

**UNIVERSIDADE SANTO AMARO**

**Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar**

**Cristina Fialho**

**Helton Luiz Leite Machado**

**Letícia Fellone**

**Paulo Ramirez dos Santos**

**Rodrigo Ortuño de Melo**

**Tahuana Lamberte Pimentel de Oliveira**

**Vinicius Egidio dos Santos**

**PRONTO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE  
DO ATENDIMENTO**

**São Paulo**

**2018**

**Cristina Fialho**  
**Helton Luiz Leite Machado**  
**Letícia Fellone**  
**Paulo Ramirez dos Santos**  
**Rodrigo Ortuño de Melo**  
**Tahuana Lamberte Pimentel de Oliveira**  
**Vinicius Egidio dos Santos**

**PRONTO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE  
DO ATENDIMENTO**

Estudo apresentado pra a conclusão da disciplina  
Projeto Integrado I do Curso Superior de  
Tecnologia em Gestão Hospitalar da Universidade  
Santo Amaro – UNISA  
Orientador: Prof. Osvaldo Barbosa

**São Paulo**

**2018**

## INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade da assistência prestada é imprescindível para o planejamento e gerenciamento dos sistemas de saúde. O expressivo aumento da demanda por atendimento no Sistema Único de Saúde – SUS, e as situações conjunturais devido à crise financeira de hospitais, reforçaram a necessidade de se reavaliar a qualidade do atendimento prestado.<sup>(6)</sup>

De fato, segundo o consenso atual, a avaliação da qualidade deve basear-se tanto em critérios objetivos, como subjetivos, os primeiros reservados aos profissionais da saúde, os últimos dizendo respeito ao usuário.

Embora a avaliação atual tenha teorias e metodologias em sua prática institucional, a dimensão técnica operacional da avaliação se torna mais empírica do que teórico-metodológica.<sup>(2)</sup>

Deslandes SF reafirma que, o termo “satisfação do usuário” é referido diversas vezes nas literaturas nacionais e internacionais e é um conceito que se mostra vago tendo, em vista que cada usuário possui um padrão que considera aceitável, ruim, excelente ou péssimo, variando de indivíduo para indivíduo.

Assim como diversos fatores externos interferem na percepção do usuário quanto a qualidade do atendimento prestado, diversos fatores internos também têm grande participação, como financeiro, gestão de conflitos, fatores éticos e até mesmo a parte estrutural como o acesso, qualidade, estrutura física e organizacional tem influência na qualidade do atendimento.

Donabedian ET AL, 1980 reforça que os resultados dessas análises de satisfação não refletem as variações na forma como as pessoas estão sendo tratadas pelo sistema, indicando que a percepção dos usuários é

afetada por diferentes fatores e não somente pelo conceito de qualidade, o que em muitas situações dificulta a avaliação, pois estão ligadas nas suas expectativas pessoais.

O principal sentido dessa análise é a teorização da avaliação da qualidade nos serviços de saúde, transformando conceitos em estratégias, critérios em padrões, facilitando as tomadas de decisões e o aperfeiçoamento dos serviços.

No setor público, os custos crescentes dos serviços de saúde foram um dos elementos que favoreceram as políticas reformadoras e de restrição de gastos, e o surgimento de novos modelos de gestão visando maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços.

No estudo serão respondidas as seguintes questões: Qual é o perfil do paciente atendido do pronto atendimento avaliado? Qual o tempo de espera do paciente? Qual a avaliação do serviço pelos atuais usuários?

## **OBJETIVO**

Avaliar a satisfação do usuário de um pronto atendimento de um hospital público, na cidade de São Paulo, com base na qualidade do serviço.

## **METODOLOGIA**

A avaliação foi feita através da coleta de informações de um questionário desenvolvido pelo setor da qualidade do Hospital São Paulo e divulgado pelo PNASS e Humanizadas, realizado com 4639 usuários do pronto atendimento no ano de 2017, sobre a qualidade do atendimento prestado e suas experiências vividas e também através de referencial

bibliográfico sobre os diversos fatores inerentes a estrutura funcional de uma unidade de pronto atendimento.

## **ESTRUTURA FÍSICA**

As Unidades de Pronto Atendimento foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência e dependendo do caso atendido, eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados as UBS. De acordo com as suas atribuições as UPAs deveriam funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (SILVA ET AL.,2012).

De acordo com o porte das unidades, foram estabelecidas normativas para a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos médicos (Uchimura, LYT.; D'ávila Viana, AL.; Silva, HP.; Ibañez, N., 2015).

A área física é composta por uma sala de espera ampla, do tipo saguão, com bancos de madeira, para uso exclusivo dos usuários e seus acompanhantes; há um aparelho de televisão nessa sala, 2 banheiros, sendo um feminino e outro masculino, uma recepção com guichê aberto, sem vidros, um espaço reservado para a pré-consulta, uma pequena sala de acolhimento, uma sala de observação com 2 leitos para adultos e 4 cadeiras acolchoadas com braçadeira, outra sala equipada para atendimento de urgência (reanimação), com entrada exclusiva, espaço para aplicação de injetáveis, adaptado junto à sala de reanimação, uma sala de nebulização, um banheiro interno para pacientes em atendimento, 3 consultórios, um corredor interno em frente aos consultórios, com cadeiras

para os pacientes que aguardam pela consulta médica, cozinha equipada para refeições, sala de estar, depósito de roupas de uso, depósito de materiais, tipo almoxarifado, sala de coordenação, 2 banheiros e vestiário para funcionários.

O Centro de Saúde não dispõe, no local, de serviços de laboratório e radiologia, o que, em algumas situações, e de acordo com a gravidade dos casos, tem se tornado um problema. Esses serviços foram desativados em 1999 e 2001, respectivamente, devido ao seu sucateamento, dificuldades na manutenção de equipamentos e aquisição de insumos, assim como, à redução de trabalhadores pelas frequentes aposentadorias de funcionários federais e estaduais<sup>13</sup> e a dificuldade de reposição, na mesma proporção. Sendo assim, desde então, todos os exames de laboratório e de radiologia são realizados em serviços contratados pelo SUS. No caso do SPA, esses serviços não estão localizados próximo à unidade, nem organizados para dar resposta rápida, nos casos agudos e urgentes.

Todos os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) deverão obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com as disposições desta norma. Devem ainda atender a todas outras prescrições pertinentes ao objeto desta norma estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos. Devem ser sempre consideradas as últimas edições ou substitutivas de todas as legislações ou normas utilizadas ou citadas neste documento.

- Etapas de Projeto - Os projetos para a construção, complementação, reforma ou ampliação de uma edificação ou conjunto de edificações serão desenvolvidos, basicamente, em três etapas: estudo preliminar, projeto básico e projeto executivo. O desenvolvimento consecutivo dessas etapas terá, como ponto de partida, o programa de necessidades (físico-funcional) do EAS onde deverão estar definidas as características dos ambientes necessários ao desenvolvimento das atividades previstas na edificação.

- Avaliação de Projetos - Para a execução de qualquer obra nova, de reforma ou de ampliação de EAS é exigida a avaliação do projeto físico em questão pela Vigilância Sanitária local (estadual ou municipal), que licenciará a sua execução, conforme o inciso II do art. 10 e art. 14 da Lei 6437/77 que configura as infrações à legislação sanitária federal, Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde e Constituição Federal.

A avaliação de projetos físicos de EAS exige a documentação denominada PBA – Projeto Básico de Arquitetura (representação gráfica + relatório técnico).

Quando do término da execução da obra e solicitação de licença de funcionamento do estabelecimento, as vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais farão inspeção no local para verificar a conformidade do construído com o projeto aprovado anteriormente. A equipe de inspeção deve possuir necessariamente um profissional habilitado pelo sistema CREA/CONFEA.

- O parecer técnico deve ser conclusivo e conter a análise do PBA sobre cada um dos itens: Adequação do projeto arquitetônico às atividades propostas pelo EAS, Funcionalidade do edifício, Dimensionamento dos ambientes, Instalações ordinárias e especiais e Especificação básica dos materiais.

As estratégias organizacionais do pronto atendimento foram planejadas para que o atendimento ao cidadão pudesse sair do paradigma da desqualificação, a falta de profissionais qualificados, estruturas danificadas, escassez de recursos, que é presente entre a população usuária do sistema público de saúde. A busca por um atendimento com agilidade, tem como foco os 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.

UNIDADE FUNCIONAL 1- ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (mín.)	DEMONSTRAÇÃO (mín.)	
1.1 a 1.5	<b>Ações Básicas de Saúde</b>			
1.1	Sala de atendimento individualizado	1	9,0 m <sup>2</sup>	HF
1.1, 1.3, 1.4 e 1.5	Sala de demonstração e educação em saúde	1	1,0 m <sup>2</sup> por ouvinte	HF
1.1	Sala de imunização	1	6,0 m <sup>2</sup>	HF
1.5	Sala de armazenagem e distribuição de alimentos de programas especiais		1,0 m <sup>2</sup> por tonelada para empilhamentos com h= 2,0 m e com aproveitamento de 70% da m <sup>2</sup> do ambiente	
1.2, 1.4, 1.5	Sala de relatório		1,0 m <sup>2</sup> por funcionário	
1.11	<b>Enfermagem</b>			
1.11	Sala de preparo de paciente (consulta de enfermagem, triagem, biometria)		6,0 m <sup>2</sup>	HF
1.11	Sala de serviços		8,0 m <sup>2</sup>	HF
1.8, 1.11	Sala de curativos / suturas e coleta de material (exceto ginecológico)		9,0 m <sup>2</sup>	HF
1.11	Sala de reidratação (oral e intravenosa)		6,0 m <sup>2</sup> por paciente	HF,EE
1.11	Sala de inalação individual	1, obrigatório em unidades p/ tratamento de AIDS	3,2 m <sup>2</sup>	HF,FAM,FO,E
1.11	Sala de inalação coletiva		1,6 m <sup>2</sup> por paciente	HF,FAM,FO
1.11	Sala de aplicação de medicamentos		5,5 m <sup>2</sup>	HF
1.7	<b>Consultórios<sup>1</sup></b>			
1.7, 1.8	Consultório indiferenciado	NC=(A.B).(C.D.E.F.) *	7,5 m <sup>2</sup> com dim. mínimas=2,2 m	HF
1.7	Consultório de serviço social – consulta de grupo		6,0 m <sup>2</sup> = 0,8 m <sup>2</sup> /paciente	
1.7, 1.8	Consultório de ortopedia		7,5 m <sup>2</sup> ou 6,0 m <sup>2</sup> (= área de exames comum a outros consultórios com área mínima de 7,0 m <sup>2</sup> ). Dim. mínima de ambos=2,2 m	HF
1.7, 1.8	Consultório diferenciado (oftalmo, otorrino, etc.)		A depender do equipamento utilizado. Distância mínima entre cadeiras odontológicas individuais numa mesma sala = 1 m	HF
1.7, 1.8	Consultório odontológico coletivo		9,0 m <sup>2</sup>	HF,FAM,FVC
1.7, 1.8	Consultório odontológico		9,0 m <sup>2</sup>	
1.11	<b>Internação de Curta Duração<sup>2</sup></b>			
1.11	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de curta duração	6,0 m <sup>2</sup>	HF,EE
1.11	Área de prescrição médica		2,0 m <sup>2</sup>	
1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12	Quarto individual de curta duração	1	10,0m <sup>2</sup> = quarto de 1 leito 7,0m <sup>2</sup> por leito = quarto de 2 leitos 6,0m <sup>2</sup> por leito = quarto de 3 a 6 leitos Nº máximo de leitos por quarto = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m Na podotá e na geriatria devem ser previstos espaços para cadeira de acompanhante ao lado do leito	HF, HQ, FO, FAM, EE, ED
1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12	Quarto coletivo de curta duração			

Vide Portaria Conjunta MS/GAB nº 1 de 02/05/00 sobre funcionamento de estabelecimentos privados de vacinação e Portaria MS/GAB nº 44 de 10/01/01 sobre hospital-dia no âmbito do SUS.

<sup>1</sup> Admite-se consultórios agrupados sem ambientes de apoio, desde que funcionem de forma individual. Nesse caso os ambientes de apoio se resumem a sala(s) de espera e recepção e sanitário(s) para público e, caso haja consultórios de ginecologia, proctologia e urologia, sanitário para pacientes anexo à esses.

<sup>2</sup> Quando o EAS possuir unidade de internação, esta pode ser utilizada para manutenção de pacientes em observação pós-cirurgia ambulatorial.

O planejamento dos acessos facilita fluxo de pessoas, as sinalizações em todo o prédio garantem uma boa orientação ao 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.

## RECURSOS HUMANOS

Dentro de uma concepção de transformação que parte da consideração da opinião dos usuários do serviço, como propõe o grupo de avaliadores e que reforce o conceito de humanização do SUS, abrangendo as relações entre os profissionais de saúde e a própria instituição, na busca de condições mínimas de trabalho que deem suporte ao processo de atendimento humanizado.

O Serviço de Pronto Atendimento está ligado administrativamente à UBS e realiza atendimentos referente a Enfermagem, Pediatria e Clínica e de sala de observação e reanimação. Os procedimentos de enfermagem para aplicação de injetáveis, nebulizações e glicemia capilar são realizados mediante a apresentação da prescrição médica. Os demais fazem parte da dinâmica de atendimento (pressão arterial, eletrocardiograma, oximetria de pulso, soroterapia, administração de medicamentos, sondagens vesicais e enterais, etc). Esse serviço oferece atendimentos vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, sem folga (24x7x365).

O recurso humano do pronto atendimento é composto por dois grupos: O corpo administrativo, que soma 25 funcionários, gerência, assistente administrativo, auxiliares administrativos, analistas de suportes técnicos, auxiliares de manutenção, copeira, auxiliar de almoxarifado e orientador de público.

É dentro do quadro administrativo que se encontram 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 as tarefas a serem desenvolvidas.

Na recepção estão em contato com o público para gerarem cadastro, declarações de comparecimento e conferência de documentação. O arquivo contém processos que são a fase terminal da burocracia que envolve consultas e exames.

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.

A unidade do pronto atendimento é dividida em duas gerências, administrativa e 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 clínico, tem sua relação operacional com um dos gerentes, mas para que se tenha resolução rápida de problemas todos os colaboradores têm acesso aos dois gerentes.

## CONFLITO

Embora a qualidade no atendimento tenha sido bem avaliada entre os usuários (Muito bom 32,49%, Bom 62,88%), a grande maioria não sabia onde realizar as reclamações (83,36%) e não sabia os nomes dos profissionais que os atendeu (78,01%). Esses são exemplos claros onde a falta de acolhimento e humanização afeta a qualidade do atendimento e reflete nos indicadores de qualidade do pronto atendimento.

Em algumas instituições os trabalhadores estão se auto protegendo das dificuldades da vida dos usuários, pois preferem não se envolver com as situações difíceis que eles enfrentam, fazendo com que o trabalhador separe a pessoa da doença e trate apenas a doença (Teixeira; Mishima; Pereira, 2000).

Nesse modelo, os profissionais acabam tratando doença, como se a doença fosse apresentada da mesma maneira e com as mesmas características em todos os pacientes. Assim, as individualidades de cada pessoa ficam em segundo plano. Fatores sociais, econômicos, o sofrimento físico e psíquico, também podem ser desvalorizados, não fazendo parte das necessidades a serem tratadas (LIMA, 1998).

Para Campos (1994, 1997b) e Merhy (1997a) esse modo de agir do trabalhador da saúde, torna os processos de trabalho previsíveis e estruturados e faz com que os agentes desse processo deixem de ser sujeitos e passem a ser meros cumpridores de rituais, trocando a complexidade da vida pela simplicidade do raciocínio lógico, tornando os procedimentos e atos terapêuticos eficientes em si e justificados pela frieza do rigor científico. Sendo assim, perdem a noção de seu objeto de trabalho, tornando - se aficionados pelos exames, os remédios, os atos, as campanhas e os programas de saúde, fazendo com que a relação com o usuário seja burocrática e despersonalizada. Campos (1994, 1997b) complementa, alegando que no campo da saúde esse padrão de alienação faz com que o trabalhador se descomprometa com a cura do paciente, no

máximo lhe é exigida a parte do tratamento que é atribuída a cada profissional, o exame X, a terapêutica Y. Outro tipo de alienação, diz respeito à divisão do trabalho que leva à fragmentação das ações e, com isso, separa o trabalhador da sua atribuição, quando o trabalho é realizado de forma segmentada, através de intervenções isoladas, o produto final é a própria intervenção, tornando-se os atos esvaziados de sentimento e conseqüentemente tirando a responsabilidade do trabalhador pelo cuidado prestado.

É de responsabilidade do gestor, estar atento ao nível de acolhimento e humanização que está sendo oferecido pela equipe assistencial, fazendo com que seja feita a junção entre a qualidade da assistência, com o cuidado a doença e a qualidade do acolhimento, tratando o ser humano.

## **QUALIDADE ATENDIMENTO**

Vários fatores e recursos fazem parte dos serviços oferecidos aos pacientes, como os tecnológicos, a resolutividade da atenção, a acolhida, as condições de acesso (distância da moradia, as formas, o tempo e o custo de deslocamento), a agilidade no atendimento, a destreza na marcação de exames ou encaminhamento para outros serviços, a gravidade ou a urgência do problema/necessidade, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais, serviços e com o Sistema de Saúde, mas o modelo de assistência predominante no ideário da população ainda é o da atenção médico-hospitalar. (LUDWIG, 2000 ET AL).

Conforme Degani (2002) a procura por serviços de saúde não ocorre apenas pelo desejo ou pela esperança do atendimento, mas se fundamenta nas experiências vividas pelo paciente, vizinhos ou familiares, que acabam determinando qual o serviço que deverá ser acessado, assim como a facilidade de acesso, a tecnologia disponível e maior resolutividade dos serviços ofertados.

Segundo Ramos (2001), o acesso e acolhimento, referem-se à escolha do serviço de saúde que é fortemente influenciada pela forma como o usuário é recebido pela equipe de profissionais, sendo a confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe, são fatores marcantes na sua tomada de decisão.

Segundo LUDWIG (2000), esse fenômeno deve-se à baixa resolutividade nos serviços de atenção básica, ao encaminhamento informal dos profissionais da saúde para o que não pode ser resolvido no âmbito do ambulatório, a falta de organização e hierarquia do sistema, um aumento da demanda e uma pequena oferta de serviços, fazendo com que haja superlotação, desconforto, demora para o atendimento e má qualidade da assistência prestada nos hospitais. A satisfação do usuário pelo atendimento recebido está diretamente relacionada ao acesso, pois sendo difícil consegui-lo, quando obtido, gera imensa gratidão por parte do usuário, fazendo com que não reclame do desconforto vivenciado. E a avaliação realizada pelos usuários sobre o atendimento prestado, tem como base uma noção de bom e ruim, certo e errado, pois, não possuem conhecimento técnico suficiente para avaliar as ações a que são submetidos e assumem um discurso contraditório entre revelar as deficiências do serviço e a gratidão por ter obtido o atendimento no local.

Diversos estudos têm sido realizados, buscando avaliar o grau de satisfação dos usuários dos serviços de saúde (Santos, 1995; Kloetzel et al., 1998; SHIDER; PALM, 2002; MULLER, 2003; MATEOS et al., 2009). Um dos principais pontos discutidos nesse caminho é a crescente e cada vez mais consensual opinião de que a maioria das ações de saúde não tem levado em consideração a concordância e a aceitação do paciente (Resende et al, 1999).

A humanização do atendimento é uma necessidade gritante nos serviços de saúde. A falta de comprometimento, respeito e atenção por falta

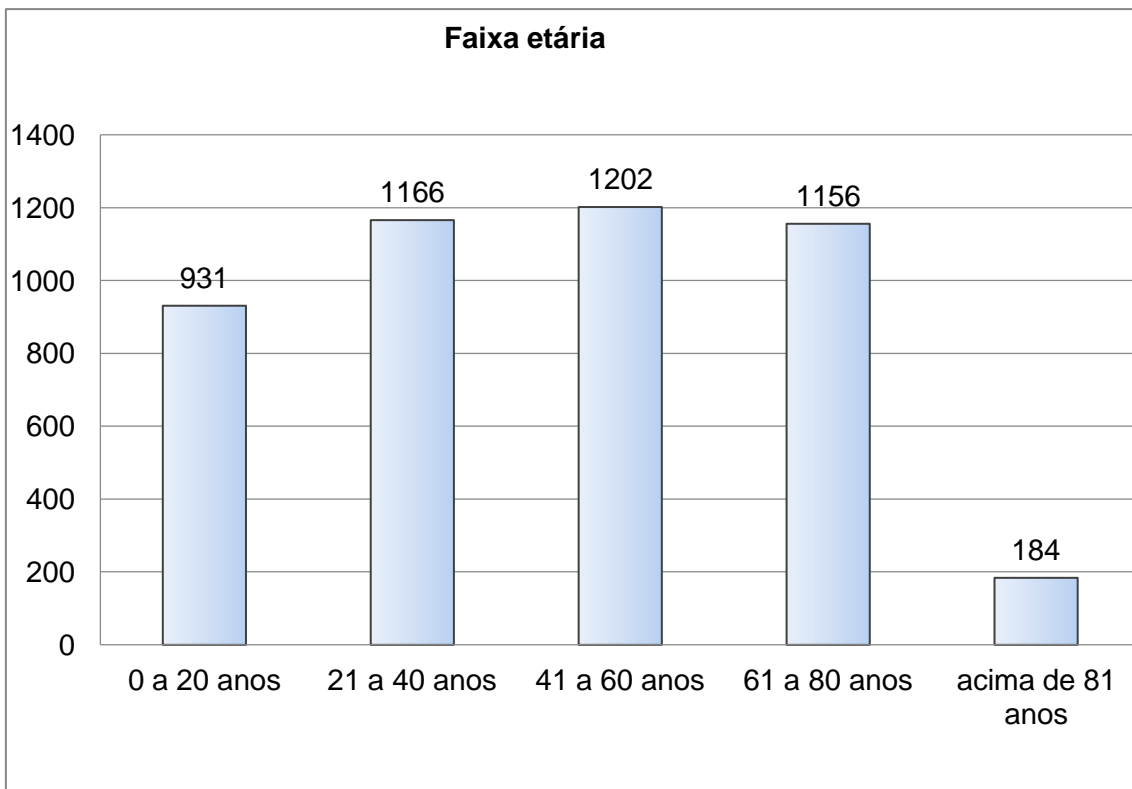
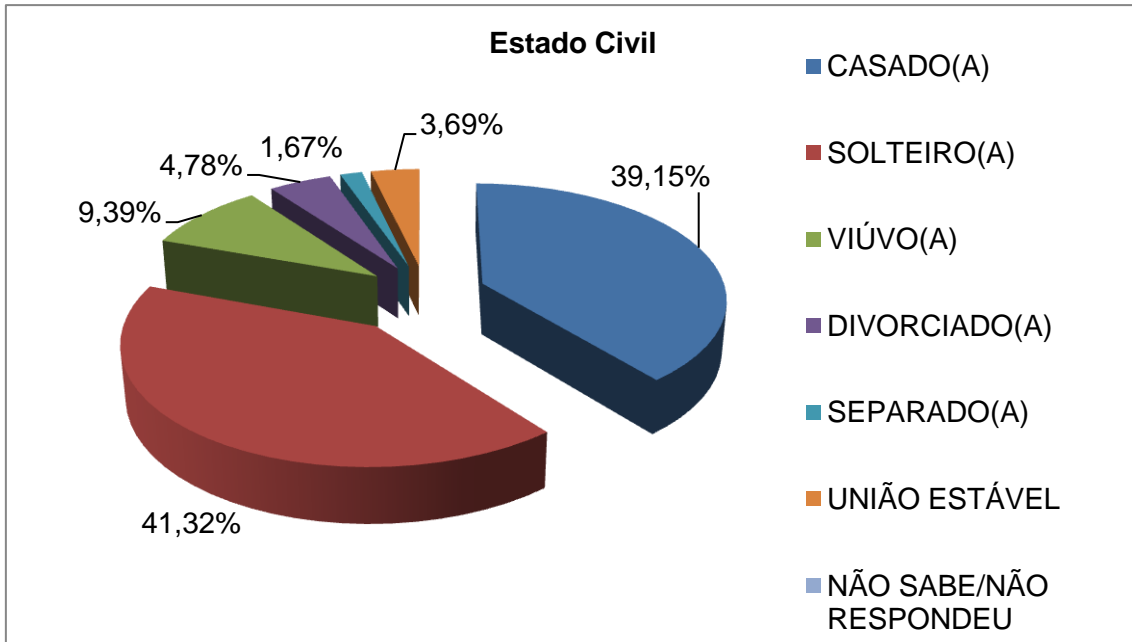
do profissional são umas das principais causas de insatisfação do usuário. Deve ser instaurada uma política de acolhimento do usuário, seguindo-se as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004), que inclua toda a equipe do serviço, desde o guarda ou vigia da unidade até o médico. O acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário. Aspectos como vínculo, resolutividade e desempenho profissional estão relacionados com o acolhimento. Também, o atendimento humanizado do paciente proporciona segurança a este e fortifica a relação profissional-paciente, contribuindo inclusive na melhora da saúde do paciente (BRASIL, 2004). O despreparo da equipe e a falta de um treinamento e capacitação, ficam evidentes ao se observar a falta de cuidado no atendimento do paciente. Muitas vezes, o processo de contratação é feito sem concurso público e o favorecimento político para a ocupação dos cargos é marcante, empregando pessoas sem perfil para o trabalho.

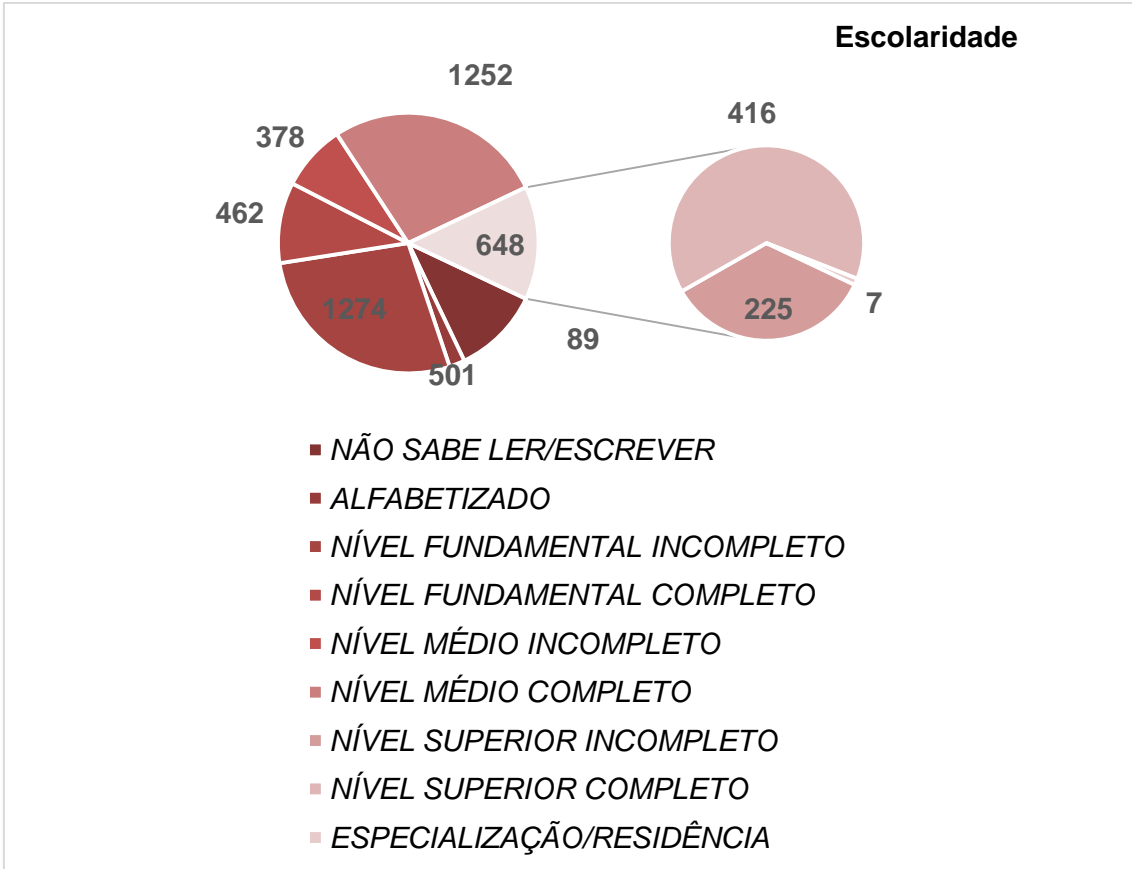
Nessa linha de raciocínio, podemos abordar alguns pontos interessantes no aspecto da qualidade do atendimento, como o tempo de espera para ser atendido dentro do pronto atendimento (até 30 minutos 23,93%, até 1 hora 60,98%, até 2 horas 11,68%, até 4 horas 2,72% e até 12 horas 0,69%), ou como o usuário avalia o tempo de espera (Muito Bom 21%, Bom 66,65%, Regular 6,51%, Ruim 4,63 e Muito Ruim 1,21) ou até mesmo o nível de informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde (Muito Bom 36,58%, Bom 59,93%, Regular 1,62%, Ruim 1,27%, Muito Ruim 0,34% e Não Soube Responder 0,26%).

## **RESULTADOS**

A predominância no atendimento do Pronto Socorro é de mulheres, que a maioria dos pacientes atendidos tem até 60 anos e que aproximadamente a metade do público se considera Branca, a maioria são solteiros e grande parte possuem como nível de escolaridade médio

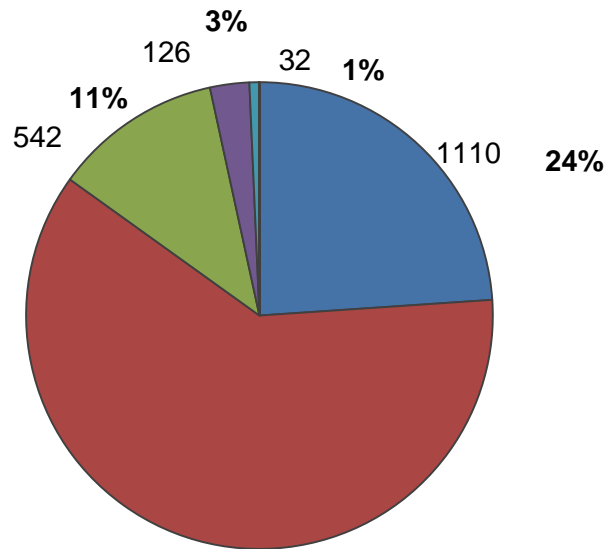
completo.





A grande maioria dos atendimentos são considerados Bom ou Muito Bom o que nos indica que a satisfação do usuário vem sendo alcançada e as vezes até superada.

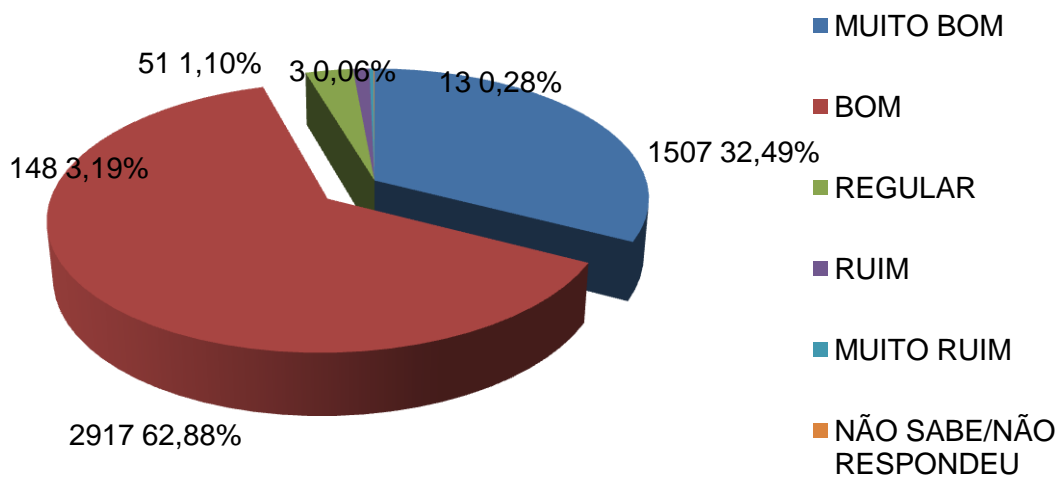
### Tempo de espera do atendimento dentro do serviço



[VALOR] 61%

- ATÉ 30 MINUTOS
- ATÉ 1 HORA
- ATÉ 2 HORAS
- ATÉ 4 HORAS
- ATÉ 12 HORAS
- MAIS DE 12 HORAS

### Avaliação do estabelecimento de saúde



## CONCLUSÃO

Concluimos que o atendimento humanizado do paciente proporciona segurança e fortifica a relação profissional-paciente, contribuindo inclusive na melhoria da saúde do paciente. Deve ser instaurada uma política de acolhimento do usuário, seguindo-se as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004), que inclua toda a equipe do serviço, desde o guarda ou vigia da unidade até o médico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen TH. Theory-driven evaluations. Beverly Hills: Sage; 1990.
2. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad Saúde Pública 1997; 13:103-7.
3. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982; 16:577-82.
4. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services: exploration in causality. Med Care 1989; 27:705-23.
5. Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm 2003; 56(1): 52-6.
6. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114
7. MS (Ministério da Saúde) 2002. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em <[www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm)>. Acessado em 13 de dezembro de 2003.
8. MS (Ministério da Saúde) 2003. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília.
9. DONABEDIAN, A., 1988. The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260:1743-1754.
10. Donabedian A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. México, DF: La Prensa Mexicana; 1984.
11. Trad, LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública 1988; 14(2): 429-35.
12. Murray CJL, Kawabata K, Valentine N. People's Experience Versus People's Expectations. Satisfaction measures are profoundly influenced

- by expectations, say these WHO researchers. *Health Affairs* 2001; 20(3): 21-4.
13. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM (orgs.). *Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005: 9-10.
  14. Boaretto MC 2003. *Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro.
  15. 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.
  16. 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: capturado em: 30/jan/2003.
  17. SILVA, G. S. et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012.
  18. (BRASIL ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDCNº 50, 21/02/2002.)
  19. TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, v.53, n. 2, p. 193- 206, abr./jun. 2000
  20. LIMA, M.A.D. da S. O trabalho de enfermagem na produção de cuidado de saúde no modelo clínico. 1998. (Tese Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1998.216f.
  21. MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.
  22. CAMPOS, G. W. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 175p.
  23. CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 1997. v. 3, n. 13, p. 469-478.
  24. LUDWIG, M. L. M. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. 2000. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
  25. COHN, A. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. Cap. 3, p.67-91.

26. DEGANI, V. C. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. 2002. 197f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
27. RAMOS, D. D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde. 2001. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001