e externo. As estratégias internas geram ações mais coerentes com o meio ambiente. E também esforçam-se em alterar o ambiente para que a organização possa suportá-lo, (ROBBINS, 2001).

A complexidade do sistema de saúde somada a necessidade de velocidade de resolução, demanda uma estrutura Estatal que consiga ser ágil nas decisões e objetiva nas realizações (CONFORTO, 1987, p.217). Gonçalves (1998, p.82) aponta o uso de tecnologia de processamento de informações como sendo uma ferramenta útil para a

melhora no gerenciamento de saúde, gerando melhores condições de planejamento e execução.

Rêgo (2001, p. 12) atribui grande importância para o planejamento estratégico nos serviços de saúde. Essa medida gera referenciais qualitativos ou quantitativos para que se aplique alterações que resultem em melhora de eficiência e eficácia.

Uma das estratégias classicamente utilizadas é a motivação que, por meio de diversas técnicas reanima potenciais nos colaboradores envolvidos. A motivação é um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos, que incentiva um indivíduo a realizar tarefas em busca da realização de suas necessidades. As necessidades podem ir de um nível mais fisiológico até necessidades mais aprimoradas intelectualmente.

Fisiológicas : fome, sede abrigo.

Segurança: estabilidade, segurança contra danos físicos;

Associação: interação social;

Estima: amor próprio, autonomia;

Auto-realização; crescimento, realização de potencial pessoal.

A estrutura organizacional pode ser desenhada visando o incremento de qualidade de atendimento. Conceitos pertinentes à teoria organizacional podem servir para alavancar o bom atendimento.(URDAN, 1995)

Conforto (1997, p.217) intenciona uma nova postura gerencial que, em superação a tradicional, apresenta-se receptivo à possibilidade de transformação, cooperativo e descentralizado.

Apesar de existir uma percepção de necessidade de mudança, como foi averiguado por Saraiva (2000, p.73), o serviço público de saúde carece de uma política estratégica que consiga assumir de fato uma postura organizacional crescente e flexível. A relação com o público, tão simples e óbvia em serviços privados, apresenta dificuldades de funcionamento no serviço público de saúde.

Saraiva (2000, p.75) cita que apesar das organizações públicas usarem como modelo as privadas, não é possível transferir os conceitos vigentes no setor privado para o público.

A distância entre a administração pública e o estilo privado de busca de rendimento explica o quadro insatisfatório já apresentado. O modelo privado não poderia realmente encaixar a um organização que já tem histórico desenvolvido de forma complexa quanto aos controles, pouco objetiva quanto a objetivos e meios e

principalmente com pouca agilidade. Mas algumas estratégias oriundas do setor privado podem sofrer adaptações para que sejam ativadas em unidades de saúde. Entre elas a questão do atendimento qualificado.

2.7 Atendimento público

Atendimento administrativo ou operacional é o ponto de contato entre o fornecedor do serviço de saúde e o usuário. Este estreito momento traz uma imagem bastante desgastada.

“Muitas vezes os profissionais não estão preparados para atender bem a população, sem contar que as condições de trabalho e de remuneração são geralmente ruins” (IDEC, 2003, p.16)

As reclamações quanto ao mau trato, indisposição em ajudar e tempo infinitos em filas, já são bem conhecidos pela população usuária de serviços de saúde. A mídia divulga diariamente as impressões populares sobre esse tão difícil momento. Por vezes a dignidade humana é desafiada colocando o cidadão brasileiro em situações que só podem gerar vergonha.

A população deve ser absorvida como parte do sistema, com ênfase sobre a questão que cada parte da organização pode e deve contribuir para qualidade do serviço, (CONFORTO, 1997, p.220).

As unidades prestadoras de serviços de saúde devem concentrar-se no usuário, minimizando a possibilidade de transformar-se em uma organização engessada e pouco capaz. A disposição de reação ao mercado aproxima o serviço e produto do usuário, que é o avaliador da qualidade e eficácia (SARAIVA, 2000, p.64).

Saraiva (2000, p.64) cita que a satisfação com o atendimento é resultado de um processo dinâmico de avaliação do produto e dos meios de produção. A capacidade de atender bem é fundamental para a sobrevivência das instituições públicas, que atuam no setor de saúde com baixa eficácia e desintegradas. Como citado por Junqueira (1987) necessitam ter suas práticas e estratégias reordenadas para uma melhora da qualidade dos serviços prestados.

O atendimento público é prejudicado pela falta de flexibilidade dos operadores na busca de alinhamento com normas e procedimento pré estabelecidos. Rêgo (2001) cita a necessidade de aprimoramento do atendimento como resposta às alterações ocorridas no mercado de prestação de serviço.

Ao discutir sobre atividades públicas, a pesquisa de Saraiva (2000, p.71) aponta que 40% dos funcionários de serviço público entrevistados não concordam que o valor norteador das atividades públicas seja o benefício ao consumidor. Essa visão acaba por demonstrar como o servidor é envolvido no característica egocêntrica da instituição pública.

Gronroos (apud URDAN, 1995, p. 58) define serviço como uma atividade mais ou menos intangível que ocorre a partir da interação entre o usuário e o recurso material ou humano usado pelo prestador. A qualidade desse serviço é o resultado da comparação entre expectativa do usuário e a qualidade experimentada. Quanto a sua dimensão a qualidade pode ser técnica ou funcional. A dimensão técnica relaciona-se aos elementos tangíveis do serviço adquirido, o consumidor consegue quantificar. A dimensão funcional está associada a elementos derivados do seu relacionamento com o prestador, características como grau de cortesia, disponibilidade, atenção, conhecimento técnico, aparência física, forma de comunicação e outros. As duas dimensões estão correlacionadas produzindo o conceito de qualidade.

Parasuraman, (apud URDAN, 1995, p.59) descrevem seu modelo de qualidade sistematizado pelo conceito de lacunas. Segundo os autores, algumas deficiências, chamadas por eles de lacunas, podem influenciar a qualidade percebida pelo usuário. A lacuna 1 refere-se à diferença entre a expectativa do cliente e a percepção da gerência sobre essa expectativa. A lacuna 2 refere-se à diferença entre a percepção da gerência em relação à qualidade e as especificações de qualidade. A lacuna 3 refere-se à diferença de padrões de qualidade de serviço e à qualidade do serviço prestado. A lacuna 4 refere-se à diferença entre o serviço produzido e entregue e as comunicações externas da empresa para seus clientes.

Na busca de otimização de setores de atendimento, Urdan (1995, p.66) faz proposições sobre estruturas organizacionais para setores de atendimento:

1º: Participação do cliente no processo de produção e entrega de serviços. Aumenta o grau de incerteza das tarefas realizadas pelas áreas de atendimento tendo como consequência maior autonomia, agilidade e flexibilidade no atendimento das necessidades dos usuários.

2º : A qualidade percebida deve aumentar com a redução da especialização do trabalho dos funcionários de atendimento.

3º: A descentralização vertical do trabalho diminuiu a diferença entre os padrões de qualidade de serviço e o serviço efetivamente produzido.

4º : A formalização do comportamento deve reduzir o estresse do funcionário causado por ambigüidade de papéis.

5º: A formalização do comportamento por meio de normas e procedimentos.

6º: A gerência deve enfatizar o treinamento e socialização do funcionário.

7º: A ênfase na socialização diminui o estresse do funcionário resultante do conflito entre necessidade de observar os procedimentos e atender as demandas do cliente.

8º: O agrupamento das posições individuais e unidades que constituem as áreas de atendimento e retaguarda devem propiciar aumento da qualidade percebida.

9º: Melhora no fluxo de comunicações entre o núcleo operacional e o ápice estratégico, aprimora a percepção da gerência a respeito das expectativas e necessidades do cliente.

10º: Sistemas de controle de desempenho baseados em metas e objetivos.

11º: A fixação de padrões de controle deve contemplar tanto a dimensão técnica quanto a dimensão funcional.

12º: Envolvimento dos funcionários de atendimento no processo de planejamento dos padrões para controle.

13º: Agrupamento e ligação laterais entre bases operacionais.

As características principais expostas por Urdan (1995, p.66) são descentralização, participação do usuário, planejamento coletivo, diminuição do engessamento normativo e aproximação da gerência. Tópicos que vem merecendo cada vez mais atenção por parte dos gerenciadores de serviços de atendimento e que criam na atualidade uma tendência organizacional.

No ano de 2000 o presidente da República Federativa do Brasil definiu diretrizes normativas para que se estabeleça padrões de qualidade no atendimento prestados pelos órgãos e pelas entidades da administração pública federal que atendem cidadãos, (BRASIL, 2000). O comitê técnico do projeto padrões de qualidade do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo critérios de atendimento que sejam de conhecimento da instituição fornecedora do serviço e do cidadão usuário, procurando ater-se a aspectos como atenção, cordialidade, tratamento dispensado ao usuário, tempo de espera,

mecanismos de comunicação, sistemas de sinalização etc., (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Esses movimentos legislativos e executivos federais demonstram a importância que adequações relativamente simples podem ter dentro de uma prestação de serviço público que busca melhoria.

O atendimento, ferramenta de interação entre o fornecedor e o consumidor, tem resultado direto sobre a satisfação e avaliação do serviço ou produto.. Esse desafio é vencido apenas preservando-se a eficácia e eficiência e ao mesmo tempo inserindo mudanças. Tal enfoque baseia-se em pontos como qualificação do serviço e, acessibilidade que só são tangíveis se houver garantia de participação do próprio consumidor do serviço. A aceitação da participação do usuário, requer mudança em valores culturais como a capacidade de absorver críticas e transformá-las em novos meio de operação.

3 MÉTODOS

A pesquisa usou a forma descritiva para realizar um estudo de caso circunscrito ao Ambulatório de Especialidades. Investigando a percepção do atendimento operacional, no primeiro momento foram coletados dados provenientes dos usuários do serviço de saúde. Os dados foram avaliados qualitativamente, identificando-se as opiniões alinhadas e descrevendo-as. A partir da descrição das percepções de atendimento, o estudo estabeleceu as relações entre os dados coletados e as estratégias organizacionais adotadas.

3.1 Universo e amostra

O objeto de estudo é o atendimento ao público e os processos administrativos que precedem a boa consecução dessa atividade.

3.1.1 Ambulatório de especialidades

O ambiente de pesquisa foi um ambulatório de especialidades, anexo de um Hospital Geral pertencente a uma Organização Social de Saúde da capital paulista. Localizado na zona sul de São Paulo, com uma abrangência de 680.000 Hab, nas subprefeituras de Capela do Socorro e Parelheiros. ANEXO A

O ambulatório destina-se a dar suporte técnico e tecnológico para as unidades básicas de saúde da região. Atualmente a região conta com 19 unidades básicas de saúde que se relacionam com esse ambulatório em um sistema de referência e contra referência. Esse sistema de ida e volta prevê que o paciente originalmente deve ser atendido na UBS – unidade básica de saúde e caso haja necessidade deve ser encaminhado ao ambulatório de especialidade para execução de uma primeira consulta. O ambulatório procede o recebimento do paciente (primeira consulta) e inicia tratamento que normalmente demanda consultas subseqüentes (retorno) e exames. A necessidade clínica vai definir quantas consultas, quantos exames e quanto tempo esse paciente deverá ficar sob os cuidados dessa unidade especializada. A alta ambulatorial acontece quando o quadro tiver condições de voltar a receber o acompanhamento na UBS ou o paciente recebe alta do tratamento, o que significa cura ou controle da doença.

O atendimento público desse ambulatório atualmente executa 2938 procedimentos terapêuticos e diagnósticos e 2289 consultas por mês (março/2003). Levando em consideração que a demanda em saúde é constante, um problema operacional na hierarquização desses encaminhamentos, como a diminuição de rendimento das UBS por falta de recursos técnicos, pode levar a uma sobrecarga do sistema seguinte (especializado). Dessa forma o ambulatório de especialidades está relacionado com duas fases, a superior que consiste em alta complexidade, e a inferior que são as UBS e ambas devem estar funcionando bem para que não haja falha no rendimento do ambulatório.

A cidade de Taubaté, localizada no Vale do Paraíba e que atualmente com 244.165 habitantes, possui um ARE – ambulatório regional de especialidades. Essa unidade de saúde, que operacionalmente correlaciona-se ao ambulatório estudado, possui uma abrangência de 955.000 habitantes em 27 municípios.

3.1.2 Usuários

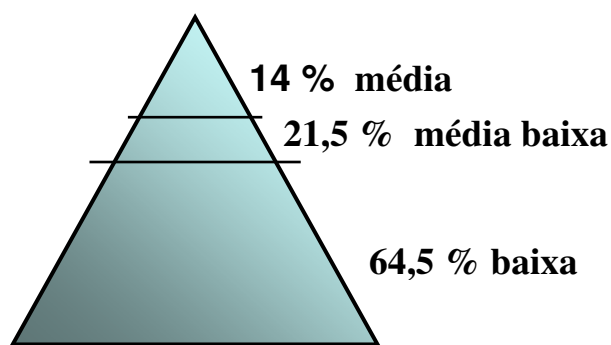
Os usuários do Ambulatório são cidadãos moradores da zona sul da capital paulista, com nível sócio econômico baixo em sua maioria. Para se obter um primeiro conceito sobre a condição sócio econômica da população alvo da pesquisa, buscou-se informações no banco de dados eletrônico do ambulatório.

Todos os usuários são cadastrados durante os processos de atendimento, suas informações pessoais são armazenadas. Durante a formulação do cadastro pessoal, o usuário é questionado sobre sua condição sócio econômica. A questão é formulada como segue:

“O senhor(a) considera-se de qual classe econômica ?”

A questão abre opções fechadas de respostas e aquilo que é declarado pelo usuário vai para o arquivo eletrônico.

O resultado da pesquisa é mostrado na Figura 5, onde pode-se ver o predomínio de classe social baixa com 64,5% das declarações.



Opções apresentadas: Baixa, Média baixa, Média, Média alta, Alta

Figura 5 - Classe Sócio Econômica declarada pelo paciente. Ambulatório de Especialidades, São Paulo 2003

Esta população é usuária do sistema público de saúde e são encaminhados para o ambulatório de especialidades por meio de agendamento telefônico realizado pela unidade básica de saúde mais próxima de sua residência.

3.1.3 Estrutura organizacional do ambulatório

A estrutura adotada para o funcionamento desse ambulatório é a funcional operando matricialmente em alguns segmentos, como informática, compras e outros.

O recurso humano do ambulatório de especialidades é composto por dois grupos: administrativo e clínico. O corpo administrativo, que soma 25 funcionários, gerência, assistente administrativo, auxiliares administrativos, analistas de suportes técnicos, auxiliares de manutenção, copeira, auxiliar de almoxarifado, orientador de público, operador de atendimento se responsabilizam pelo funcionamento dos processos administrativos que por consequência dão garantia à atividade clínica. O corpo clínico, composto por 40 funcionários entre gerentes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêutico, auxiliar de farmácia, técnicos, são responsáveis pela produção de atendimentos clínicos.

Quanto ao sexo o grupo administrativo se divide em 9 homens e 16 mulheres, o grupo clínico é formado por 10 homens e 30 mulheres.

O nível de escolaridade aponta predominância de universitários que representam 65% dos funcionários. Para o grupo administrativo 13 são universitários, 9 nível médio e 3 indivíduos cursam o primeiro grau. O corpo clínico não possui integrante com escolaridade em nível de primeiro grau, o total é formado por 29 indivíduos de nível

superior e 21 de nível médio.

A gerência do ambulatório é dividida em gerência administrativa e gerência clínica. A gerência administrativa é responsável pela operação dos setores que contenham os processos burocráticos de suporte à atuação médica, tais como, recepção, arquivo, almoxarifado e outros. A gerência clínica é responsável tecnicamente pelas equipes médicas e de enfermagem, também atua no planejamento operacional.

Cada grupo, administrativo e o clínico, tem sua relação operacional com um dos gerentes, mas para que se tenha resolução rápida de problemas todos colaboradores tem acesso aos dois gerentes. A ligação pode acontecer por meio de interfaces, que no caso da equipe clínica é feito por uma enfermeira e no caso administrativo por meio de uma assistente administrativa, ou pode ser em linha direta com a gerência. A segunda alternativa normalmente acontece informalmente e quando é necessária intervenção imediata. A cadeia de comando também apresenta separações, não obrigatoriamente respeitadas devido a eventualidades que, como já dito, necessitam ações imediatas.

É dentro do quadro administrativo que encontram-se os funcionários que são linha de frente no que se refere a atendimento operacional, são eles :

- Orientadores de público.

Para melhor acolhimento, os pacientes são atendidos pelos orientadores de público. Funcionários que facilitam o fluxo dentro do prédio, realizam triagem encaminhando os usuários para os respectivos processos.

- Operadores de atendimento telefônico.

Por meio de uma central de atendimento telefônico, esses operadores relacionam-se com os usuários e unidades de saúde respondendo à dúvidas e realizando agendamento.

- Auxiliares administrativos.

Distribuídos em tarefas de atendimento em recepção, arquivo e apoio ao atendimento da recepção os auxiliares administrativos operam terminais de computador em todas tarefas a serem desenvolvidas. Na recepção estão em contato com o público para gerarem cadastro, confirmarem consultas, exames e agendar futuros retornos de pacientes. O arquivo contém processos que são a fase terminal da burocracia que envolve consultas e exames.

3.1.4 Clima organizacional do ambulatório

Durante o processo de implementação do ambulatório todos funcionários que

tem relação com público participaram de treinamento onde foram discutidas a importância da condução cordial e eficaz do atendimento. Os funcionários foram orientados a estarem sempre a disposição de solucionar problemas e tratar os usuários com cordialidade. Essas condutas foram assimiladas informalmente e aderiram à operacionalização do ambulatório. Segundo afirmativa da assistente social do ambulatório, relatos espontâneos de usuários demonstram boa aceitação do tratamento oferecido.

O nível universitário da maioria dos funcionários contribuíram para a assimilação de propostas de qualificação de atendimento. As necessidades sociais, percepção de perfil de usuário, e outros itens que são necessários para produção de um trabalho dedicado e direcionado foram vencidos de forma rápida por aqueles funcionários que de uma forma ou de outra já haviam tido contato com esses temas de forma acadêmica.

O propósito do colaborador em atender bem pode estar relacionada a diversos fatores, como:

- Boa resposta afetiva dos pacientes;
- Condicionamento moral do funcionário;
- Associação entre bom atendimento e bom rendimento operacional do ambulatório;
- Realização profissional;
- Reconhecimento do paciente como alguém em situação carente;

Essas formulações conceituais podem ser percebidas nos relatos que foram colhidos dos colaboradores ao responderem a questão “ Por que você atende bem o nossos pacientes ?”, como segue :

Em primeiro lugar, porque me considero uma pessoa bem educada e quando os pacientes ligam aqui, o mínimo que podemos oferecer é tratá-los com respeito e educação validando assim o objetivo do ambulatório de especialidades... que é de servir como modelo de bom atendimento.(S.C. A.L. – operadora de atendimento telefônico).

Para o bom desempenho do ambulatório, para corresponder a aquilo que se espera do nosso trabalho. Porque estamos aqui para isso. Porque fomos contratados para atender bem.(C.C.S. – operadora de atendimento telefônico).

Em primeiro lugar porque é o atendimento que eu gostaria de receber, tento

me colocar no lugar do paciente para lhe proporcionar um atendimento personalizado para suprir todas as suas duvidas. E a partir desta maneira de atendimento. Sempre se colocar no lugar de quem se está atendendo é a melhor forma. E o fim acaba sendo gratificante, pois se percebe a satisfação de quem está sendo atendido.(L.H.R. - operador de atendimento telefônico).

Por que eu gosto do que faço, gosto de ficar no telefone e de ajudar as pessoas, com informações, orientar, o ambiente de trabalho ajuda muito, pessoas alegres e contentes com o seu trabalho passam segurança para que você obtenha resultados positivos. Sempre procurando melhorar o atendimento, como fazer com que o paciente fique satisfeito com o nosso trabalho.(M.T.O. – operadora de atendimento telefônico).

Primeiramente se eu estivesse no lugar do mesmo gostaria de ser bem atendido; quando o paciente nos liga a mesmo esta passando por problemas de saúde, e geralmente está cansado de ser mal atendido em outras unidades. Por isso busco sempre dar um atendimento diferenciado, pois procuro mostrar que nós se preocupamos com a sua saúde e com o seu bem estar.(I.B.S – operador de atendimento telefônico).

Porque faz parte da minha profissão, tenho que procurar atender da melhor forma possível, ou seja, passar boas informações para que o paciente fique satisfeito pelo bom atendimento.(A.D.A. –operadora de atendimento telefônico).

Acho que o primordial em nossa vida é a saúde. Quando algum paciente chega até nós é porque realmente necessita de cuidados. O paciente não precisa de mal trato ele precisa de alguém que o ajude e incentive em tratamento!

Devemos cuidar bem dos pacientes, como se fosse o nosso último dever de cidadãos. Só assim, estaremos exercendo nossa cidadania. (D.S.A. – orientadora de Publico).

Em primeiro lugar se deve fazer com amor depois porque todos merecem respeito e atenção. E eu pergunto gostaria de ser maltratada? – E também faço porque eu gosto. (M.C.S.C. – orientadora de Publico).

O bom tratamento ao paciente é algo muito importante. Pois além de receber

o serviço prestado ele tem o direito por lei de receber um atendimento atencioso e respeitoso. (A.T. – orientador de Público).

Porque trato os pacientes com a atenção, o respeito e o carinho que gosto que tratem os meus familiares quando vão a algum lugar. OBS: A pessoa não tem culpa dos nossos problemas, por isso não devemos descontar nelas. (C.C. – Auxiliar de Farmácia).

Porque todas as pessoas devem ser tratadas com carinho, atenção e respeito (F.O.G. – Farmacêutica).

Eu acho que o bom atendimento se faz necessário de uma maneira geral, ou seja, qualquer que seja a situação, tratar o próximo com respeito, cortesia e qualidade e o mínimo que se faz uma pessoa que precisa de sua ajuda. (A.O.S –Aux. Administrativo).

Uma boa qualidade de atendimento, faz parte de uma boa educação. Temos que dar o que exigimos dos outros (respeito)! (S.M. –Aux. Administrativo).

Trato bem nossos pacientes, porque em geral são pessoas doentes que ficam mais carentes de atenção, mas independente de paciente ou não trato bem a todos, pois na verdade somos todos iguais. (C.A.R.M. - Aux. Administrativo).

Eu atendo bem os pacientes porque eles já estão carentes em sua saúde e um pouco de atenção, compreensão, paciência e educação são o mínimo que eu posso fazer antes de sua consulta. O atendimento que faço é o mesmo que eu gostaria de receber.(A.G.C.N. – Aux. Administrativo).

Particularmente eu tenho a consciência de que ao atender bem o paciente, eu tenho contribuído para o bem do paciente e conseqüentemente uma melhora no atendimento. Eu sei que o paciente necessita do tratamento e além do que o paciente é amparado por lei para receber um tratamento digno e respeitoso. É meu dever. Claro que se todos que trabalham nesta área tivesse esta mentalidade. Provavelmente a saúde publica seria muito melhor.(E.F.B. – Aux. Administrativo).

Porque gosto do que faço.(R.S.B – Aux. Administrativo).

Além do dever de ajudar ao próximo, um atendimento respeitoso e simpático é bem recebido pelo paciente e o faz tratar o ambulatório da mesma forma, por serem pessoas doentes, este bom atendimento auxilia na continuação do tratamento, impedindo as faltas.(M.R. – Aux. Administrativo).

Porque eu atendo os pacientes, como eu gostaria de ser atendida. Com respeito ao paciente.(L.Q.F. -Aux. Administrativo).

Em primeiro lugar, porque trabalho com amor, ou seja, foi a profissão que eu escolhi e gosto do que faço. Em segundo porque somos um espelho, temos que atender as pessoas da mesma forma como gostaríamos de ser atendidas (C.F.R.S. – assistente social).

3.1.5 Processos organizacionais do ambulatório

As estratégias organizacionais do ambulatório foram planejadas para que o atendimento ao cidadão pudesse sair do paradigma da desqualificação, que é presente entre a população usuária do sistema público de saúde.

- Busca de agilidade:

A agilidade de atendimento é um resultado almejado pelos processos administrativos que precedem a chegada do paciente ao consultório. Recepção e fluxo de documentação são realizados com o uso de informática que garante menor tempo para gerar documentos necessários. O transporte dos papéis de um setor a outro é realizado por orientadores de público que o fazem rapidamente.

- Uso de informática.

O projeto do ambulatório foi baseado no uso de informática, o atendimento, agendamento, relatórios e outros. Uma estrutura de hardware suporta os sistemas de software que operam diversos processos ao mesmo tempo. A informática presente em todos os setores contribuiu de forma definitiva para que todas as idealizações de agilidade e qualidade fossem possíveis.

-Todos agendamentos são feitos por telefone

Como já citado a estrutura do ambulatório esta fundamentada em recursos tecnológicos. O agendamento não foge a regra. Todo agendamento é feito por meio de uma central de

atendimento telefônico que realiza o processo direto no sistema de software que opera no ambulatório.

- O planejamento dos acessos facilita fluxo de pessoas.

A sinalizações em todo o prédio garantem uma boa orientação do paciente. O prédio tem uma concepção simples de dois pavimentos um no térreo e outro no primeiro andar, todos sinalizados quanto a direções e localização de especialidades.

3.2 Coleta de dados

As entrevistas aconteceram dentro das dependências do ambulatório. Os usuários foram convidados a responder mediante a explicação sobre do que se tratava a seqüência de perguntas. Todos as abordagens foram após o atendimento por completo do paciente, assim os usuários eram abordados na porta de saída.

A método de escolha dos participantes foi aleatório, não sendo negada a participação daqueles que perceberam a atividade e pediram para responder buscando registrar sua satisfação ou insatisfação por meio da pesquisa.

3.2.1 Questionário

O questionário aberto, aplicado aos usuários do ambulatório de especialidades, foi impresso em folha de papel tamanho A4 com face única. APÊNDICE A

O questionário apresentou duas fases distintas, uma abordando o perfil do usuário e em outra fase a captação das impressões sobre o funcionamento do ambulatório.

Para traçar-se o perfil do usuário entrevistado, perguntou-se o nome a idade, sexo, seu número de identificação no ambulatório, renda individual, nível de escolaridade.

A partir do item “tipo de procedimento no ambulatório” iniciou-se a captação de dados sobre a operação do ambulatório. As perguntas dessa fase buscaram investigar quais eram as impressões e observações a respeito dos diversos ambientes, processos e pessoas que constituem o ambulatório.

O tipo de procedimento no ambulatório e a identificação do serviço requerido buscaram identificar quais foram os motivos do cidadão estar usando o ambulatório.

Esse dado, assim como os dados de identificação, também orientou a pesquisa no que tange a diversidade de amostras.

O tempo de espera para os atendimentos, até a recepção e da recepção até o serviço requerido, traria um dado quantitativo sobre a permanência do indivíduo em áreas de aguardo. Esse indicativo poderia relacionar-se com as sensações subjetivas de satisfação.

Os processos foram questionados em momentos diversos, o agendamento, a confirmação na recepção, o preenchimento de documentações e a chamada para o seu atendimento clínico. O agendamento, processo realizado via telefone é realizado por uma unidade de saúde que inicialmente acolheu o usuário em um atendimento. Essa resposta daria a percepção sobre a relação com o sistema de saúde na fase pré-ambulatorial. A confirmação e o preenchimento de documentação realizada dentro da unidade em estudo, acontece em um setor de recepção onde o usuário, confirma o seu agendamento com os dados contidos na base de dados e o mesmo inicia processos de captação de cadastro ou documentações específica para a consulta ou exame. Os dados dessa questão poderiam elucidar qual é a percepção sobre o contato com os sistemas informatizados e RH dessa área. A chamada para o atendimento no serviço requerido avaliaria a relação com os gerenciadores de fila, sistemas eletrônicos de chamada formados por painéis que mostram o número do usuário a ser atendido e o local para onde ele deve se dirigir.

Quanto aos aspectos físicos, o questionário avaliaria a localização do ambulatório, seus dimensionamentos, a disposição e qualidade de mobiliário, a conservação, a limpeza e a tecnologia a disposição. Como no caso do agendamento, o questionamento sobre o acesso externo, daria a sensação do usuário sobre o posicionamento do ambulatório no bairro, assim como as relações do serviço de saúde, e outros quesitos sociais (urbanização e transporte). As respostas sobre os acessos internos mostraram dados sobre a arquitetura adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, rampas, escadas, corredores disposição de salas assim como as sinalizações adotadas pelo gestor. Conservação e limpeza revelariam não só o grau de eficiência dos produtos e pessoas envolvidas, mas também, e principalmente, o grau de importância e atenção prestada pelo usuário. Um ponto diferencial que o ambulatório estudado possui é a sua incrementação em tecnologia de informação. A questão sobre tecnologia buscou captar quais equipamentos são mais percebidos.

As pessoas que poderiam ter contato com o usuário são citadas no questionário, a fim de se coletar qual foi o grau de relação entre o cidadão e o funcionário.

As duas últimas questões da pesquisa buscavam captar as sugestões e a qualificação da satisfação do usuário.

3.3 Tamanho da amostra (n)

A frequência de usuários no ambulatório de especialidades foi observada entre os meses janeiro a junho de 2003 e variou conforme a Tabela 1.

Tabela 1-Frequência de usuários durante o primeiro semestre de 2003

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
USUÁRIOS	2410	3736	3494	4252	4487	5309

Quanto ao gênero, o cadastro de usuários mostrou que 32% são do sexo feminino e 68% são masculino.

Os dados de frequência e propósitos do serviço de atendimento ambulatorial apontaram para uma população de características infinitas, desencadeando o cálculo de amostra, desenvolvido no Dato de Administração da Universidade de Taubaté.

Considerando:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}{d^2}$$

Onde:

Z = 1,96 - Corresponde ao nível de confiança de 95% relacionado com a curva normal

\hat{p} = estimativa da verdadeira proporção de um dos níveis da variável escolhida. Quando

não temos condições de prever o valor de \hat{p} , admitimos o seu valor como 0,50, pois dessa forma, teremos o maior tamanho da amostra.

$$\hat{q} = 1 - \hat{p} = 0,50$$

d = erro amostra, ou seja é a máxima diferença suportada entre a verdadeira proporção da população (p) e a estimada (\hat{p}).

com d = 5%, ou seja, d = 0,05

Portanto:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{0,05^2} = 384$$

A amostra admitida para a investigação, cuja fonte são os usuários do ambulatório de especialidades, tem o valor de 384 (trezentos e oitenta e quatro) indivíduos.

3.4 Análise de dados

Os dados colhidos foram avaliados quantitativamente identificando-se o perfil das respostas e qualitativamente procurando o estabelecimento de opiniões sobre a percepção do usuário quanto aos processos administrativos. As informações resultantes das entrevistas foram tabuladas em planilha eletrônica tipo Microsoft Excel.

4 RESULTADOS

As 384 entrevistas foram realizadas durante o mês de outubro do ano de 2003. Todos os pacientes foram abordados dentro do ambiente do ambulatório de especialidades.

4.1 Caracterização da amostra

O perfil do usuário foi traçado a partir das primeiras informações contidas nas entrevistas. Consegue-se, por meio dessas respostas, estabelecer uma visão mais sólida sobre quem são as pessoas que o sistema de atendimento ambulatorial denomina como usuário. Dados como distribuição etária, renda financeira, escolaridade, outros.

As idades mostraram uma maior frequência na faixa que vai de 31 até 60 anos, com uma maior repetição dentro entre as idades de 51 a 60 anos. Essa frequência não variou dentro do gênero, dando indicativos de que é realmente a faixa etária mais cuidada pelo serviço pesquisado. A tabela 2 mostra o número de entrevistas realizadas em cada faixa etária.

Tabela 2 - frequência de entrevistas por faixa etária. Amb. de Especialidades. São Paulo, 2003

IDADES	MASC		FEM		TOTAL	PERC.
	freq.	perc.	freq.	perc.		
11 a 20	3	1%	5	1%	8	2%
21 a 30	6	2%	36	9%	42	11%
31 a 40	19	5%	58	15%	77	20%
41 a 50	27	7%	54	14%	81	21%
51 a 60	34	9%	60	16%	94	24%
61 a 70	17	4%	34	9%	51	13%
71 a 80	16	4%	11	3%	27	7%
81 acima	1	0,3%	3	1%	4	1%
total	123	32%	261	68%	384	100%

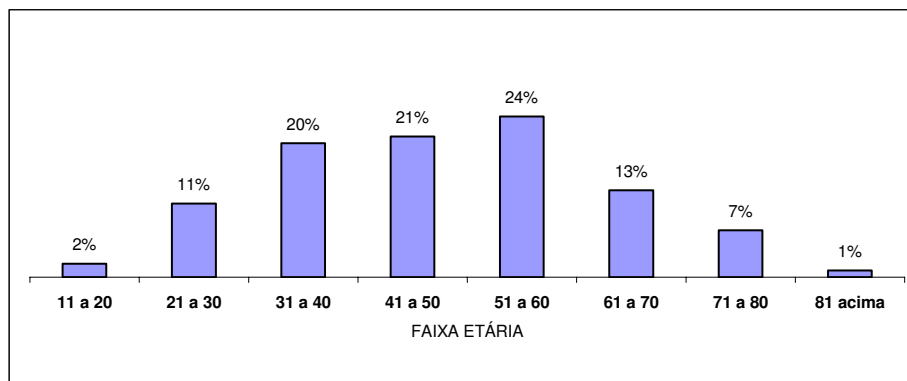


Figura 6 - Frequência de idades. Ambulatório de Especialidades, São Paulo 2003

A distribuição de gênero foi previamente estabelecida, respeitando-se a incidência verificada no banco de dados do ambulatório (ver cálculo de amostra). Após o cálculo da amostra estabeleceu-se a meta de 384 entrevistas, nas quais 123 seriam com homens e 361 com mulheres. Sendo assim, a proporção ficou em 32% masculino e 68% feminino, como mostra a Figura 6 .

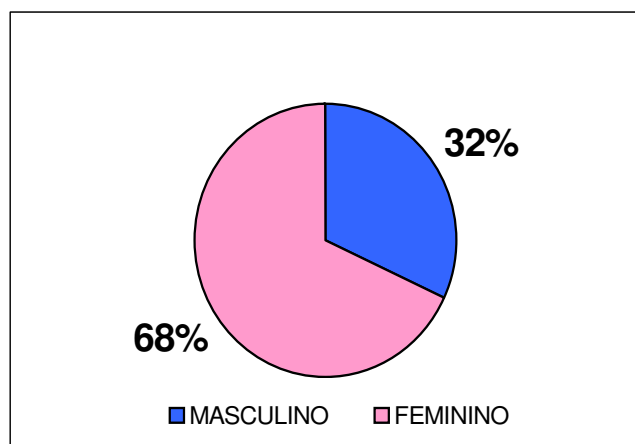


Figura 7 - Gênero. Ambulatório de Especialidades, São Paulo 2003

Em pesquisa realizada em banco de dados durante o projeto de pesquisa, percebeu-se que a grande maioria dos indivíduos atendidos no ambulatório considerava-se pobres, ou melhor, de classe baixa. Os resultados colhidos vieram confirmar essa informação: 50% dos entrevistados declararam receber menos que R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) por mês, o equivalente a um salário mínimo ou US\$ 81,91 (oitenta e um dólares e noventa e um centavos). A baixa renda individual por mês é um dos

fatores que indica a presença dos indivíduos no serviço público de saúde, considerando que na sociedade brasileira um rendimento maior sugere a opção de serviços de saúde privados, chamados planos de saúde.

Tabela 3 - Renda individual / mês. Amb. de especialidades. São Paulo, 2003

RENDA EM REAIS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
menos de 240	45	23%	148	77%	193	50%
241 a 480	24	26%	68	74%	92	24%
481 a 720	17	34%	33	66%	50	13%
720 a 960	10	63%	6	38%	16	4%
960 a 1200	9	69%	4	31%	13	3%
mais de 1200	18	90%	2	10%	20	5%
total	123	32%	261	68%	384	100%

n = 384

A Figura 8, usando os dados da tabela 6, ilustra a proporção entre as quantidades de indivíduos contidos em cada faixa de rendimento.

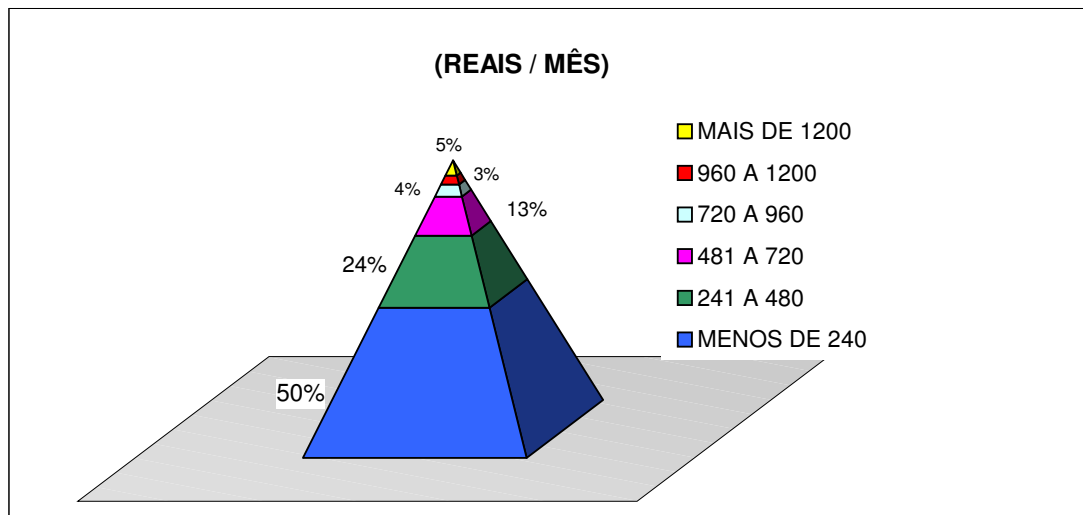


Figura 8- Renda individual mensal. Ambulatório de Especialidades, São Paulo 2003

A escolaridade dos entrevistados vem reafirmar o baixo nível educacional brasileiro. Diversos problemas sociais são apontados como sendo fruto do descaso com

a questão da educação no país. Dos 384 entrevistados, 242 tiveram contato com a escola e, por um motivo ou por outro, não continuaram. Foi registrada um total de 14% de indivíduos com ensino médio completo, número superior às escalas educacionais anteriores: médio incompleto e ensino fundamental completo.

Tabela 4 - Escolaridade. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

n = 384

ESCOLARIDADE	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
fundamental incompleto	71	18,5%	171	44,5%	242	63%
fundamental completo	11	2,9%	21	5,5%	32	8%
médio incompleto	13	3,4%	11	2,9%	24	6%
médio completo	17	4,4%	38	9,9%	55	14%
superior incompleto	2	0,5%	4	1,0%	6	2%
superior completo	1	0,3%	1	0,3%	2	1%
analfabeto	8	2,1%	15	3,9%	23	6%
total	123	32%	261	68%	384	100%

Vinte e três entrevistados declararam-se analfabetos, sendo 8 masculinos e 15 femininos. A Figura 9 mostra a comparação, em volume, entre os diversos níveis de escolaridade.

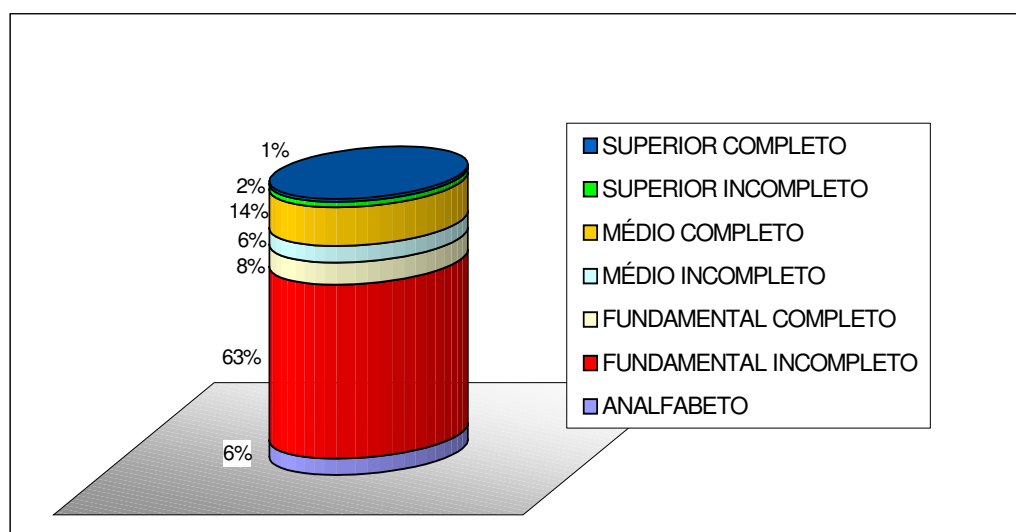


Figura 9-Escolaridade. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

4.2 Procedimentos ambulatoriais

Durante a coleta de dados, não houve qualquer programação em relação à escolha de procedência de pacientes, sendo assim o resultado se mostra completamente natural.

A tabela 5 mostra a distribuição de entrevistas e nela pode-se observar a acentuada presença do procedimento “retorno”, que representou 51% dos entrevistados. Esse fato pode ser explicado pelas características do ambulatório, cuja função fundamental é gerar consultas médicas para a população.

Tabela 5 - Motivo da busca ao ambulatório. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

SERVIÇO REQUISITADO	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
retorno	65	16,9%	130	33,9%	195	51%
1º consulta	39	10,2%	87	22,7%	126	33%
exame complementar	17	4,4%	34	8,9%	51	13%
laboratório	2	0,5%	10	2,6%	12	3%
total	123	32%	261	68%	384	100%

Na Figura 10, uma representação em radar das informações da Tabela 8, pode-se perceber o predomínio das consultas em relação a outros procedimentos.

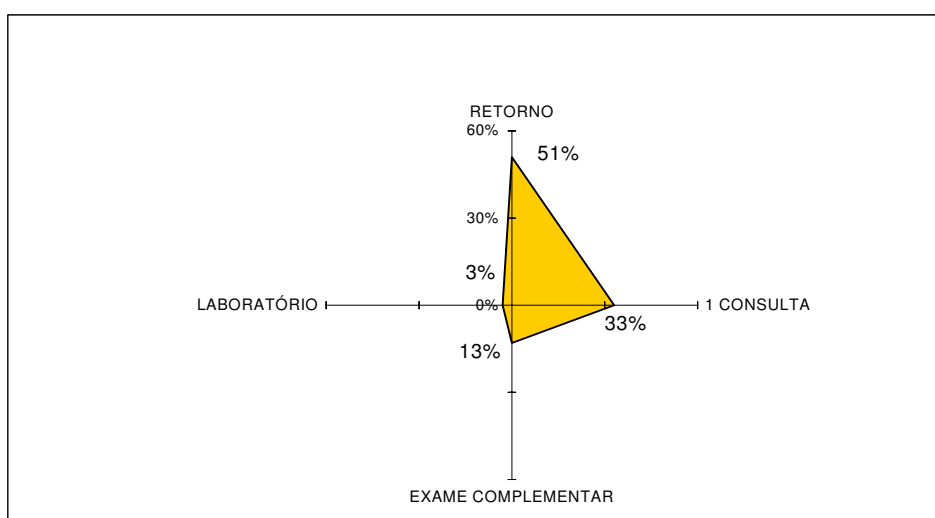


Figura 10 - Serviços procurados pelos entrevistados. Ambulatório de Especialidades. São Paulo 2003

A Tabela 6 mostra o grau de variedade que a pesquisa atingiu. Há ocorrência de entrevistados em todas as atividades do ambulatório.

Tabela 6 - Motivo de procura por serviços ambulatoriais. Amb. Especialidades. São Paulo, 2003

	n = 384			
	MASC	FEM	TOTAL	PERC.
alergia	2	14	16	4%
audiometria	1	5	6	2%
cardiologia	6	10	16	4%
densitometria	1	3	4	1%
ecocardiograma	2	1	3	1%
endoócrino	10	16	26	7%
fisioterapia	1	6	7	2%
gastroenterologia	13	30	43	11%
hematologia	9	6	15	4%
laboratório	2	11	13	3%
nefrologia	9	7	16	4%
neurologia	4	10	14	4%
oftalmologia	11	37	48	13%
ortóptica	1	4	5	1%
otorrinolaringologia	16	25	41	11%
pneumologia	15	15	30	8%
prova de função pulmonar	4	2	6	2%
psiquiatria	5	6	11	3%
reumatologia	3	25	28	7%
RX	3	4	7	2%
teste ergométrico	3	1	4	1%
ultra som	1	4	5	1,3%
eletrocardiograma		2	2	0,5%
endoscopia		4	4	1%
ginecologia e obstetrícia		2	2	0,5%
mamografia		5	5	1%
mastologia		4	4	1%
psicologia	1	1	2	0,5%
fonaudiologia		1	1	0,3%
total	123	261	384	100%

4.3 Tempo de atendimentos

Os relatos, nas entrelinhas das respostas quantitativas, apontam para um grau de satisfação em relação aos tempos de operação do ambulatório.

Os tempos do ambulatório foram avaliados em duas fases. A primeira quando o usuário espera o atendimento na recepção, onde realizará a sua solicitação. À frente da recepção instala-se a expectativa por saber se o propósito de sua vinda vai se confirmar. O ambiente ainda não é o desejado, mas se faz necessário o cumprimento de burocracia. Em entrevista citou-se: “não tem jeito, tem que esperar”. A segunda fase acontece

quando o usuário já tem seu serviço confirmado pela recepção e sua espera fundamenta-se no seu objetivo, citou –se: “... espero quanto for”.

Para o atendimento na recepção verificou-se que 57% dos pacientes que chegam ao ambulatório são atendidos dentro dos dez primeiros minutos. O tempo máximo para o atendimento na recepção foi de duas horas, onde foram registrados 3% dos casos.

Tabela 7- Tempo de atendimento na recepção. Amb. de Especialidades. São Paulo, 2003

MINUTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
0 a 10	69	18,0%	149	38,8%	218	57%
11 a 20	30	7,8%	56	14,6%	86	22%
21 a 30	14	3,6%	24	6,3%	38	10%
31 a 60	10	2,6%	19	4,9%	29	8%
61 a 120			13	3,4%	13	3%
total	123	32%	261	68%	384	100%

Os tempos registrados na recepção do ambulatório permitiram estabelecer uma lógica de atendimento. A Figura 11 mostra a progressão do atendimento do ambulatório. 57% dos usuários são atendidos em até 10 minutos, 79% foram atendidos até o 20º minuto, 89% aos 30 minutos e dentro 97% dos usuários são atendidos em até uma hora, 3% dos atendimentos esperam mais que uma hora.

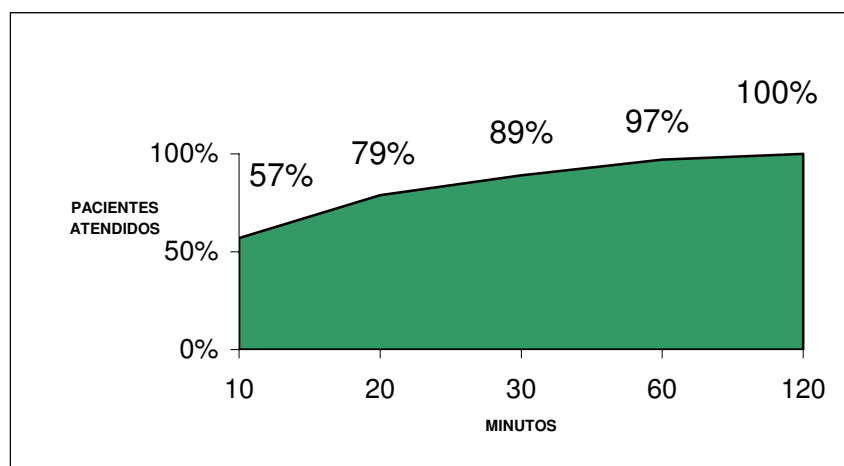


Figura 11- Progressão de atendimento do ambulatório. São Paulo 2003

Como citado, a espera pelo atendimento no serviço requerido tem características próprias. Seus tempos mostraram-se maiores que os tempos de espera na recepção. Essa relação superior em relação aos tempos de recepção se deve pela própria característica do momento, o usuário está aguardando o atendimento clínico de quem chegou a sua frente e esse tempo não sofre controle mecânico.

A frequência maior ficou dentro dos 30 minutos: 43% dos pacientes. Ocorrências insatisfatórias de espera com mais de 3 horas foram relatadas em 1% dos casos.

Tabela 8 - Tempo de aguardo para atendimento no serviço requerido. Amb. Especialidades. São Paulo, 2003

MINUTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
0 a 30	53	13,8%	114	29,7%	167	43%
31 a 60	34	8,9%	66	17,2%	100	26%
61 a 120	24	6,3%	55	14,3%	79	21%
120 a 180	9	2,3%	24	6,3%	33	9%
180 acima	3	0,8%	2	0,5%	5	1%
total	123	32%	261	68%	384	100%

As proporções de quantidades de pacientes e seus respectivos tempos de espera para o atendimento podem ser vista na Figura 12. Verifica-se que a frequência maior é para o tempo de 0 a 30 minutos.

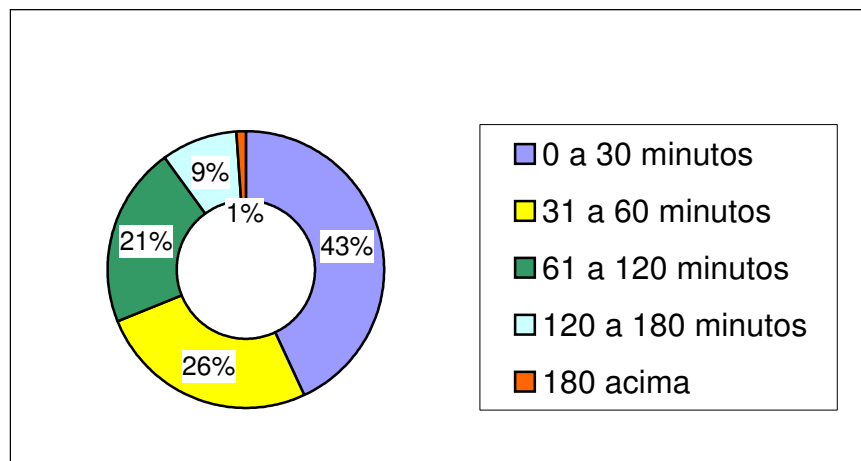


Figura 12 - Espera para o serviço requerido. Ambulatório de Especialidades. São Paulo 2003

4.4 Relação com os processos

Para melhor atender a população, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo determinou que os agendamentos fossem realizados pelas unidades que regionalmente estão próximas do paciente. Assim o paciente não possui controle sobre o agendamento, ele procura a unidade mais próxima de sua casa, certifica a necessidade de atendimento em especialidade e aguarda a resposta com data e horário de sua consulta. Na necessidade de retorno, o próprio ambulatório faz esse registro e comunica ao paciente quando houver data estipulada.

A Tabela 9 mostra a tabulação de respostas sobre os agendamentos, na qual pode-se verificar uma aceitação de 65,9% dos usuários contra 29% que consideram o sistema negativo. Dentro do conjunto de pacientes que aprovaram o sistema, não houve explicação sobre o que especificamente pode ser considerado positivo, as respostas foram simples. Os relatos negativos mostram um julgamento inespecífico, que pode ser explicado pelo pouco conhecimento do usuário sobre o sistema assumido. Ocorreram argumentações mais elaboradas como “demora, complicado e insistentemente”, que trazem a impressão sobre os aspectos de tempo.

Tabela 9 - Argumentações sobre o processo de agendamento. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
fácil	63	16,9%	127	34,1%	190	51%
difícil	13	3,5%	42	11,3%	55	15%
demora	11	3,0%	28	7,5%	39	10%
rápido	9	2,4%	26	7,0%	35	9%
bom	4	1,1%	11	3,0%	15	4%
pelo médico	4	1,1%	10	2,7%	14	4%
complicado	2	0,5%	5	1,3%	7	2%
muito difícil	2	0,5%	2	0,5%	4	1%
ótimo	2	0,5%	2	0,5%	4	1%
mais ou menos	2	0,5%		0,0%	2	1%
insistentemente	1	0,3%	1	0,3%	2	1%
não sabe	1	0,3%	1	0,3%	2	1%
razoável	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
ruim	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
gostei	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
total	117	31%	255	69%	372	100%
positiva	65,9%					
neutra	4,8%					
negativa	29,0%					

Confirmar na recepção significou para o entrevistado o momento em que ele entra na porta do ambulatório, recebe uma senha e é encaminhado para um setor de espera, para que seja chamado para o preenchimento de documentos na recepção. Situada na sala principal, a espera permitiu ao paciente verificar o funcionamento de diversos processos, tais como entrega de senha, verificação de documentos pela segurança, orientação de público.

As respostas colhidas deram uma aceitação de 96,5%. As respostas variaram entre argumentos simples até respostas mais direcionadas, como: “atende bem, educados”. Alguns dos argumentos positivos avaliaram a operação, processos e RH do ambulatório, tais como “apropriado, educados, organizados, melhor que outros e trabalho dedicado”.

As citações negativas equivaleram a 2,6% de todas as respostas. O que foi

percebido como negativo referiu-se ao tempo de espera do paciente, citando-se “demorado e cansativo”.

Os relatos mais elaborados trouxeram principalmente a visão generalizada da organização do ambulatório, o usuário não sabe exatamente onde e como foi feito, mas, aprova como segue:

“funcionários bons, super organizado”;

“todos gentis, organizado”;

“bem organizado, os idosos são atendidos primeiro!”;

Outro tipo de relato captado, também mais elaborado, dizem respeito à relação com a pessoa que representa determinado sistema operacional:

“percebe-se o trabalho dedicado”, “organizado pessoas educadas”.

Tabela 10 - Argumentos sobre o processo de confirmação na recepção. Amb. de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom	36	9,7%	47	12,7%	83	22%
organizado	14	3,8%	52	14,1%	66	18%
ótimo	16	4,3%	38	10,3%	54	15%
rápido	14	3,8%	29	7,8%	43	12%
atende bem	10	2,7%	13	3,5%	23	6%
sem problemas	4	1,1%	13	3,5%	17	5%
educados		0,0%	12	3,2%	12	3%
fácil	2	0,5%	9	2,4%	11	3%
legal	1	0,3%	8	2,2%	9	2%
excelente	3	0,8%	5	1,4%	8	2%
demorado		0,0%	8	2,2%	8	2%
gostei		0,0%	7	1,9%	7	2%
maravilhoso	1	0,3%	4	1,1%	5	1,4%
tudo certo	1	0,3%	2	0,5%	3	0,8%
favorável	1	0,3%	2	0,5%	3	0,8%
perfeito	2	0,5%		0,0%	2	0,5%
melhor que outros	2	0,5%		0,0%	2	0,5%
normal	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%
cansativo		0,0%	2	0,5%	2	0,5%
apropriado	2	0,5%		0,0%	2	0,5%
trabalho dedicado	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
serviço integrado	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
prático	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
mais ou menos	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
jóia	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
bem orientado	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
beleza	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
bacana	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
total	118	32%	252	68%	370	100%
positiva	96,5%					
neutra	0,8%					
negativa	2,7%					

O preenchimento de documentos é realizado na recepção. Nesse processo, o usuário fica na frente dos auxiliares administrativos e responde a questionamentos que são feitos, objetivando o preenchimento de cadastro eletrônico.

Os usuários relataram aprovação do processo com um índice de 97,6%. As respostas mais elaboradas referiram-se a questões interpessoais. O mérito dos auxiliares administrativos aparece em relatos como “bacana, atenciosos, educados e boa vontade”. A organização também foi percebida, como pode-se verificar em relatos do tipo: “rápido, bem organizado e eficiente”.

Os relatos negativos representaram 0,3% em uma referência sobre o tempo de espera.

As argumentações mais elaboradas apontaram para a satisfação em ser cordialmente atendida. A disposição em ajudar e a gentileza foram percebidas e comentadas, como segue:

“gostei do tratamento”, “são uns doces”, “são simpáticas”, “tratou muito bem, com delicadeza”, “excelente, educada”,

Tabela 11 - Argumentos sobre o processo de preenchimento de documentos.
Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
rápido	17	4,5%	69	18,1%	86	23%
bom	27	7,1%	42	11,0%	69	18%
educado	18	4,7%	38	9,9%	56	15%
bem atendido	11	2,9%	38	9,9%	49	13%
ótimo	9	2,4%	19	5,0%	28	7%
fácil	11	2,9%	15	3,9%	26	7%
atenciosos	7	1,8%	8	2,1%	15	4%
sem reclamação	1	0,3%	7	1,8%	8	2%
legal	3	0,8%	4	1,0%	7	2%
excelente	3	0,8%	3	0,8%	6	2%
bem organizado	2	0,5%	4	1,0%	6	2%
normal	1	0,3%	7	1,8%	8	2%
prático	2	0,5%		0,0%	2	0,5%
tranquilo	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%
boa vontade	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%
melhor que outros	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%
demorado		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
bacana		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
maravilhoso	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
nada negativo	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
sem burocracia	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
perfeito	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
gostei	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
tudo certo	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
eficiente		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
moderno	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
total	122	32%	260	68%	382	100%
positiva	97,6%					
neutra	2,1%					
negativa	0,3%					

A chamada para o serviço requerido é realizada por meio de painéis eletrônicos. Tecnicamente são gerenciadores de fila, que são colocados em locais de fácil visualização. Eles indicam qual é o número da senha que deve ser atendido no momento e a sala para a qual o paciente deve dirigir-se. Os resultados mostram:

- 81,2 % dos pacientes referiram-se positivamente sobre o uso dos gerenciadores de fila. As aprovações citam principalmente questões organizacionais como controle de fluxo, nível de ruído, agilidade.

- 12,7 % dos pacientes fizeram relatos negativos sobre o uso dos gerenciadores de fila. Porém ao citar “demora” que apareceu em 11% dos casos, pode-se supor que houve uma associação equivocada entre os gerenciadores de fila e demais processos envolvidos na espera. Houve referências a pessoas com necessidades especiais como deficientes visuais.

Relatos mais elaborados apontaram para a percepção de ordem de atendimento: “bom porque fica por ordem de chamada”, “bom porque fica organizado”. Essa percepção tão exata pode ser explicada pelo desejo do paciente em ser atendido rápido para que seu problema seja resolvido. O mínimo sinal de que alguém está passando a sua frente no atendimento pode significar demora.

Outras respostas acusaram a percepção de poluição auditiva. O silêncio resultado de sistemas eletrônicos de chamada foi percebido:

“Bom porque faz prestar atenção”, “ o número é certo, não tem gritaria”, “ não precisa ficar gritando”, “ bom, porque o médico não precisa estar chamando”, “ bom porque evita barulho”.

Tabela 12 - Argumentos sobre chamada para o serviço requerido. Amb. de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom	35	10,1%	49	14,2%	84	24%
organiza	10	2,9%	32	9,2%	42	12%
demora	9	2,6%	28	8,1%	37	10,7%
ótimo	10	2,9%	23	6,6%	33	10%
rápido	5	1,4%	16	4,6%	21	6%
não tem gritaria	6	1,7%	14	4,0%	20	6%
normal	4	1,2%	13	3,8%	17	5%
legal	7	2,0%	6	1,7%	13	4%
fácil	4	1,2%	9	2,6%	13	4%
prático	3	0,9%	8	2,3%	11	3%
chama a atenção	1	0,3%	9	2,6%	10	3%
disciplinador	5	1,4%	5	1,4%	10	3%
melhor que outros	2	0,6%	3	0,9%	5	1%
sem problemas	1	0,3%	4	1,2%	5	1%
mais ou menos	1	0,3%	3	0,9%	4	1%
moderno	1	0,3%	2	0,6%	3	0,9%
excelente	2	0,6%		0,0%	2	0,6%
visível	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
negativo para analfabeto	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
perfeito	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
difícil	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
interessante	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
beleza	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
cegos tem dificuldade		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
idosos tem dificuldade		0,0%	3	0,9%	3	0,9%
gostei		0,0%	5	1,4%	5	1%
não gostei		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
total	112	32%	234	68%	346	100%
positiva	81,2%					
neutra	6,1%					
negativa	12,7%					

4.5 Relação com o ambiente físico

As respostas sobre acesso externo referiram-se às condições gerais de deslocamento do usuário de casa até o ambulatório. Foram coletadas 368 respostas, das quais 51,9% dos usuários consideraram negativo o acesso ao ambulatório de especialidades. As argumentações melhores elaboradas apontam deficiências quanto à localização e ao transporte público, “contra-mão, complicado, falta ônibus etc.”.

- 47,3% dos entrevistados qualificaram positivamente, usando para isso argumentações simples.

Algumas respostas mais elaboradas justificaram as dificuldades encontradas para chegarem ao ambulatório :

“de ônibus é difícil”, “contra-mão”, “falta ônibus”, “não tem ônibus”. Essa avaliação refere-se ao ambiente externo ao Ambulatório, porém, ao considerar-se outras itens de saúde pública tais como qualidade de vida e promoção de saúde, conclui-se que o poder público ainda deve intervir na região para melhorar as condições referidas.

Tabela 13 - Argumentos sobre acesso externo. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

n= 368						
ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
fácil	57	15,5%	90	24,5%	147	40%
difícil	21	5,7%	50	13,6%	71	19%
contra mão	13	3,5%	55	14,9%	67	18%
anda muito	10	2,7%	11	3,0%	21	6%
bom	10	2,7%	8	2,2%	18	5%
complicado	4	1,1%	13	3,5%	17	5%
falta ônibus	5	1,4%	10	2,7%	15	4%
ótimo	1	0,3%	2	0,5%	3	0,8%
bonito		0,0%	2	0,5%	2	0,5%
organizado		0,0%	2	0,5%	2	0,5%
normal	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%
rápido		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
ruim		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
total	122	33%	246	67%	368	100%
positiva	47,3%					
neutra	0,5%					
negativa	51,9%					

Os entrevistados responderam sobre as condições de deslocamento dentro da unidade, levando em consideração sinalizações, rampas, largura de corredores e outros. 91,5% qualificaram positivamente, sendo que as maiores representações percentuais usaram argumentações simples, “bom e fácil”, não dando maior aprofundamento em suas análises. Avaliações sobre a estrutura do ambulatório foram observadas e citadas como “funcional, bem sinalizado e organizado”.

As respostas mais elaboradas descreveram a facilidade encontrada:

“fácil porque tem bastante orientação”, “muito bem sinalizado”, “bem sinalizado”.

Tabela 14 - Argumentos sobre acesso interno. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
fácil	37	9,8%	117	31,0%	154	41%
bom	48	12,7%	67	17,8%	115	31%
difícil rampa/escada	10	2,7%	12	3,2%	22	6%
ótimo	9	2,4%	13	3,4%	22	6%
organizado	2	0,5%	13	3,4%	15	4%
bem sinalizado	5	1,3%	10	2,7%	15	4%
normal	1	0,3%	6	1,6%	7	2%
bonito		0,0%	6	1,6%	6	2%
sem reclamação		0,0%	5	1,3%	5	1%
limpo		0,0%	3	0,8%	3	0,8%
legal	3	0,8%		0,0%	3	0,8%
perfeita	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%
amplo	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
funcional		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
tranquilo		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
eficiente		0,0%	1	0,3%	1	0,3%
difícil para carros	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
falta sinalização	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
rápido	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
problemático	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
total	121	32%	256	68%	377	100%
positiva						91,5%
neutra						1,9%
negativa						6,6%

O item conservação e limpeza mostraram ser de fácil avaliação por parte dos usuários. Durante as entrevistas percebeu-se a disposição para responder, assim como a opinião já formada. A associação de limpeza com saúde pode ser o fator que explica tal comportamento, lugares sujos sugerem pouco cuidado ou pouca higiene que é precursora de doenças. Qualificaram positivamente 98,4% dos participantes.

Tabela 15 - Argumentos sobre conservação e limpeza. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom	43	11,5%	88	23,5%	131	35%
bem limpo	28	7,5%	85	22,7%	113	30%
ótimo	43	11,5%	63	16,8%	106	28%
organizado	4	1,1%	6	1,6%	10	3%
não reparou	4	1,1%	2	0,5%	6	2%
legal	1	0,3%	5	1,3%	6	2%
bacana			1	0,3%	1	0,3%
parece particular			1	0,3%	1	0,3%
maravilhoso			1	0,3%	1	0,3%
total	123	33%	252	67%	375	100%
positiva						98,4%
neutra						1,6%
negativa						

Os móveis do ambulatório foram analisados ou observados por 98% das 375 pessoas que responderam a essa questão, 8% declararam não terem prestado atenção aos móveis.

Do total de respostas 91,7% aprovaram o mobiliário adotado no ambulatório. As observações mais minuciosas ocorreram em 11% dos casos, onde os entrevistados citaram “novos ou conservados”.

Tabela 16 - Mobiliário do Ambulatório. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom	67	17,9%	133	35,5%	200	53%
ótimo	19	5,1%	34	9,1%	53	14%
adequado	16	4,3%	23	6,1%	39	10%
novo / conservado	7	1,9%	33	8,8%	40	11%
não reparou	11	2,9%	19	5,1%	30	8%
limpo			7	1,9%	7	2%
bonito			3	0,8%	3	0,8%
gostei			2	0,5%	2	0,5%
normal			1	0,3%	1	0,3%
total	120	32%	255	68%	375	100%
positiva	91,7%					
neutra	8,3%					
negativa						

A tecnologia do ambulatório aparece para o usuário na forma de computadores de atendimento na recepção, impressoras que se encarregam da emissão dos documentos oficiais de atendimento, televisores de entretenimento e computadores.

Obteve-se 361 respostas sendo que, a aprovação foi maioria: 89,2%. Algumas respostas de avaliações mais elaboradas tais como:

“bom, porque controla, prático, muito rápido”, “bom, organiza, prático”.

Podem ter relação com as sensações de resolução. O uso do computador trouxe o aumento de velocidade nos trâmites obrigatórios.

Outras argumentações trazem a sensação do usuário quanto à modernidade:

“acompanha as necessidades do público em questão de organização”, “isso é ótimo, daqui para frente tem que ser assim”.

Os relatos de neutralidade trouxeram argumentações de desconhecimento sobre o assunto, “não entendo”.

Tabela 17 - Argumentos sobre a tecnologia usada. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom	36	10,0%	99	27,4%	135	37%
ótimo	14	3,9%	37	10,2%	51	14%
agiliza	17	4,7%	33	9,1%	50	14%
organiza	10	2,8%	25	6,9%	35	10%
precisa ser assim	10	2,8%	10	2,8%	20	6%
legal	5	1,4%	8	2,2%	13	4%
não entendo	5	1,4%	6	1,7%	11	3%
moderno	4	1,1%	7	1,9%	11	3%
prático	1	0,3%	14	3,9%	15	4%
muito bom	7	1,9%	1	0,3%	8	2%
não reparou	3	0,8%	1	0,3%	4	1%
confunde	1	0,3%	2	0,6%	3	0,8%
ajuda muito	2	0,6%			2	0,6%
causou desemprego			1	0,3%	1	0,3%
nota mil	1	0,3%			1	0,3%
sistema seguro	1	0,3%			1	0,3%
total	117	32%	244	68%	361	100%
positiva	89,2%					
neutra	9,7%					
negativa	1,1%					

4.6 Relação com as pessoas

Durante seu trânsito no ambulatório, o usuário tem contato com diversos funcionários, dispostos a atender às suas necessidades. Não houve histórico de um usuário ter contato com todos os funcionários, por ter seu fluxo restrito aos seus objetivos. Quantitativamente, os relatos variaram devido ao fator de proximidade ao paciente. Pode-se citar os guardas que foram avaliados por 319 pessoas, enquanto a gerência foi alvo de um comentário. Os profissionais que estão mais expostos ao público obtiveram maiores números de relatos.

Os relatos variaram entre respostas simples, “bom e legal”, avaliações profissionais, “prestativo e atencioso” ou declarações de proximidade emocional, “um amor, uma graça, benção etc.”.

De modo geral, a relação interpessoal dos funcionários mostrou-se eficiente. Como mostra a Sequência de tabelas.

Os guardas são vistos por todos os usuários; circulam pelo prédio e têm a missão de conduzir pacientes, inibir ações agressivas, tirar dúvidas e outros. Para esse quesito houve a aprovação de 95%, apoiando-se em relatos que descreveram a forma cordial com que foi conduzida a conversação. Dois relatos qualificaram como “ruim”.

Tabela 18 - Argumentações sobre seguranças. Ambulatório de especialidade. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom/atende bem	46	14,4%	71	22,3%	117	37%
educado	23	7,2%	65	20,4%	88	28%
ótimo	14	4,4%	21	6,6%	35	11%
atencioso	6	1,9%	20	6,3%	26	8%
legal	1	0,3%	21	6,6%	22	7%
normal	1	0,3%	12	3,8%	13	4%
solícitos	1	0,3%	4	1,3%	5	2%
simpático	1	0,3%	3	0,9%	4	1,3%
maravilhoso	1	0,3%	2	0,6%	3	0,9%
gostei			2	0,6%	2	0,6%
ruim			2	0,6%	2	0,6%
capacitados	1	0,3%			1	0,3%
razoável	1	0,3%			1	0,3%
total	96	30%	223	70%	319	100%
positiva	95,0%					
neutra	4,4%					
negativa	0,6%					

Os auxiliares administrativos, que para fins de funcionalidade da entrevista foram chamados de recepcionistas, se dispõem na recepção principal para executar o preenchimento de cadastros ou resolução geral de burocracia. A aprovação quanto a condução foi de 100% dos entrevistados, a maior frequência ficou em 45% com argumentações como “bom”, “atende bem”. Tal resultado mostra que a cordialidade traz resultado imediato nas relações de atendimento.

Tabela 19 - Argumentações sobre recepcionista. Ambulatório de especialidade. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom / atende bem	60	16,3%	106	28,9%	166	45%
ótimo / excelente	28	7,6%	48	13,1%	76	21%
educado / atencioso	17	4,6%	57	15,5%	74	20%
legal	3	0,8%	19	5,2%	22	6%
muito bom	7	1,9%	11	3,0%	18	5%
maravilhoso			4	1,1%	4	1%
prestativo	3	0,8%			3	0,8%
gostei			2	0,5%	2	0,5%
perfeito	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%
total	119	32%	248	68%	367	100%

n = 367

positiva	100%
neutra	
negativa	

A enfermeira, figura muito tradicional na saúde, supervisiona a ação de uma equipe de auxiliares de enfermagem, além de executar ações próprias de sua profissão. Está em contato com pacientes a todo o tempo, procurando resolução clínica. Recebeu aprovação total obtendo um índice de 46% de citações “ótimo”.

Tabela 20 - Argumentações sobre a enfermeira. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
ótimo	2	15,4%	4	9,0%	6	46%
muito bom	2	15,4%			2	15%
educada / atenciosa			2	15,4%	2	15%
bom	1	7,7%	1	7,7%	2	15%
maravilhosa			1	7,7%	1	8%
total	5	38%	8	62%	13	100%

n = 13

POSITIVA	100%
NEUTRA	
NEGATIVA	

Os técnicos são responsáveis pela condução de alguns exames, ou solicitados para procedimentos em consultas. São pouco conhecidos pelos usuários por causa da dificuldade de se diferenciá-los dos demais profissionais, atuam durante exames, como RX e mamografia.

Os técnicos receberam aprovação de 100%, a palavra “bom” aparece em 42% das citações.

Tabela 21- Argumentações sobre técnicos. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	n = 50					
	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom	7	14,0%	14	28,0%	21	42%
ótimo	3	6,0%	6	12,0%	9	18%
muito bom	1	2,0%	5	10,0%	6	12%
educado / atencioso	1	2,0%	12	24,0%	13	26%
maravilhoso		0,0%	1	2,0%	1	2%
total	12	24%	38	76%	50	100%
positiva	100%					
neutra						
negativa						

O médico, figura principal da área de saúde, terá contato com o paciente durante a consulta ou durante a realização de determinados exames. O usuário consegue identificá-lo pelo uso de jaleco específico, branco com identificação à frente. A relação interpessoal com o médico foi qualificada como positiva para 98,1 dos entrevistados, algumas argumentações mostraram um grau de proximidade afetiva, tais como “benção”, “amor” e “graça”. Houve qualificações negativas que significaram 1,2% dos casos.

Tabela 22 Argumentações sobre médicos. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
ótimo / excelente	48	14,8%	72	22,2%	120	37%
bom	30	9,3%	65	20,1%	95	29%
educado	6	1,9%	27	8,3%	33	10%
gostei	5	1,5%	12	3,7%	17	5%
legal	4	1,2%	16	4,9%	20	6%
maravilha	3	0,9%	15	4,6%	18	6%
benção /amor/grança	1	0,3%	14	4,3%	15	5%
insatisfeito			4	1,2%	4	1%
razoável	2	0,6%			2	1%
total	99	31%	225	69%	324	100%
positiva						98,1%
neutra						0,6%
negativa						1,2%

O orientador de público é um profissional que está todo o tempo exposto aos usuários. A função dele é especificamente conduzir documentações e usuários a seus respectivos serviços. No ambulatório, os orientadores de público usam um jaleco de cor azul, que não é usada por mais ninguém. Houve aprovação total para a atuação desse profissional.

Tabela 23 - Argumentações sobre orientadores de público. Ambulatório de especialidade. São Paulo, 2003

n = 344						
ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom	56	16,3%	100	29,1%	156	45%
ótimo	23	6,7%	45	13,1%	68	20%
educados/atencioso	16	4,7%	58	16,9%	74	22%
legal	8	2,3%	15	4,4%	23	7%
maravilha	4	1,2%	6	1,7%	10	3%
prestativo	2	28,6%	5	1,5%	7	2%
gostei		0,0%	5	1,5%	5	1%
tranquilo	1	0,3%		0,0%	1	0,3%
total	110	32%	234	68%	344	100%
positiva	100%					
neutra						
negativa						

A assistente social fica em sala específica e está à disposição daqueles casos em que houve complicações. Alguns pacientes não gostaram da forma que foram atendidos, 6,7% e argumentaram contra a atuação da assistente social, “mal educada”, “mal atendido”, mas a maioria, 88,5%, consideraram boa a atuação.

Tabela 24 - Argumentações sobre assistente social. Ambulatório de especialidades. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
ótimo	10	9,6%	22	21,2%	32	31%
bom	11	10,6%	20	19,2%	31	30%
legal	2	1,9%	7	6,7%	9	9%
mal atendido	2	1,9%	4	3,8%	6	6%
atenciosa/educada	1	1,0%	5	4,8%	6	6%
um amor			5	4,8%	5	5%
médio	2	1,9%	3	2,9%	5	5%
gostei	3	2,9%	1	1,0%	4	4%
prestativa			3	2,9%	3	3%
ágil	1	1,0%			1	1%
perfeito	1	1,0%			1	1%
mal educada			1	1,0%	1	1%
total	33	32%	71	68%	104	100%
positiva	88,5%					
neutra	4,8%					
negativa	6,7%					

Há uma dificuldade em se diferenciar o auxiliar de enfermagem de um enfermeiro, suas vestimentas são parecidas e aos olhos leigos tratam-se do mesmo profissional.

O auxiliar de enfermagem conduz procedimentos que foram definidos pela enfermeira; estão em contato direto com os pacientes antes ou depois de consultas ou exames.

Houve 100% de aprovação para essa função, como mostra a Tabela 28.

Tabela 25 - Argumentação sobre auxiliar de enfermagem. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
bom/atende bem	10	7,8%	43	34%	53	41%
ótimo	12	9,4%	24	19%	36	28%
educado	1	0,8%	16	13%	17	13%
legal			12	9%	12	9%
excelente	2	1,6%	2	2%	4	3%
maravilhoso			3	2%	3	2%
prestativo	1	0,8%	1	1%	2	2%
perfeito	1	0,8%			1	1%
total	27	21%	101	79%	128	100%

n = 128

positiva	100%
neutra	
negativa	

A farmacêutica fica em setor próprio e executa a distribuição de medicamentos e orientações de uso dos mesmos. Nem todos pacientes precisam ir até a farmácia após serem atendidos pelos serviços. Dos 110 relatos colhidos 99,1% foram positivos e o único relato negativo descreveu o atendimento como “péssimo”.

Tabela 26 - Argumentações sobre a Farmacêutica. Ambulatório de especialidades. São Paulo, 2003

ARGUMENTOS	MASC		FEM		TOTAL	
	freq.	perc.	freq.	perc.	freq.	perc.
atende bem/bom	17	15,5%	33	30,0%	50	45%
ótimo	5	4,5%	24	21,8%	29	26%
educado	5	4,5%	18	16,4%	23	21%
legal			7	6,4%	7	6%
péssimo			1	0,9%	1	0,9%
total	27	25%	83	75%	110	100%

n = 110

positiva	99,1%
neutra	
negativa	0,9%

A gerência recebeu um laudo, “bom”, que traz nenhuma tendência de julgamento para a população inteira. A pouca quantidade de relatos pode ser explicada pelo próprio objetivo do paciente, que tem se conduzido aos setores clínicos e não aos administrativos.

4.7 Nível de satisfação e sugestões

Ao se perguntar sobre a satisfação do usuário usou-se a expressão:

“De modo geral, o senhor (a) está?”.

Induzindo assim o entrevistado a responder sobre a sua atual avaliação sobre o ambulatório. Todos os participantes tiveram as respostas captadas pela pesquisa, totalizando 384 respostas. A figura 14 mostra a proporção entre as três alternativas que compunham a resposta.

Verificou-se que 98,5% dos pacientes aprovam o ambulatório citando que estão satisfeitos ou muito satisfeitos e 1,5 % reprovam o ambulatório optando por insatisfeito. O desenvolvimento das entrevistas já havia mostrado uma boa aceitação dos usuários com o ambulatório. O nível de elogios e argumentos positivos mostraram aquilo que vem se confirmar na questão de satisfação. De modo geral, o ambulatório satisfaz o usuário.

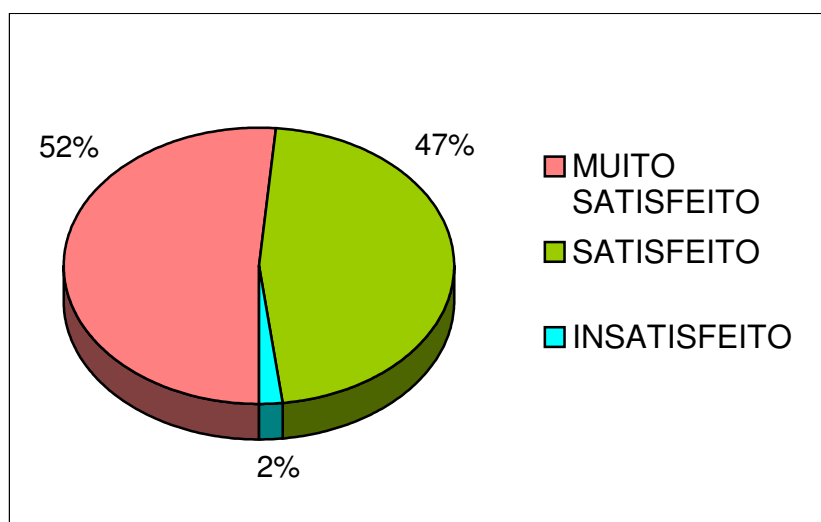


Figura 13 - Satisfação. Ambulatório de Especialidades. São Paulo 2003

A pergunta “o que pode ser melhorado?” foi colocada logo em seguida da opção de satisfação, assim o usuário poderia dar continuidade à reflexão inicial sobre sua satisfação. Coletou-se 182 sugestões sobre melhora do ambulatório, sendo as seis maiores incidências:

A) Difícil marcar retorno. O retorno é marcado pela própria unidade ambulatorial, porém há um período de espera devido à alta demanda.

B) Tempo de espera. O tempo de espera citado é referente à espera por agendamento.

C) Ampliar ambulatório. Uma citação favorável ao sistema adotado, porém contra as capacidades de atendimento atuais.

D) Dificuldade com o primeiro agendamento. Essa resposta pode refletir a dificuldade que o paciente encontra na unidade de sua referência (próxima de casa).

E) Falta medicamento. Citação contra a atual política de distribuição pública de medicamento.

F) Difícil marcar exames. Dificuldade encontrada para agendamento devido à alta demanda.

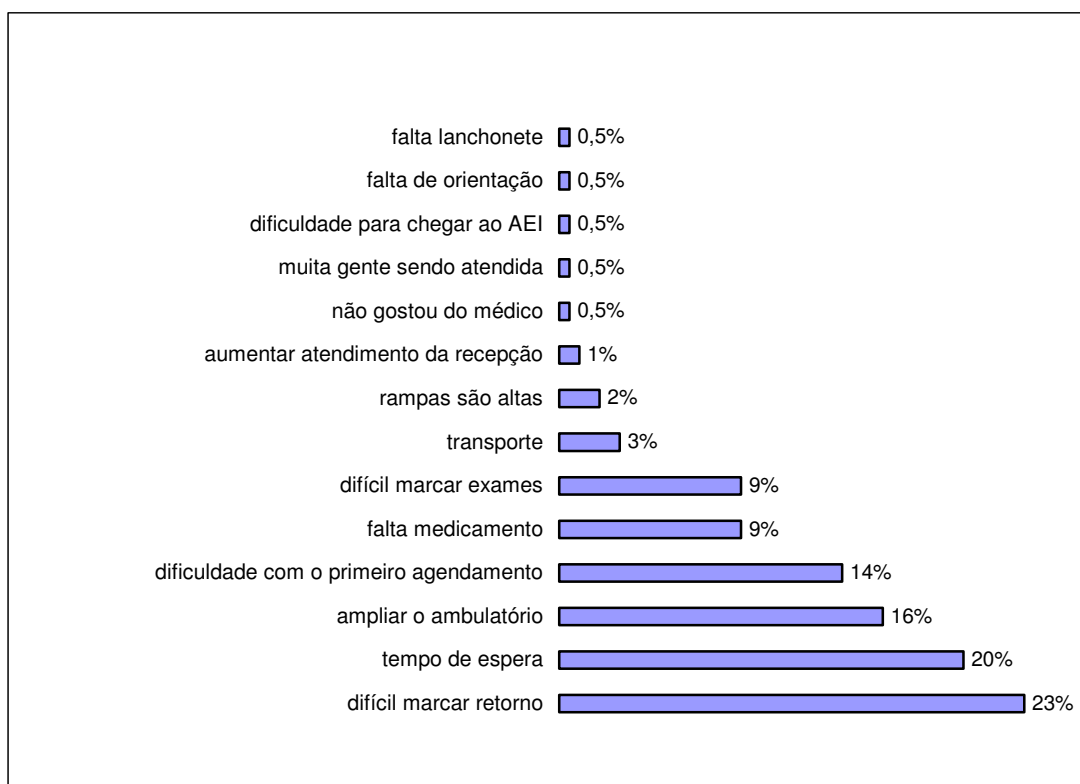


Figura 14 - Sugestões. Ambulatório de Especialidades. São Paulo, 2003

5 DISCUSSÃO

O modelo de gestão proposto pelo ex-governador Mário Covas, atualmente usado no ambulatório de especialidades, mostrou resultados satisfatórios sob a ótica dos usuários. A amostra avaliada trouxe como resultado um índice de satisfação de 98,5%. Essa maciça aprovação do sistema pode indicar duas alternativas teóricas. A primeira refere-se à adoção da tese em que o resultado tem ligação direta com o modelo adotado e a segunda associa a satisfação com a carência operacional observada no sistema público de saúde da região.

O modelo de gestão, por meio de OSS, aproximou a operação do ambulatório de especialidades aos sistemas de organizações privadas, onde a atenção a manobras de controle e planejamento é mais evidente que no sistema público de saúde. O sistema público é organizado de forma a contemplar as diversas fases do gerenciamento, porém a estrutura onde ocorre tais operações não permite a eficácia necessária ao sucesso. Medidas usuais ao sistema privado foram observadas no ambiente estudado, reuniões de direcionamento, verificação de metas, controles. A aplicação dessas medidas aos processos administrativos está diretamente ligada ao bom desempenho de uma organização.

O alto nível de satisfação alcançado pelo ambulatório pode estar associado à relação dos usuários com o sistema de funcionamento das unidades de saúde da região que estão sob gerenciamento estatal. È de conhecimento comum que o atendimento em saúde pública é precário, há diversos relatos de insatisfação manifestados em veículos de comunicação e por vezes usado como ferramenta de *marketing* em períodos eleitorais. Tal quadro reflete um deficiente sistema de saúde, em todos níveis, que não carrega a aprovação da população usuária. Existe hoje na sociedade brasileira, um sentimento, e por vezes reações, adversas às instituições públicas, uma reprovação que advém de um gerenciamento público historicamente equivocado que mais ouviu os interesses políticos do que provocou o desenvolvimento social. Considerando que o sistema conhecido é deficiente, pode-se admitir que o diferente pode provocar a imediata reação de aprovação.

Segundo informações de campo, os diversos segmentos operacionais do ambulatório foram planejados procurando uma otimização do serviço público de saúde,

porém o que tornou-se diferenciado e muito citado nas entrevistas foi a relação interpessoal estabelecida com os usuários.

A cultura do bom atendimento foi absorvida pelos funcionários desde os primeiros dias de atendimento do ambulatório, a equipe administrativa que inaugurou o ambulatório foi a mesma que cedeu relatos para a pesquisa. A história recente da organização retrata de dois anos para cá, quando o Hospital Geral que o ambulatório se reporta como departamento, iniciou movimentações e recursos para ativar seu ambulatório de especialidade que serviria não só a esse grande hospital como também para toda a região. Na época do nascimento do ambulatório, o hospital já operava há dois anos, tendo já estabelecida sua cultura organizacional.

O ambiente novo trouxe as raízes da cultura conhecida, e suas respectivas adaptações, guiado pela novidade da tecnologia, os funcionários teriam mais tempo para dedicarem às atividades de relacionamento. O que se observou foi a preocupação dos funcionários em solucionar as necessidades da população. Naturalmente restrições técnicas, não tornariam verdadeiro e completo os anseios dos funcionários. Essas restrições técnicas, advindas do ambiente externo, dizem respeito a:

- a) Alta demanda; o ambulatório não consegue atender a toda população necessitada da região em questão.
- b) Regionalização; o ambulatório trabalha sem nenhuma outra instituição semelhante por perto, o que poderia trazer a divisão das demandas.
- c) Equidade; o ambulatório foi idealizado para operar nos casos de suporte para os médicos que atuam na rede de atenção básica, porém a falta de recurso no sistema público de saúde faz com que o ambulatório esteja operando fora de seu perfil. Recebe-se pacientes no ambulatório que tecnicamente deveria estar sendo tratado em unidades básicas.

Apesar das dificuldades do setor de saúde, os procedimentos e equipes avaliadas mostraram resultados positivos na pesquisa do ambulatório, fundamentando-se em setores que se preocupam em dar um bom atendimento, em prestar cordialidade e a solucionar o que for possível.

Durante o processo de pesquisa o ambulatório mostrou suas características culturais e essas alinharam-se aos resultados colhidos nas entrevistas. Esse fenômeno já havia sido citado por SCHEIN (2001, p.29), onde o autor descreve que a definição das características operacionais de uma organização é determinada pelos valores culturais.

Os relatos colhidos dos funcionários da organização demonstraram um significativo envolvimento com o bom atendimento, seus valores morais são percebidos em suas expressões de motivação para sua dedicação, “eu atendo como gostaria de ser atendida”, “primeiro porque trabalho com amor”, “para corresponder aquilo que espera de nosso trabalho”. Pode-se estabelecer uma relação direta entre os valores culturais fixados ao ambulatório e o resultado qualitativo de satisfação.

Além das confirmações de preceitos teóricos, os resultados trouxeram aplicações práticas que podem, imediatamente, nortear novos caminhos para a condução de ambulatório de especialidades.

A pesquisa mostrou alinhamento à legislação vigentes, tais como o DECRETO 3507, de 13 de junho de 2000, que dispõe sobre o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos pelos órgãos e pelas Entidades da Administração Pública Federal direta, indireta e fundacional. Em seu Art. 3º decreta que órgãos e entidades públicas federais deverão estabelecer padrões de qualidade sobre:

- 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 prazos para o cumprimento dos serviços;
- V- Os mecanismos de comunicação com os usuários;
- VI- Os procedimentos para atender as reclamações;
- VII- As formas de identificação dos servidores;
- VIII- O sistema de sinalização e
- IX- As condições de limpeza e conforto de suas dependências.

Para que se estabeleça padrões de qualidade em conformidade com o Decreto 3507, faz-se necessário o estabelecimento de metodologia de avaliação dos critérios citados. A metodologia adotada na pesquisa poderá servir aos propósitos de avaliação de alguns quesitos, que se fizeram presentes:

Parágrafo I, apresentou-se na pesquisa durante a avaliação da relação com as pessoas;

Parágrafo II, durante a coleta de relatos dos funcionários do ambulatório;

Parágrafo III, na pesquisa durante relato de tempo de espera;

Parágrafo IV, idem ao anterior;

Parágrafo V, as comunicações com usuários foram avaliadas durante a coleta de

dados sobre acessos internos;

Parágrafo VI, houve abertura para reclamação na finalização da entrevista onde foi perguntado sobre o que poderia ser melhorado;

Parágrafo VII, não foram citadas na entrevista e nem pelos entrevistados.

Parágrafo VIII, durante a avaliação de ambiente interno;

Parágrafo IX, em avaliação do ambiente físico.

Outra teoria, as proposições de URDAN (1995, p.66), foram observadas no ambulatório. Mais precisamente a 4ª e a 8ª proposição, como segue:

4º PROPOSIÇÃO: A formalização do comportamento por meio de normas e procedimentos.

8º PROPOSIÇÃO: O agrupamento das posições individuais e unidades que constituem as áreas de atendimento e retaguarda devem propiciar aumento da qualidade percebida.

Em universo e amostra, descreveu-se a estruturação dos departamentos e as seqüências de processos, os aspectos burocráticos do ambulatório são organizados de tal forma, que uma fase da continuidade a outra para que se chegue ao serviço final que é o reagendamento ou apenas o atendimento médico. Os atores de cada fase também são definidos, cabendo, por exemplo, ao orientador de público fazer a primeira abordagem, aos auxiliares preencherem documentação e assim em diante.

Os processos do ambulatório foram aprovados pela opinião dos entrevistados:

PROCESSO	APROVAÇÃO
Agendamento	65,9%
Confirmação na recepção	96,5%
Preenchimento de documentos	97,6%
Chamada para o serviço requerido	81,2%

A praticidade e a teorização sempre trocaram instrumentos, métodos e resultados e assim aconteceu preenchendo esse trabalho com alinhamentos e busca de novas explicações.

SARAIVA (2000, p.75) descreve sobre a impossibilidade das organizações públicas adotarem os sistemas operacionais privados. A pesquisa mostrou que aspectos comuns ao setor privado podem ser absorvidos no serviço de atendimento ambulatorial público. O ambiente estudado, O.S.S. - Organização Social de Saúde, é gerenciado por sistemas comuns ao setor privado tais como busca e controle de resultados, controle

direto de custos, otimização de recursos, e outros. Os relatos, em sua maioria de uma palavra só, mostraram que a população usuária percebe pouco os detalhes operacionais, porém, verificou-se que apesar dessa pouca sensibilização, o sistema como um todo foi aprovado, o que conduz a uma dedução de que os sistemas operacionais de características privadas adotados tiveram relação direta ou indiretamente com o resultado.

A explicação para tal fenômeno consiste em considerar o modelo OSS como uma nova modalidade de administração pública. Os objetivos e público alvo (stakeholders) são os mesmos que o conhecido nas organizações tradicionais, mas a estruturação, geração de processos, cultura, são resultantes da organização que recebe a titulação de OSS. Entra-se então em uma caracterização contemporânea resultante da fusão dos dois geradores de serviço, o Estado e a organização privada delegada pelo Estado.

SARAIVA (2000, p.71) cita que 40% dos funcionários de serviço público entrevistado em pesquisa própria, não concordam que o valor norteador das atividades públicas seja o benefício ao consumidor. Tal verificação mostrou-se diferenciada do que foi captado na presente pesquisa. Existe no ambulatório uma relação mais próxima com o consumidor chamado paciente, pode-se perceber essa relação nos relatos onde os pacientes aparecem como ator importante de todo o processo, como segue:

Em primeiro lugar porque é o atendimento que eu gostaria de receber, tanto me colocar no lugar do paciente para lhe proporcionar um atendimento personalizado para suprir todas as suas dúvidas. É a partir desta maneira de atendimento, sempre se colocar no lugar de quem se está atendendo que é a melhor forma. E no fim acaba sendo gratificante, pois se percebe a satisfação de quem está sendo atendido. (L.H.R. – operador de atendimento)

A proximidade com o paciente, esta presente na cultura organizacional do ambulatório. Um dos fatores que favorecem esse fenômeno é o grau de compreensão das necessidades sociais e a sensação de participação na melhoria dessas condições, a ambientação privada, pode aproximar o funcionário de seus desejos de participação, efeito esse que não é verificado no ambiente público. O ambiente de serviço público, permeado por processos e sistemas complexos e pouco objetivo, distancia o funcionário de suas conquistas pessoais ou profissionais. Segue relatos:

... quando o paciente nos liga, o mesmo está passando por problemas de

saúde e geralmente está cansado de ser mal atendido em outras unidades. Por isso busco sempre dar um atendimento diferenciado, pois procuro mostrá-lo que nós se preocupamos com a saúde e com o seu bem estar. (I.B.S. - operador de atendimento telefônico).

... Sempre procurando melhorar o atendimento, para fazer com que o paciente fique satisfeito com o nosso trabalho. (M.T.O. – operadora de atendimento telefônico)

O agendamento mostrou um índice de insatisfação de 29%, sendo que 10% referiu-se a demora para efetuar o processo. O tempo para agendamento reclamado na pesquisa referiu-se ao tempo de demora para que o paciente consiga vaga para agendamento. Citando MEZONO (1994) “a saúde requer que seus processos sejam repensados, buscando melhoria da eficácia”, pode-se sugerir que sejam estabelecidas rotinas de tomada de tempo nas unidades de saúde do Brasil.

O tempo de espera seja ele dias, horas ou minutos, são de grande importância para o usuário do sistema de saúde. Nessa pesquisa todas as entrevistas sobre processos citaram a agilidade ou demora como referência de tempo. O usuário pode associar o tempo à eficiência do sistema, pode-se observar esse fenômeno quando se avaliou o resultado de tecnologia. Os equipamentos não foram percebidos, mas seus resultados ágeis sim. Extrapolando-se os conceitos administrativos, a área de saúde requer melhoria de agilidade, em dias, horas ou minutos, justamente por trabalhar com serviços prestada a vida humana, a doença, o mal estar, a hemorragia ou a doença não pode esperar.

Assim como aconteceu com o tempo, as referências sobre as relações interpessoais foram significativas. Esperava-se que essas argumentações aparecessem durante a avaliação do segmento específico, relação com as pessoas, porém ocorreram elogios durante a avaliação de dois processos, a confirmação na recepção e o preenchimento de documentos. A relação interpessoal é necessária durante a função de atendimento em qualquer serviço de saúde, porém os dados mostraram que o usuário dá muita importância para esse quesito. A pesquisa mostrou que durante o processo de preenchimento de documentos, a soma das incidências das argumentações que descrevem uma experiência positiva, tais como, “educados”, “atenciosos” e “legal”, foi de 21%. Outro fator a ser considerado, ocorreu nas avaliações sobre as pessoas, algumas citações tomaram características que demonstraram proximidade afetiva com

as os indivíduos avaliados, argumentos como, “um amor”, “legal”, “uma benção”, “uma graça”.

O usuário presta muita atenção na qualidade da relação interpessoal. Tal situação pode ser usada a favor das unidades de saúde, otimizando essa relação por meio de por meio de treinamentos e reciclagem dos recursos humanos que compõem o quadro operacional.

Durante a avaliação do acesso externo verificou-se a incidência de 51,9% de relatos negativos. Esses relatos negativos mostraram que a população não consegue chegar ao ambulatório com facilidade, principalmente por problemas de condução. Essas conclusões podem ajudar o poder público local em seus processos de planejamento e implementação de recursos públicos.

Os resultados da avaliação do acesso externo podem ser expostos ao poder público local, para que sejam tomadas providências quanto a não aprovação movida pela falta de ônibus.

A limpeza é facilmente avaliada pelo usuário, essa habilidade da população pode ser utilizada a favor da instituição, realizando pesquisas regulares. Recomenda-se a pesquisa das condições de limpeza das unidades de saúde, atividade que mostraria ao usuário o grau de preocupação que os gestores possuem com tal quesito.

A aproximação da população com a segurança mostrou-se bem aceita no ambulatório, o que pode ser considerado como indicativo de que todas unidades de saúde poderiam adotar tal estratégia para o atendimento.

Algumas explicações teóricas puderam ser alcançadas baseando-se nos resultados e observações *in loco* do funcionamento do ambulatório

Gronroos apud Urdan (1995, p. 58) descreve que a qualidade do serviço é resultado da comparação entre as expectativas do usuário e a qualidade experimentada. A qualidade pode ser avaliada em sua dimensão técnica ou funcional. Em sua dimensão técnica são verificados os elementos palpáveis do serviço adquirido, no caso estudado, o usuário pode avaliar documentações resultantes de consultas, documentos de encaminhamento e outros. Em sua dimensão funcional a qualidade é verificada por meio do relacionamento com o fornecedor do serviço, no caso estudado, o usuário pode avaliar a cordialidade, disposição em ajudar, atenção dispensada, em cada setor que necessitou ser atendido.

A pesquisa mostrou avaliações direcionadas para a dimensão funcional, tal

característica ocorreu pela metodologia empregada. O questionário aplicado não trouxe questionamento que conduzissem o usuário a refletir sobre a dimensão técnica. Dois fatores observados na pesquisa podem explicar a diminuição da quantidade de avaliações técnicas e o aumento de relatos focados na funcionalidade. O primeiro é o grau de escolaridade verificado, a maioria dos indivíduos usuários do ambulatório, não possuem condição educacional para executar avaliações técnicas na área de saúde. A segunda refere-se à característica das respostas, que em sua maioria foram sucintas, restritas a uma só palavra, ex. bom, ruim, legal, etc.

Esses aspectos culturais caracterizaram a pesquisa, todas as áreas, na maioria dos relatos, foram avaliadas de forma superficial, uma palavra, uma expressão, deram a direção daquilo que desejava-se registrar, não ocorreram análises extensas ou embasamentos teóricos. O grau de escolaridade e a visão focada naquilo que interessa deram o tom das respostas da população que usa o ambulatório estudado.

A Tecnologia mostrou ser o fator de impulso para que os processos do ambulatório tivessem o rendimento descrito na pesquisa, os computadores realizam cadastro, emissão de documentos oficiais, registram chegada de paciente, registram ausências, move-se pela complexa rede de processos que envolvem o atendimento ambulatorial e consegue realizar essa tarefa de forma rápida e eficaz, os painéis conseguem controlar o fluxo de pessoas, orienta-las sobre o que esta acontecendo no momento. As estruturas físicas mostraram-se adequadas às necessidades de um local que recebe pessoas que necessitam de facilidades para locomover-se e receber seu atendimento.

Mas nenhum recurso se fez tão presente quanto o recurso humano, em todas as entrevistas percebeu-se a proximidade do usuário com os funcionários do ambulatório.

O fator humano mostrou ser primordial para o enriquecimento do serviço ambulatorial. É necessário que se tenha um gerenciamento que respeite questões trabalhistas, psicológicas, sociais, econômicas, enfim, todo complexo de eventos que envolvem o homem, seu ambiente de trabalho e a sua prestação de serviço. A felicidade e motivação devem estar presentes para que os trabalhadores de ambulatório estejam concentrados informalmente a ponto de atender o usuário com proximidade, gentileza e objetividade.

Algumas sugestões puderam ser retiradas da pesquisa sobre a operação do ambulatório de especialidades.

As diretrizes de qualidade em atendimento público, definidas pelo ministério podem orientar pesquisas que trarão dados importantes para a tomada de planejamento na área.

Historicamente, a população brasileira convive com o descaso ao serviço público, mas algumas atividades, nos diversos níveis governamentais, se isolam do perfil comum e tomam rumos satisfatórios, como exemplo o serviço de emergência paulista chamado Resgate, outras, satisfazem a população por acharem apoio da sociedade civil, como as ONGs (organizações não governamentais) que tratam de proteção ambiental.

A presente pesquisa ambientou-se na saúde, porém as deficiências aqui descritas são percebidas pelo cidadão brasileiro em diversos setores públicos, educação, previdência, justiça, e outros. Não se sabe exatamente onde o brasileiro é mal tratado, onde ele tem seus piores momentos de cidadania. As tomadas de dados científicos podem mapear as deficiências e esclarecer métodos, técnicas para mudança, assim como elucidar prioridades.

Pesquisas comparativas entre ambulatorios com o mesmo perfil de gerenciamento poderão trazer mais dados sobre a relação do público com esse modelo de gestão.

Considerando-se as peculiaridades naturais de cada região, os resultados apontados podem gerar recursos teóricos e dados estatísticos para aplicação no gerenciamento dessa modalidade de atendimento em saúde no município de Taubaté e seus municípios vizinhos que compõem o cone leste paulista.

6 CONCLUSÃO

Há viabilidade na aplicação de pesquisas sobre atendimento em ambulatórios de especialidades.

A pesquisa desenvolvida no ambulatório mostrou-se viável do ponto de vista da aplicabilidade e importante para o desenvolvimento organizacional de unidades de saúde iguais ou semelhantes. O modo como foi elaborada e executada a coleta de dados não provocou interferência nos resultados. As questões abordadas na entrevista atenderam aos objetivos, buscaram e conseguiram captar as impressões do usuário quanto à forma como foi atendido na unidade de saúde. Toda organização necessita de adequações constantes de seus recursos, a importância da aplicação da pesquisa explica-se pela variedade de informações que a pesquisa gerou. Estratégias ou alterações de processos internos serão possíveis de serem projetados a partir dos dados resultantes.

A presença de recursos tecnológicos atualizados melhora o rendimento de uma unidade de saúde pública.

Ao cruzar-se, os dados de níveis de satisfação, quantificações de tempo e relatos sobre os recursos tecnológicos, verifica-se que essa ferramenta operacional, a tecnologia, foi determinante para o bom rendimento apontado pelos usuários. A presença de *software* e *hardware* diferenciaram uma unidade de saúde moderna de uma unidade de saúde usual. Alguns relatos que referiram essa comparação qualificaram o ambulatório estudado acima do referencial conhecido.

A relação interpessoal entre o funcionário do ambulatório e o usuário foi percebida.

A cordialidade, a disposição em auxiliar e a atenção dispensada foram percebidas pelo usuário que em seus relatos citaram os quesitos interpessoais. Uma das características das pessoas adoecidas é a fragilidade emocional em que se encontram, nesse momento, todos os sinais do relacionamento são captados em seus menores detalhes. Essa característica natural ganhou destaque durante o atendimento no ambulatório, o indivíduo prestou muita atenção à cordialidade que foi dispensada. Conclui-se que o bom atendimento deve partir de um treinamento de recurso humano direcionado para a cordialidade e presteza.

Os funcionários devem mostrar proximidade e disposição em ajudar. Um recebimento carinhoso e educado desperta no cliente um reflexo também harmônico e

a reciprocidade gera um compartilhamento onde as duas partes tem a sensação de resolução social.

O sistema organizacional é pouco percebido pelo usuário.

Verificou-se que os usuários não perceberam todos os sistemas que buscam a otimização do ambulatório. Alguns recursos, como tecnologia e recursos humanos foram analisados e bem citados nos relatos, conforme já descrito, porém os outros potenciais do ambulatório, tais como organização, seqüência de processos, não foram percebidos nem analisados pelas pessoas que foram incluídas nas pesquisas. A análise de sistema organizacional requer nível educacional e conhecimento específico que não foram encontrados na população estudada. Portanto toda avaliação dispensada à organização do ambulatório não pode ser considerada como produto de avaliações sistemáticas. As análises encontradas estão relacionadas aos níveis de satisfação do usuário em relação ao seu objetivo ou necessidade, ou melhor, são produtos de qualificação superficial, como visto nos relatos, “bom, ruim, legal”.

O resultado favorável ao ambulatório avaliado está relacionado com a capacidade de análise da população e a atual situação do sistema público de saúde.

Como citado, a avaliação minuciosa da organização do ambulatório demandaria conhecimento ou grau de escolaridade que não foi encontrado na população estudada, porém mesmo com pouca capacidade de análise o nível de satisfação geral do ambulatório alcançou índices elevadíssimos. Tal fenômeno explica-se não só pela avaliação superficial como também como reflexo do sistema de saúde conhecido pela população. Diante de um quadro caótico de serviço de saúde pública, qualquer serviço que conseguisse atender as necessidades dos doentes com um certo grau de conforto e agilidade, receberia o mérito de seus avaliadores. O meio externo contribuiu para que o ambulatório fosse destacado e qualificado como excelente. Fato que não tira o mérito dos sistemas e recursos do ambulatório, que quando analisados isoladamente percebe-se a boa qualificação de cada quesito organizacional.

O estudo permitiu aprofundar o conhecimento de fatores operacionais assim como o comportamento social que envolve a área de saúde pública na região sul de São Paulo.

Ao descentralizar a administração pública de saúde, incluindo organizações sociais na gestão, o governo estadual mostrou aprimoramento dos modelos anteriores, fato este comprovado pelo grau de aprovação verificado na pesquisa.

Usando-se dos preceitos teóricos da promoção de saúde, há participação indireta dos vários níveis governamentais, na incapacidade de avaliação verificada nos usuários, já que o nível educacional da população brasileira é de responsabilidade do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. C. Novo modelo organizacional baseado no cérebro humano. **Revista de Administração**, São Paulo. v. 30, n.1, p.46-56, jan-mar. 1995.

BITTAR, O. J.N.V. Estrutura organizacional em hospitais. **Revista Ass. Méd. Brasil**. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, n. 40, p. 81-84, 1994.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em < http://www.tce.ms.gov.br/doctors/legis/1008080_190990.htm > capturado em 24/fev/2003.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, 1990. Disponível em : < <http://www.pjf.mg.gov.br/consaude/legislacao/lei8142>. > capturado em: 24/fev/2003.

BRASIL. Decreto n. 3.507 de 13 de junho de 2000. Dispõem sobre o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento prestado por serviços públicos Brasília, DF: 2000. Disponível em: <http: www.planejamento.gov.br/gestao/conteudo/legislacao/decretos/decreto_3507_13 > capturado em: 30/jan/2003.

COHN, A., ELIAS, P.E.M. **Saúde No Brasil: políticas e organizações de serviços**. 5º ed. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2003.

CONFORTO, G. Novos modelos de gestão na prestação de serviços públicos e o estabelecimento do marco regulatório. **RAP**, Rio de Janeiro, 31(4), p. 216-229, jul/ago.1997

FLEURY, M.T.L. et al. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1996. 150 p.,23cm. ISBN 85-224-1400-9

GONÇALVEZ, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE - Revista de Adm. de Empresas**. São Paulo, v.38, n.1, p.80-90, jan-mar. 1998.

IDEC – Instituto de Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. São Paulo, p.16, abril. 2003.

JUNQUEIRA, L.A.P. Organização e prestação pública dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, Ano 7, n.13, p.52-56, abr. 1987.

MEZOMO, J.C. **Gestão de qualidade na saúde: princípios básicos**. Universidade de Guarulhos, Guarulhos: 301p. 1994.

MINISTÉRIO da saúde. Comitê Técnico de Padrões de Qualidade do atendimento. Brasil, 2001.
Disponível em : < www.saude.gov.br > . Acesso em 30 jan 2003.

PRADO, D. O. Organização operacionalização da assistência. apud: ciclo de palestras da biblioteca virtual de saúde. Min. Da Saúde. Brasil. 2003.
Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/bvs/areas.asp#> > capturado em: 27/fev/2003

REZENDE, A . L. M. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. 2º ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1989. 159p., 21cm. Série saúde e sociedade. ISBN 85-249-0063-6

RÊGO, S.B.M. Inovando na administração de serviços de saúde. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, Vol. 3, n. 12, jul/set. 2001.

ROBBINS, S.R. **Administração mudanças e perspectivas**. São Paulo : Saraiva, 2001. 529p., 28cm. Inclui índice. ISBN 85-02-03009-4

SARAIVA, L.A .S., CAPELÃO, L.G.F. A nova administração pública e o foco no cidadão : burocracia x marketing. **Revista. Adm. Pública**, São Paulo, 34(2), p 59-77, mar-abr. 2000.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. Ministério da saúde. Nomenclatura parâmetros e instrumentos de planejamento. Brasília, 1990.
Disponível em : < www.rebidia.org.br/noticias/saude/nomen.html > capturado em : 27/fev/2003.

SCHEIN, E. H. **Guia de sobrevivência da cultura corporativa**. Rio de Janeiro : José Olympio, 2001. 191p., 23cm. ISBN 85-03-00702-9

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, Resolução n. 7/98. São Paulo, 1998. Disponível em : < www.tce.sp.gov.br/ins0498.shtm > capturado em : 24/jan/2003.

URDAN, A . T., URDAN, F.T. Estrutura organizacional para qualidade de serviços em áreas de atendimento ao cliente: um elenco de proposições. **Revista Bras. Adm. Contemporânea**, João Pessoa, 1(6), p.25-27, Set. 1995.

APÊNDICE A – Questionário aplicado.

IDADE _____ SEXO _____

RENTA () MENOS DE 240 () 241 A 480 () 481 A 720 () 720 A 960
() 960 A 1200 () MAIS DE 1200

NÍVEL DE ESCOLARIDADE () ENSINO FUNDAMENTAL

() ENSINO MÉDIO

() ENSINO SUPERIOR

() COMPLETO () INCOMPLETO

TIPO DE PROCEDIMENTO NO AMBULATÓRIO

() 1 CONSULTA () RETORNO () EXAME COMPLEMENTAR

() LABORATÓRIO () OUTRO _____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO REQUERIDO _____

TEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO NA RECEPÇÃO _____

TEMPO DE ESPERA DA RECEPÇÃO ATÉ O SERVIÇO REQUERIDO _____

RELAÇÃO COM OS PROCESSOS:

AGENDAR _____

CONFIRMAÇÃO NA RECEPÇÃO _____

PREENCHER DOCUMENTAÇÕES _____

CHAMADA PARA ATENDIMENTO NO SERVIÇO REQUERIDO _____

RELAÇÃO COM O AMBIENTE FÍSICO :

ACESSO EXTERNO _____

ACESSOS INTERNO _____

CONSERVAÇÃO E LIMPEZA _____

MOBILIÁRIO _____

TECNOLOGIA _____

RELAÇÃO COM AS PESSOAS :

GUARDAS _____ ORIENTADOR DE PÚBLICO _____

RECEPCIONISTA _____ ASSISTENTE SOCIAL _____

ENFERMEIRA _____ AUX. DE ENFERMAGEM _____

TÉCNICO _____ FARMACÊUTICA _____

MÉDICO _____ GERÊNCIA _____

OUTRO FUNCIONÁRIO _____

DE MODO GERAL O SR(A) ESTA ?

() MUITO SATISFEITO () SATISFEITO () INSATISFEITO

O QUE PODE SER MELHORADO ? _____

ANEXO A – Subprefeituras da cidade de São paulo. Boletim do Conselho Municipal de saúde de São Paulo. jul-ago 2004.

