



## ***A QUALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA: UM DIREITO DO POVO BRASILEIRO.***

Vilma Karla da Silva Aguiar<sup>1</sup>, Rafaela Rodrigues Lins<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal Rural de Pernambuco  
E-mail para contato: vilmakarla18@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal Rural de Pernambuco  
E-mail para contato: Rafaela.lins@ufrpe.br

**RESUMO** – A excelência em Qualidade na Gestão da Saúde Pública é algo que não combina com a realidade que se vive nos dias de hoje no Brasil. Na atualidade o sistema unico de saude enfrenta uma serie de problemas que afeta consideravelmente a oferta de seus serviços. Neste sentido a presente pesquisa tem o objetivo de analisar a qualidade dos serviços prestados na Saúde Pública e quais os efeitos da utilização das ferramentas da qualidade. Neste contexto, foi realizada uma pesquisa de cunho bibliográfico com respaldo em pesquisadores, onde se procurou analisar a não utilização das ferramentas da qualidade na gestão da saúde pública e a falta de preparo dos gestores. O presente estudo permiti compreender a importancia da implantação de ferramentas de gestão de qualidade. Acredita-se que estes achados possam contribuir para o desenvolvimento de futuros trabalhos, além de fornecer subsídios para a reorganização de atividades na area do sistema unico de saude.

**Palavras-chave:** Excelência. Qualidade. Gestão Pública da Saúde.

### **1. INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal/88, em seu Artigo 196, afirma que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, onde todo o cidadão deveria ter garantido, através das políticas sociais, a chance de ter o risco de doenças reduzido e ainda ter acesso igualitário a prestação de serviços de saúde pública com qualidade.

A gestão pública tem o dever de promover com excelência os serviços de saúde e tem a responsabilidade de oferecer proteção e prevenção com qualidade as questões que possam atingir a sociedade. Buscar a excelência na Gestão da Saúde Pública é algo que deve estar presente na vida cotidiana de todas as Secretarias de Saúde do país.

Quais são as causas da falta de excelência na qualidade dos serviços prestados? Esta pergunta motivou a realização deste trabalho de conclusão de curso. Segundo Rohem (2015, p.09) “A má qualidade, a falta de excelência e a não utilização das ferramentas se dá principalmente pela incapacidade dos gestores em administrar os recursos, pela falta de planejamento e pela falta de preparo dos profissionais atuantes na área da saúde pública”. Na realidade se os gestores não se prepararem para administrar os órgãos de saúde pública, não vai haver mudança.



A importância deste artigo está em conhecer as causas da falta de excelência relacionada à qualidade nos serviços de saúde pública. Sendo relevante que se faça uma avaliação dos efeitos da Gestão da Qualidade na saúde pública e da necessidade da utilização das ferramentas da qualidade para que se possibilite a melhoria dos serviços de saúde pública prestados a sociedade e que os usuários se sintam satisfeitos com o que está sendo oferecido.

O objetivo geral deste trabalho é discutir sobre a questão da qualidade dos serviços prestados na Saúde Pública. Os objetivos específicos são: conceituar a saúde no campo de direito do cidadão brasileiro e apontar a utilização das ferramentas de qualidade na saúde pública com foco na excelência em qualidade.

## 2. METODOLOGIA

Com a perspectiva de desenvolver uma análise de conteúdo que respondesse a todos esses questionamentos, buscou-se por produções de conhecimento na área de gestão em saúde, visto ser este o campo de interesse investigativo. Dessa forma, foram selecionados artigos e monografias que concentravam o seu conteúdo na discussão sobre o tema. Portanto, a pesquisa em questão pautou-se pela análise bibliográfica exploratória, de forma qualitativa, que de acordo com Minayo (2009, p. 21) “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social [...]”.

Observa-se que a pesquisa se construiu em duas etapas. A primeira consiste em um levantamento bibliográfico, pautado nos descritores: gestão pública e gestão de saúde pública, os quais proveram as condições para o levantamento empírico.

No intuito de conceituar termos como sistema único de saúde e qualidade da saúde pública, pesquisaram-se materiais compilados em base de dados indexadas, e multidisciplinares que embasem o referencial teórico deste estudo.

## 3. A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

### 3.1. Saúde Pública no Brasil

No Brasil a intervenção estatal nos serviços de saúde vem desde a época colonial, mas somente no período republicano que essa se efetivou. “A vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde”. (fonte: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-saude-publica-e-o-direito-constitucional-brasileiro/>. Acesso em 20/08/2021)

A cidade do Rio de Janeiro neste período apresentava o principal porto do país e com isso se tornou o centro das ações sanitárias, devido a sua importância econômica, sendo assim ocorreram grandes modificações nesse setor com o intuito de preservar a característica de pólo exportador de mercadorias.

Em 1829, foi criada a Imperial Academia de Medicina, que funcionou como órgão consultivo do imperador D. Pedro I nas questões ligadas à saúde pública nacional, “época em que também surge a Junta de Higiene Pública que não apresentou eficácia no cuidado da saúde da população”. (fonte: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-saude-publica-e-o-direito-constitucional-brasileiro/>. Acesso em 20/08/2021)



Devido ao quadro de fragilidade que apresentavam as medidas sanitárias à população era levada a buscar outros meios para lutar contra as próprias doenças e a morte. Os mais abastados buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a surgir no Rio de Janeiro, ao passo que a população menos favorecida buscava a ajuda de curandeiros, que eram os responsáveis pelo tratamento daqueles que tinham pouco dinheiro para arcar com os custos médicos.

A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da população, fato este que fez com que o Brasil, ao final do segundo reinado, fosse conhecido como um país insalubre. A proclamação da República em 1889 sinalizou uma esperança de progresso ao povo brasileiro.

A saúde Pública até o início do século XX estava disponível a uma parcela pequena da população, poucos tinham acesso aos serviços de saúde. O período de 1900 a 1920 foi caracterizado por um forte desenvolvimento econômico devido à expansão das indústrias cafeeiras e a chegada dos imigrantes. Com isso, eram desenvolvidas apenas ações sanitárias e o controle de endemias e epidemias como a varíola, malária, febre amarela.

Nesse contexto, a medicina tomou sobre si o papel de guia do Estado para assuntos de ordem sanitária, assumindo um comprometimento de garantir a melhoria da saúde individual e coletiva sendo esta iniciativa parte do projeto de modernização e desenvolvimento do país.

Baseados em conceitos oriundos da Europa sobre saúde, o Brasil começou a se voltar para o estudo e a prevenção das doenças e com isso desenvolver outras formas de atuação nos surtos epidêmicos. Sendo assim, desenvolveu-se uma área científica chamada de *medicina pública, medicina sanitária, higiene* ou somente *saúde pública*.

A saúde pública era complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que assolavam a população, qual seja, a *epidemiologia*, que é caracterizada por ser o ramo da saúde que estuda na população a ocorrência, a frequência, a distribuição e os fatores determinantes de eventos relacionados com a saúde.

Os governos republicanos despenderam grande incentivo às ações de saúde ocorrendo, devido a isto, uma reorganização dos serviços sanitários. A antiga junta e inspetorias de higiene provinciais foram substituídas pelos serviços sanitários estaduais esses serviços pouco fizeram pela melhoria da saúde popular.

A partir dessas ações é que foi desenvolvido o Modelo sanitarista – campanhista que apresentava como objetivo preservar e manter a mão-de-obra da população. Esse modelo perdurou até a década de 40.

A ideia de que a população constituía capital humano e de que precisava de indivíduos sadios que trabalhassem para o desenvolvimento do país, levou os governos republicanos pela primeira vez na história do Brasil a elaborarem planos de combate às enfermidades que reduziam a produção da população. A participação do Estado tornou-se global, pois não se estendia somente aos períodos acometidos pelos surtos epidêmicos.

O Estado intervinha nas questões relativas à saúde individual e coletiva e com isso foi criada uma “política de saúde”. Contudo, diante de tal política, que não produzia eficácia isolada, foi necessário associar projetos governamentais voltados para outros setores da sociedade como educação, habitação, alimentação, transporte e trabalho. A presença, e a atuação do Estado nessas áreas recebem o nome de *política social*.

Desde remotas épocas, a política social tem sido o setor menos privilegiado, o regime republicano manteve, mesmo que apenas em boa parte, a política de desigualdade que



beneficiava os grupos sociais mais ricos e, conseqüentemente, prejudicando a maioria da população com condições precárias de vida. O trabalhador que se encontrava doente e mal alimentado tem a sua produtividade reduzida, pois não possui forças e condições adequadas para realizar as suas tarefas cotidianas e com isso tornando mais difícil a superação da pobreza.

Para Bertolli ( 2008)

A forte intervenção higienista em São Paulo a partir dos últimos anos do século XIX, especialmente na capital e nos portos de Santos, só foi possível porque a rica oligarquia local decidiu destinar grandes verbas para a área da saúde pública. Foram às maiores quantias até hoje investidas na saúde, em relação ao total de recursos anuais aplicados por um estado brasileiro. (BERTOLLI, 2008, p. 17).

Devido ao quadro precário que se encontrava a saúde brasileira, muitos pesquisadores e estudiosos relacionavam a pobreza e a miséria como sendo as grandes causas das doenças. O sucessivo crescimento da população urbana resultou em um aumento do número de pessoas enfermas. O Brasil, devido a esses problemas, estava necessitando urgentemente de intervenção do governo no setor sanitário, posto que saúde e desenvolvimento econômico são ações paralelas, uma depende da outra.

No ano de 1913, o médico-sanitarista Oswaldo Cruz foi convocado pelo governo brasileiro para traçar um plano de ação para erradicação das várias doenças que estavam assolando a população na região da Amazônia, pois esta região era de extremo interesse para a economia brasileira. No restante do país, o Estado voltou seu interesse somente para as regiões portuárias como Rio de Janeiro, Santos, Belém, Recife e Salvador.

Como mencionado anteriormente, a cidade do Rio de Janeiro foi a que mais recebeu investimentos em ações médicas, por ser considerada a porta de entrada do Brasil e também o centro exportador das mercadorias oriundas do país. Em um curto espaço de tempo a Capital Nacional ganhou novas reformulações devido aos modernos padrões sanitários e de arquitetura. Como conseqüência dessas mudanças, ocorreu à diminuição dos óbitos que eram causados pelas doenças endêmicas, foi um período de grande progresso à população carioca.

O momento mais tenso do processo de modernização das cidades, inclusive da cidade do Rio de Janeiro, foi à imposição do médico Oswaldo Cruz ao Congresso Nacional para a aprovação de uma lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola.

O povo brasileiro se mostrou muito arredio ao processo de vacinação, pois a população não era esclarecida sobre a importância dessa intervenção. Foi um período muito tumultuado e de grande violência por parte das autoridades policiais.

Como conseqüência desses atos, foi deflagrada a Revolta da Vacina e inúmeras foram às manifestações contrárias as medidas impostas pelo governo, dando origem a diversos movimentos de oposição. Devido a esses fatos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando a mesma opcional à população.

A revolta exigiu que o Estado e as ciências médicas buscassem outras formas de relacionamento com o povo, organizando melhor as ações de saúde coletiva.

Essas medidas, em maiores ou menores proporções, foram atingindo as outras capitais estaduais e também as cidades do interior, proporcionando uma diminuição nos índices de mortalidade e morbidade (esse índice indica a incidência de uma determinada doença na população) de doenças que vitimaram grande parte da população urbana e rural por vários anos.



Cabe ressaltar que esse progresso foi significativo para a população mais rica, pois os pobres continuavam vivendo em moradas precárias e com poucas condições sanitárias. No ano de 1918, a gripe espanhola, acometeu o mundo todo inclusive o Brasil, fazendo com que vários políticos e médicos abandonassem os grandes centros urbanos, deixando a população à mercê da própria sorte. Nesse período, foi notificado mais de meio milhão de mortes ocasionadas pela gripe.

Passado o período das oligarquias, a *Era Vargas* foi de extrema importância no setor da saúde. As políticas sociais foram à justificativa para seu autoritarismo perante a sociedade brasileira. A institucionalização da saúde pública estava incluída no conjunto de reformas realizadas por Getúlio Vargas desde outubro de 1930, passando a área sanitária a integrar o setor educacional. Com isto, foi formado um Ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública.

Com a formação do Ministério ocorreu uma grande reformulação dos serviços sanitários do país. As novas mudanças no setor da saúde mostravam o comprometimento do Estado em preservar pelo bem-estar sanitário da população brasileira, isso era uma característica do centralismo da política imposta por Vargas.

O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual (...). (Antonio Carlos Pacheco e Silva. Direito à saúde. São Paulo, s.c .p,1934.p.56. Autor, médico paulista e foi deputado Constituinte de 1934)

A saúde começou a partir do século XX, no início do período da república, a receber mais atenção e, com isso, mais verbas do governo estadual. Começou a se formar um sistema de saúde descentralizado de acordo com as necessidades de cada região.

Nesse tipo de sistema, além do atendimento à população e devido à gravidade e a necessidade, o paciente era encaminhado para internação hospitalar. Em São Paulo a situação era diferente, pois se optou por uma organização centralizadora do serviço de saúde, deixando de lado a agilidade dos atendimentos, focando somente em enfermidades específicas.

No ano de 1923, foi aprovada a Lei Elói Chaves, que criava as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). Esse órgão é considerado o marco inicial do sistema previdenciário no Brasil.

As CAPS eram financiadas pela União, empregados e empregadores. Ofereciam aos segurados, medicina curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez e pensão para os dependentes. Os beneficiários eram os trabalhadores pertencentes a grandes empresas, como marítimos e ferroviários.

O modelo criado por Elói Chaves foi parcialmente adotado pelo presidente Getúlio Vargas, que na década de 30 o aplicou as diversas categorias profissionais. No entanto, as caixas de aposentadoria e pensão apresentavam serviços irregulares, possibilitando pouca cobertura aos doentes mais graves.

Segundo Paulos e Cordoni “A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Eram instituições que compreendiam os trabalhadores, agrupados de acordo com as atividades que exerciam”. (PAULUS e CORDONI, 2006, p. 42).



Em 1929 ocorre a crise financeira mundial e com isso o país passa por um processo de industrialização. A saúde pública então acaba por perder importância no cenário nacional, oferecendo-se somente assistência médica individual para reprodução e manutenção da força de trabalho.

No ano de 1930, a política toma um novo rumo no país quando se dá início a Era Vargas. Após o golpe de 1937 que criou o Estado Novo, o presidente Vargas direcionou seus interesses para a população urbana que estava empregada nos setores industriais e comerciais.

A atuação de Vargas no setor da saúde dos trabalhadores representou um avanço em relação ao período anterior. Devido à nova legislação que possibilitava a assistência médica a muitos indivíduos que antes eram completamente desamparados e que ficavam à mercê da própria sorte, no presente governo obtiveram uma maior atenção. Um fato importante deste período foi o investimento do governo em campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação em saúde.

A Constituição Federal de 1934 proporcionou algumas garantias aos empregados, tais como assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos que se seguiram mais alguns benefícios foram concedidos à população como, por exemplo, o salário mínimo. Em 1943 ocorreu o estabelecimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

De acordo com a CLT, o trabalhador obteve algumas garantias trabalhistas obrigatórias como o pagamento de salário mínimo, indenização aos acidentados, tratamento médico aos enfermos, o pagamento de horas extras, férias remuneradas a todos os trabalhadores que possuíam carteira de trabalho.

A política de saúde adotada por Vargas possibilitou o atendimento aos operários doentes e seus dependentes. Começaram assim a se estruturar os setores previdenciários, que foi ampliado ao decorrer dos anos, tornando-se o principal eixo de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos.

Durante o governo Vargas ocorreu uma nítida diminuição das mortes por doenças epidêmicas, principalmente nos grandes centros urbanos do Sudeste e do Sul do país. No entanto, verificou-se o aumento da proliferação das chamadas doenças de massa, que atingem milhares de pessoas. Apesar da expansão da cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos e das novas técnicas no combate das enfermidades rurais, o Brasil permanecia como um dos países mais enfermos do continente.

Em 1946, no governo do presidente Eurico Gaspar Dutra estabeleceu como uma de suas prioridades a organização dos serviços públicos nacionais.

No ano de 1948 é elaborado o plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), em 1953 com a Lei n.º 1920. Ainda sob a influência do plano de governo, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que tinha por objetivo às atividades de caráter coletivo.

Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações. (Site:Ministério da Saúde, acessado em 15/04/2021).

Após a criação do Ministério da Saúde, em 1956 surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como objetivo executar e organizar os serviços de investigação sobre as doenças parasitárias que ainda assolavam o país, dentre elas, pode-se citar a malária.



O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados. (Site: Min. Saúde)

### Segundo BERTOLLI,

As áreas rurais ficavam sob a responsabilidade quase exclusiva do Ministério da Saúde. As regiões industriais e densamente povoadas eram atendidas principalmente pelos hospitais e clínicas próprios ou conveniados com os institutos de pensões e aposentadorias, mantidos pelos trabalhadores e seus patrões. (2008, p.42).

Através dessa passagem, pode-se constatar que o acesso à saúde ainda estava restrito a uma parcela reduzida da população, apenas os trabalhadores que possuíam carteira assinada que dispunham desse serviço.

Ao final da década de 40 ocorreu uma grande movimentação dos sindicatos com o intuito de forçar o governo a reexaminar a vigente legislação previdenciária, pois ocorreu um aumento dos trabalhadores e seus dependentes que possuíam o direito ao tratamento de saúde que era financiado pelos institutos e caixas. Nessa mesma época, nota-se o aumento do número de aposentados por tempo de serviço.

De acordo com BERTOLLI, em 1945, “existiam cerca de dois milhões de pessoas vinculadas aos institutos previdenciários. Duas décadas depois, esse número chegava a quase oito milhões de trabalhadores, sem contar os dependentes”. (2008, p. 43).

Devido à pressão dos sindicatos e com uma sequência de leis federais que asseguravam o atendimento de saúde aos segurados, as caixas e os institutos tiveram que elevar o valor da porcentagem destinada ao pagamento de tratamentos médicos. Com o aumento do número de segurados isso fazia com que as administrações dos órgãos previdenciários fossem precárias.

Em 1960, visando aperfeiçoar o sistema, o governo federal sancionou a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops). O feito principal estabelecido pela Lops foi igualar as contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para o instituto o qual estivessem filiados. Com a nova legislação todos os segurados passaram a contribuir com 8% de seu salário para a Previdência; os empregadores e o governo federal pagariam idêntico valor, ( BERTOLLI, 2008 p. 44).

A saúde no regime militar sofreu grandes transformações. Houve uma restrição na participação democrática, ocorrendo uma exclusão dos representantes dos trabalhadores do Instituto de Aposentadoria e Pensão, devido a um aumento de contribuintes previdenciários. Os sucessos obtidos pela medicina também foram calorosamente divulgados pela ditadura, destacando-se o primeiro transplante de coração da América Latina, realizado em maio de 1968 pelo médico Euríclides de Jesus Zerbini e sua equipe, segundo menciona BERTOLLI (2008. p. 50).

Um dos fatores mais importantes que ocorreram no período da ditadura foi à redução das verbas destinadas ao Ministério da Saúde. O governo estava apenas interessado em



segurança e desenvolvimento, fato este que contribuiu com o aumento nos custos com os ministérios: militares, transportes, indústria e comércio; fazendo com que a saúde ficasse designada em segundo plano.

O Ministério da Saúde privilegiava a saúde individual e não a coletiva, o que alterou profundamente a linha que deveria seguir, pois o serviço era para estar à disposição de toda a população e não apenas para uma minoria.

Com menciona BERTOLLI,

Embora o Ministério da Saúde retomasse o compromisso de realizar programas de saúde e saneamento, conforme estabelecido no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) de 1975, não se alterou significativamente a situação de abandono em que se encontrava a saúde pública. O resultado foi trágico, com o aumento de enfermidades como a dengue, meningite e a malária. Quando tais doenças se tornavam epidêmicas, as autoridades da ditadura recorriam à censura, impedindo que os meios de comunicação alertassem o povo sobre a ameaça. (BERTOLLI, 2008, p.52).

Diante do quadro em que se encontrava o país o governo procurou regularizar a situação social. Nessa época devido à concentração e centralização da previdência social foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, ocorrendo a unificação de todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. O INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho.

O INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias, segundo BERTOLLI (2008 p. 54).

O Estado era o único responsável pelas atividades destinadas à assistência médica, aposentadoria e pensões que eram destinados aos familiares dos trabalhadores. No entanto, todo esse serviço oferecido era descontado mensalmente do salário do trabalhador.

O INPS dava sinais de uma instituição extremamente fraca e que não conseguia cumprir com sua função. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). A assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. (PAULUS e CORDONI, 2006).

Em 1974, surge o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), ambos criados para suprir a grande demanda curativa.

O FAS era quem financiava as ações cobrando juros mais baixos. O PPA era composto por ações com o intuito de solucionar os casos de urgência que o segurado necessitava e também o atendimento ambulatorial, este último dirigido a toda população nos casos de urgência. Os recursos advindos do plano eram utilizados na construção de hospitais privados, os quais garantiam o retorno do capital através do credenciamento junto ao INPS. (PAULUS E CORDONI, 2006).

Já no ano de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde que tinha como finalidade tornarem mais eficazes e com baixo custo as ações de saúde em todo país.

Em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que foi um marco para o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Esse movimento lutava contra a ditadura militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde. (PAULUS E CORDONI, 2006).





O movimento estimulou a elaboração de um documento intitulado Pelo direito universal à saúde que destaca a necessidade do Estado de se comprometer efetivamente com a saúde da população. O texto ressaltava que o acesso à assistência médico-sanitária era um direito do cidadão e dever do Estado prestar esse serviço.

Segundo Bertolli “Este documento serviu de base nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte de 1988, o qual incluiu propostas da população e também de profissionais da área da saúde”. (2008, p.63).

Em 1977, o governo cria o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) através da Lei nº 6.439 / 77. O SINPAS aglomerou várias outras instituições como, por exemplo, o INPS. No mesmo ano o Ministério da Saúde já direcionava as suas ações em esferas municipais com o intuito de formar uma rede básica de saúde voltada para a atenção primária.

Em maio de 1978 a atenção primária à saúde tornou-se prioridade dos municípios deixando os casos mais complexos (atendimentos secundários e terciários) para a União e os Estados. (PAULUS E CORDONI, 2006).

Um fato importante ocorrido em maio de 1980 foi a VII Conferência Nacional de Saúde, pois foi nesse evento que surgiram as primeiras idéias para a modificação do programa do INAMPS denominado PREVSAÚDE que tinha por objetivo generalizar o desempenho com o programa que apresentava como foco à assistência primária. No entanto, tal programa acabou não saindo do papel em função da crise econômica da Previdência que se iniciou em 1981.

A pouca atenção que era direcionada às ações de saneamento básico e à medicina preventiva tornava fácil o surgimento de doenças, as quais poderiam ser diagnosticadas inicialmente e solucionadas com as medidas preventivas do setor de atenção primária à saúde.

Em 1982 surge o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP que foi criado para racionalizar as ações de saúde. (BRASIL, Portaria nº 3.062 e Decreto nº 86329).

O modelo curativo dominante começa a ser abalado. Este plano atuou sobre a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços contratados com o sistema SAMPHS – Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social, com isso finalizando a modalidade em uso denominada pagamento por unidade de serviço. Esse Plano refere-se também ao aproveitamento da capacidade instalada de serviços ambulatoriais públicos. (PAULUS e CORDONI, 2006).

Em 1982 foram firmados convênios trilaterais envolvendo os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, os quais posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde – AIS com o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Esta proposta abriu a possibilidade de participação dos estados e, principalmente, municípios na política nacional de saúde.

As AIS representaram o primeiro passo para a descentralização no sistema de saúde. Essas reuniram os serviços municipais e estaduais aos serviços pagos pelo INAMPS. A União assumiu os repasses dos encargos e dos recursos destinados ao sistema de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em março de 1986 propôs grandes mudanças embasadas no direito universal à saúde. Dentre essas modificações destaca-se a participação da sociedade e a descentralização dos serviços assistenciais.



O evento já mencionava a importância da municipalização como forma de executar a descentralização. Essa Conferência serviu de base para a formação do SUS – Sistema único de Saúde. Contou com 5.000 participantes, os quais produziram um relatório que serviu de subsídio decisivo à Constituição Federal de 1988 nos assuntos relacionados à saúde. (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986 mar.17-21, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986).

### 3.2 O processo de Construção do SUS

O SUS é um sistema, ou seja, é composto por várias instituições (União, Estados e Municípios) é “único”, pois tem a mesma doutrina de atuação em todo o território nacional e a organização se dá através da mesma sistemática.

De acordo com SOUZA (2008),

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira de segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. (SOUZA, 2008, p.13).

A Constituição Federal de 1988 traz entre os seus dispositivos a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que apresentava como base o princípio de integração de todos os serviços de saúde, tanto os públicos como os particulares. O Suds deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada e com a participação da comunidade na administração das unidades locais.

Outro fator importante é que o governo procurou estabelecer mecanismos para que o Estado interferisse consideravelmente nos serviços particulares de saúde. Sendo assim, o setor privado de saúde foi considerado como uma forma complementar aos serviços públicos; outro aspecto relevante foi que as entidades filantrópicas seriam auxiliares para o funcionamento do Suds.

Segundo BERTOLLI,

O Suds mantém-se atualmente como um objetivo futuro. De concreto, houve a integração, mesmo que imperfeita, dos serviços mantidos pelo Estado, sem a participação das empresas particulares. Surgiu assim o Sistema Unificado de Saúde (SUS) encarregado de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos serviços de saúde estaduais e municipais (2008 p. 64).

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal de 1988, foi à mudança do Sistema de Saúde Brasileiro. Os fatores relevantes que levaram os constituintes a proporem uma grande transformação foi o consenso na sociedade sobre a inadequação e fragilidade do sistema de saúde. Os aspectos que foram determinantes para a formação e modificação foram:

– A presença de doenças de todos os tipos, entre elas as parasitárias, que estavam condicionadas ao tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que a saúde não conseguia solucionar;



- Má distribuição dos serviços de saúde, visto que estes estavam presentes em determinadas regiões e ausentes em outras;
- O serviço era extremamente centralizado;
- Recursos financeiros insuficientes para investimentos no setor da saúde;
- Desperdício de recursos destinados à saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30 %;
- Baixa cobertura assistencial à população;
- Falta de definição clara das competências entre os órgãos, e as instâncias político-administrativas do sistema;
- Desempenho descontínuo não só dos órgãos públicos, mas também dos privados;
- Insatisfação dos profissionais de saúde;
- Baixa qualidade dos serviços oferecidos, relacionado aos equipamentos e serviços profissionais;
- Ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos;
- Falta de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- Grande insatisfação e preocupação da população com o atendimento à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ABC DO SUS- DOCTRINAS E PRINCIPIOS, 1990, p.03).

De acordo com a Lei nº 8.080, no seu art.4º O Sistema Único de Saúde – SUS: “É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

O SUS é uma nova reformulação política e organizacional para a estrutura dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, pelas leis que o regulamentam, quais sejam, a Lei nº 8.080 / 90 e a Lei nº 8.142 / 90.

O SUS não é considerado um sucessor do SUDS ou do INANPS e sim um sistema de saúde que está em construção com o intuito de estar disponível a toda população brasileira.

O Sistema Único de Saúde, devido aos seus princípios organizativos em todo país, está sob a responsabilidade do governo federal, estadual e municipal. Possui um conjunto de unidades, serviços e ações que possibilitam um fim comum, ou seja, às atividades de promoção e recuperação da saúde.

Tendo como base os preceitos Constitucionais, a construção do SUS apoia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

Quadro 01

|                |   |
|----------------|---|
| Universalidade | Este princípio está relacionado com o acesso aos serviços de saúde, todas as pessoas têm direito ao atendimento e cabe ao Estado assegurar este direito. Apresenta caráter constitucional, não podendo o Estado fazer qualquer tipo de distinção entre seus usuários. Esse princípio não necessita de requisitos para sua fruição devendo ser igualitário e universal o acesso às ações e serviços de saúde. O Município é o responsável pela organização e execução dos serviços destinados à saúde. |
|----------------|---|



|               |   |
|---------------|---|
| Equidade      | O objetivo principal é minimizar as desigualdades. Significa tratar desigualmente os desiguais proporcionando um maior investimento onde a carência é maior. Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde, e o mesmo será atendido conforme as suas necessidades. Com base nesse princípio o SUS tem por objetivo orientar as políticas de saúde de forma satisfatória a toda população. |
| Integralidade | O princípio da integralidade considera a pessoa como um todo atendendo todas as suas necessidades. Sendo assim, deve integrar as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e promover aligação com outras políticas públicas. Há a prioridade para ações preventivas sem prejudicar os serviços assistenciais que tem por finalidade eliminar ou controlar as causadas doenças.     |

Fonte: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-saude-publica-e-o-direito-constitucional-brasileiro/>.

O SUS tem ainda alguns princípios que norteiam a sua organização e são de extrema importância para o seu funcionamento, sendo eles:

#### Quadro 02

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Regionalização e Hierarquização | Estes dois princípios estão relacionados com a rede de serviços do SUS com o intuito de permitir um conhecimento maior sobre problemas de saúde da população e, assim, favorecer as ações de saúde específicas para cada região. Os serviços de saúde devem ser organizados de acordo com a complexidade das suas ações. O intuito é proporcionar um maior conhecimento dos problemas que assolam determinada região. |
| Descentralização                | Redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.  |
| Resolutividade                  | É a busca pelo atendimento ou quando surge algum problema de saúde coletivo, o serviço deve estar capacitado para enfrentar e solucionar o problema.  |



|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Participação dos Cidadãos           | É a garantia constitucional de que a população através de suas organizações representativas poderá participar no processo de formulação das políticas de saúde e o controle de sua execução e com isso abrangendo todos os níveis, desde o federal até o local.   |
| Complementariedade do Setor Privado | a Constituição Federal definiu que quando o serviço do setor público for insuficiente e isto, acarretar a necessidade de contratação de serviços privados, deve se observar três condições:<br>– A celebração do contrato conforme as normas de direito público;<br>– A instituição privada deve estar de acordo com as normas técnicas e princípios básicos do SUS;<br>– A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. |

Fonte: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-saude-publica-e-o-direito-constitucional-brasileiro/>.

Há duas Leis Orgânicas que regulamentam o SUS, a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Outro instrumento importante são as Normas Operacionais (NOBS) que definem as estratégias que reorientam a operacionalidade do sistema. Apresentam como objetivos induzir e estimular mudanças, aprofundar e reorientar a implantação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, regular as relações entre gestores e normatizar o SUS.

### 3.3. Pactos norteadores do Sistema Único de Saúde

#### Quadro 03

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Pacto Social – Federado (1986 /1990) | O presente pacto abrangeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a Assembléia Nacional Constituinte (Constituição Federal de 1988), o Simpósio sobre Política nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990. Esses eventos definiram a política pública de saúde e<br>seguridade social, a relevância pública, o direito de todos os cidadãos a saúde e um |
|--------------------------------------|---|



|                                |  |
|--------------------------------|--|
|                                | <p>dever do Estado assegurar e proteger, os determinantes sociais da saúde e os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, hierarquização/ regionalização e participação).</p>  |
| Pacto Federado – Social (1993) | <p>Esse ocorreu no ano de 1993 após a ruptura do Sistema Único de Saúde devido a retirada da fonte previdenciária, os gestores das três esferas de Governo (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Ministério da Saúde) retomaram e aprofundaram o pacto federado, criando as comissões intergestores de pactuação permanente (Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite) unindo-se ao Legislativo para efetivar a direção única com a extinção do INAMPS e aos conselhos de saúde e ao movimento da reforma sanitária com a discussão e aprovação do documento “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Esta repactuação aliada aos empréstimos oriundos do Ministério da Saúde perante o Fundo de Amparo ao Trabalhador possibilitou prosseguir a construção do SUS</p> |
| Pacto Federado (2005/2006)     | <p>Após os contratempos do caráter substitutivo da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), do critério parcial de cálculo da contrapartida federal da EC-29 e o adiamento da votação da regulamentação da EC-29 (completando mais de 5 anos), a Comissão Intergestores Tripartite atualizou os pactos anteriores, aprofundou e avançou as pactuações na direção do modelo com base nas necessidades e direitos da população e lançou “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, a seguir discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, com alto potencial construtor do Sistema Único de saúde.</p>  |



Fonte: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-saude-publica-e-o-direito-constitucional-brasileiro/>.

### 3.4. Normas Operacionais

Quadro 4

|                          |   |
|--------------------------|---|
| NOB – SUS 01/91 (NOB 91) | Foi implantado o sistema de informatização. Normatiza o SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar) e SAI/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial). Institui o convênio de municipalização como instrumento para transferência financeira e pagamento a estados e municípios por produção. Houve pouca influência no processo de descentralização. |
| NOB – SUS 01/92 (NOB 92) | Foi quando ocorreu o início do movimento municipalista. Essa manteve os mecanismos de pagamento por produção de serviços da atenção ambulatorial e hospitalar para o setor público estadual e municipal.  |
| NOB – SUS 01/93 (NOB 93) | Ocorreu à descentralização das ações e serviços de saúde. Há um desenvolvimento de ações de vigilância e saúde do trabalhador.  |
| NOB – SUS 01/96 (NOB 96) | Foi através dessa norma que ocorreu ação de reforma específica nas diversas áreas da saúde. Reorientação do modelo assistencial.  |

Fonte: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-saude-publica-e-o-direito-constitucional-brasileiro/>.

## 4. A EXCELÊNCIA EM QUALIDADE E A UTILIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

A excelência na Gestão da Saúde Pública é algo que se deve buscar constantemente pela qualidade e deve estar presente em todos os órgãos de uma Secretaria de Saúde. A verdade é que o serviço público em geral, principalmente a saúde pública, estão desacreditados. A população não acredita que a “Excelência em Qualidade” possa estar presente no serviço de saúde pública. O Modelo de Excelência em Gestão Pública foi criado partindo do ponto de que é possível e necessário ser excelente sendo também público, isto é, a excelência e o setor público em geral, incluindo a saúde pública necessitam estarem juntos, lado a lado.

De acordo com Motta (1995, p.256), gestão, **gerencia** e administração, são sinônimos. A gestão é uma ação estratégica **continua** e de planejamento, onde várias pessoas estão envolvidas, onde cada um tenta atender os seus esforços sem perder o foco nos clientes.

Apesar da necessidade de que os gestores públicos tenham um olhar direcionado a redução de gastos, o que vemos na atualidade são os recursos públicos destinados a saúde sendo esbanjados, ou aplicados em outras coisas que não tem importância nem relevância para a população.



De acordo com Bonato (2011), “Qualidade” é um termo utilizado por diversos especialistas, sob diferentes perspectivas, tendo como ponto comum identificar focos que promovam seu desenvolvimento na gestão institucional. Buscar um único termo é algo que se torna muito difícil, principalmente quando se refere a saúde. Quanto mais a gestão da qualidade em saúde se organiza, mais o paciente é beneficiado.

Conforme Almeida (2007), a qualidade na saúde pública é entendida como a organização de todos os seus métodos, em todas as áreas de gestão, na busca da ética e da técnica. Os princípios básicos da qualidade são: total satisfação do cliente; priorização da qualidade; melhoria contínua; participação e comprometimento de todos; comunicação e capacitação. Princípios estes que não estão sendo encontrados na saúde pública. Toda a equipe de trabalho deve estar envolvida nos sistemas para melhoria da qualidade.

Todos temos o direito a uma saúde pública com qualidade, mas o dever é do Estado.

Segundo Winslow Charles Edward Armony (1920) – bacteriologista norte americano, apud Grockotzki (2015), Saúde Pública é

A arte e a ciência de prevenir doenças, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade, abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (ARMONY apud GROCKOTZKI, 2015, p. 20).

**Parafrazeando** Rohem (2015, p. 14) “As ferramentas da qualidade são práticas usadas com o propósito de analisar, definir, medir e sugerir resoluções de questões que intrometem na boa atuação dos métodos de trabalho”.

De acordo com Melleiro (2010), muitas são as ferramentas que podem ser usadas no estabelecimento e assentamento do método de gestão da qualidade e rendimento de uma organização pública de saúde, como por exemplo, o programa dos 5 S, o método PDCA, o diagrama de causa e efeito, o diagrama de Pareto e etc.

O serviço de saúde pública está desacreditado. A população está cansada dos maus tratos recebido nas organizações públicas de saúde. Para mudar esta situação, os gestores precisam aprender a utilizar as ferramentas da qualidade, pois estas permitem que os processos sejam controlados de melhor forma e também uma melhoria nas tomadas de decisão.

Segundo Kanamura (2011), a utilização das ferramentas da qualidade no serviço de saúde pública, não é difícil, precisamos apenas tomar cuidado, na hora que surge um problema, de escolhermos a ferramenta correta.

O ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), que traduzido para o português, significa Planejar, Fazer, Verificar e Agir, por exemplo, é uma ferramenta utilizada para qualquer tipo de problema. Com ela podemos orientar de maneira eficaz e eficiente a organização e a realização de ações idealizadas para solução de um problema, conforme afirma Malik (2010). Quando se pensa em processo de melhoramento e qualidade, não se pode deixar de pensar no ciclo PDCA, onde em primeiro lugar se usa o planejar que de modo geral é a determinação das metas, alvos e moldes de desempenho. Em segundo plano, usa-se o fazer, mensurar a atuação real. Em terceiro lugar, a etapa utilizada é o verificar, onde se faz um levantamento entre o que foi proposto e o que se realizou e se determina a desconformidades ocorrida entre eles. E por





fim se utiliza a etapa do agir, que é quando se põe tudo em prática e se aprimora sem desperdiçar.

Neste sentido as ferramentas de qualidade se utilizadas de forma correta, auxiliam o serviço público de saúde a aumentar seu nível de qualidade, através do reconhecimento dos problemas e consequentemente a baixa dos mesmos. Desta forma vários problemas podem ser enfrentados pelos órgãos de saúde pública, através da utilização das ferramentas de qualidade, pois elas ajudam na redução e auxiliam na análise de informações.

Segundo Bertolucci Silveira (2013), com a utilização das ferramentas da qualidade no serviço de saúde pública, é possível se atingir benefícios, tais como: realizar planos melhores, aumentar os níveis de qualidade, diminuir custos, melhorar a cooperação em todos os setores e etc.

As ferramentas da qualidade são práticas utilizadas com o objetivo de demarcar, medir, analisar e orientar resoluções para problemas que de forma eventual são deparados e dão interferência na boa atuação do andamento do trabalho.

Bertolucci Silveira (2013) explica ainda, sete ferramentas da qualidade: O Diagrama causa e efeito ou como é mais conhecido, diagrama espinha-de-peixe, ou também, diagrama Ishikawa, que auxilia como um roteiro para se identificar todas as causas de uma situação ou questão exclusiva. Ele é construído em cinco etapas, a primeira é onde se define o problema, isto é, onde se determina o problema que será analisado. A segunda etapa é onde se estrutura o diagrama, juntando todas as informações integrantes do problema. A terceira etapa é o ajuntamento das informações, onde um grupo de pessoas faz a apresentação das informações juntadas através de uma seção de brainstorming. A quarta etapa é a distribuição das causas, onde as informações são organizadas da melhor forma, mostrando as causas principais e eliminando as informações desnecessárias. A quinta e última etapa da construção de um diagrama de Ishikawa é a conclusão do diagrama, onde se faz o desenho do mesmo, não esquecendo de destacar as causas que devem estar em consonância com os 6ms (método, máquina, medida, meio ambiente, material e mão-de-obra).

Outra ferramenta apresentada por Bertolucci (2013) é o fluxograma, que é quem determina as etapas de um processo, isto é, ele mostra o melhor caminho para um produto ou serviço com o objetivo de identificar o meandro. Esta ferramenta é montada com a utilização de alguns símbolos que representam várias atividades.

Outra ferramenta é a folha de verificação, que são planilhas simplificadas que auxiliam na coleta de dados, conforme mostrado a seguir, no quadro 1.

Figura 1: Folha de verificação – Recepção hospitalar

|                                  |        |                               |        |              |        |       |  |
|----------------------------------|--------|-------------------------------|--------|--------------|--------|-------|--|
| Projeto: Reclamação de Pacientes |        | Nome: XXXXX                   |        | Turno: Manhã |        |       |  |
| Local: Recepção                  |        | Data: 01/08/2015 a 05/08/2015 |        |              |        |       |  |
| Motivos                          | Datas  |                               |        |              |        | Total |  |
|                                  | 01/ago | 02/ago                        | 03/ago | 04/ago       | 05/ago |       |  |
| Informações incompletas          | 3      | 5                             | 8      | 4            | 10     | 30    |  |
| Demora no atendimento            | 2      | 7                             | 3      | 3            | 6      | 21    |  |
| Falta de                         |        |                               |        |              |        |       |  |

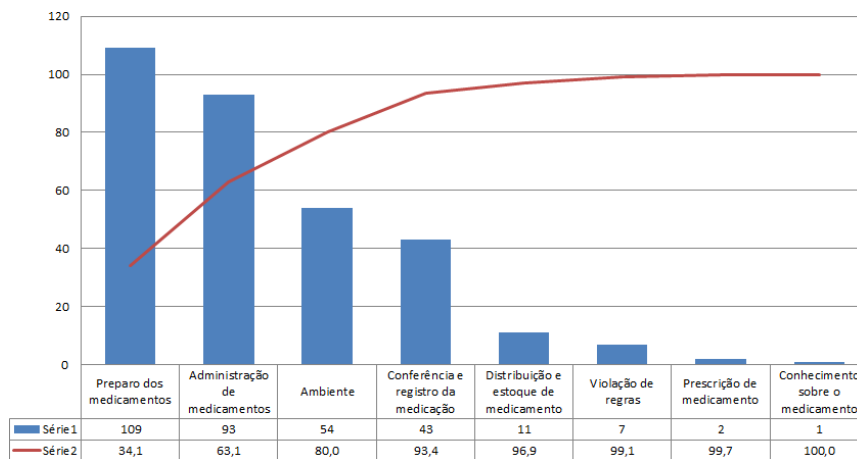


|               |    |    |    |   |    |    |
|---------------|----|----|----|---|----|----|
| profissional  | 5  | 4  | 2  | 1 | 1  | 13 |
| Especializado |    |    |    |   |    |    |
| Total         | 10 | 16 | 13 | 8 | 17 | 64 |

O Diagrama de Pareto também é uma das ferramentas da qualidade apresentadas por Bertolucci (2013), que tem o objetivo de apresentar o devido valor das situações, para poder selecionar o início da resolução do problema e também fazer a identificação do motivo do problema e verificar o êxito, conforme mostra a figura 1, a seguir.

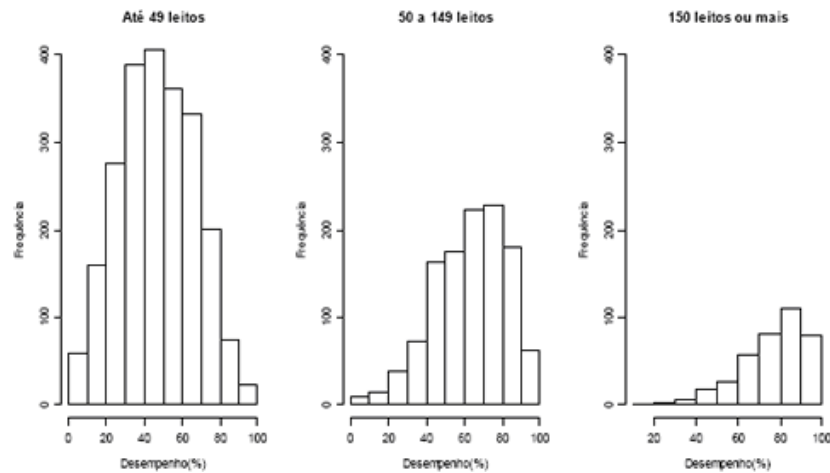
Figura 2: Diagrama de Pareto

Fonte: <https://qualescap.wordpress.com/2014/11/19/diagrama-de-pareto/>



A próxima ferramenta é o Histograma, que é utilizado para apresentar a divisão das informações por meio de um gráfico de barras mostrando a quantidade de unidades por classe. Esta é uma ferramenta de exibição de dados, conforme mostra a figura 2.

Figura 3: Histograma

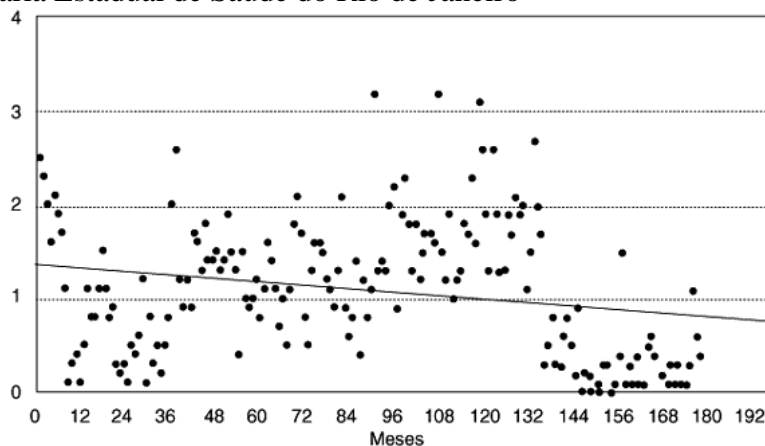


Fonte: Boletim Eletrônico de Informações sobre Serviços de Saúde (BISS) – Edição n° 1, de 2 de abril de 2007.

Diagrama de dispersão faz parte das ferramentas que Bertolucci (2013) apresentou como sendo uma das ferramentas da qualidade, que tem o objetivo de mostrar o que ocorre com uma variável quando acontece uma modificação na outra, para experimentar exequíveis conexões de causa e efeito, conforme mostrado na figura 3.

Figura 4: Dispersão das taxas de mortalidade em acidentes de trânsito entre adolescentes de 10 a 19 anos, no Município do Rio de Janeiro, 1980 a 1994.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro



Conforme afirma Magalhães, apud Lopes, 2013, as ferramentas da qualidade quando são usadas corretamente, podem aumentar a qualidade de uma organização através da resolução eficaz do problema. Pode ainda reduzir custos, elaborar programas melhores, aperfeiçoar a cooperação em todos os setores, fazer a identificação de todos os problemas que existem nas ações, produtos e fornecedores, e ainda reconhecer as causas iniciais dos problemas e trazer a solução de maneira eficaz. É importante ter o conhecimento de cada uma das ferramentas e saber exatamente como utilizá-la, pois só desta maneira se alcançara resultados favoráveis.



#### 4.1 LIDERANÇA DO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA

Atualmente muitos estudos foram desenvolvidos sobre a liderança da saúde pública no Brasil. Estudos estes que na maioria focam na atuação do gestor, já que este profissional é o norteador da organização pública, neste sentido o mesmo deve assumir inúmeras responsabilidades e deve estar capacitado para agir diante de todas as problemáticas que virem a determinadas.

Assim sendo o serviço de saúde pública necessita de profissionais habilitados e de utensílios de gerencia e gestão, como afirma Rohem apud Simões (2015):

Investir no desenvolvimento das habilidades de liderança provocando impacto direto sobre a capacidade dos gestores para promover melhorias contínuas nos serviços. Para o exercício de uma liderança eficaz, é fundamental aliar às características pessoais, o desenvolvimento de habilidades referentes à dimensão organizacional e à interpessoal, especialmente no que diz respeito à comunicação e à interação humana. (ROHEM apud SIMÕES, 2015, p.20).

A habilidade de liderar um quadro de funcionários da saúde pública e acolher as perspectivas das pessoas que usam o serviço, exige um especialista estável, que tenha condições de suplantar os limites que são apresentados no serviço e ainda, dar amparo baseado nas doutrinas do SUS, e saber lidar com a falta de pessoal, recursos, materiais e com a procura de usuários que tem aumentado cada vez mais. Além do mais, o líder dos serviços de saúde pública precisa ser competente o bastante para lidar com a relação interpessoal que existe internamente nas organizações públicas e diminuir os conflitos que existem. Para se resolver ações, motivar a equipe e fazer o usuário sair satisfeito, o líder do serviço de saúde pública deve ter como característica primordial, habilidade com pessoas, competência e decisão no alcance de metas. (ROHEM, 2015, p. 20).

Neste sentido deve haver um investimento na constituição de líderes, utilizando a conjuntura do conhecimento e ofertando educação e habilitação continua nos serviços de saúde. Desta forma, o especialista que tem qualidades necessárias para gerir um serviço de saúde pública, deve buscar integrar o conhecimento profissional e interpessoal, proporcionando a ligação de segurança entre todos os participantes da equipe de saúde, partilhando de marcas, convicções e considerações organizacionais (ROHEM, 2015).

De acordo com Chiavenato (1999), “O gerenciamento consiste em executar todas as atividades próprias de uma organização empresarial ou não, como meios para alcançar a eficiência e a eficácia e com isto obter a satisfação dos objetivos individuais e organizacionais”.

Este gerenciamento relatado por Chiavenato (1999) está relacionado a todos os tipos de organização, sejam elas privados ou públicas, qualquer que seja, deve ser gerenciada com excelência e seus gestores devem buscar constantemente a eficiência e eficácia.

#### 4. CONCLUSÃO

No sistema único de saúde (SUS), dispomos de diversas ferramentas que auxiliam o gerenciamento e a gestão da qualidade nos serviços de saúde.

Os resultados do estudo evidenciaram que as ferramentas da qualidade são importantes instrumentos da gestão da qualidade, e propiciam a melhoria na qualidade dos serviços oferecidos aos usuários, uma vez que apoiam o processo de tomada de decisão e a gestão das



políticas de saúde para o SUS.

Os objetivos propostos que enfatizaram a descrição das referências bibliográficas sobre a importância das ferramentas da qualidade para a Gestão dos Serviços de Saúde e as análises dos artigos foram alcançados de forma satisfatória, contribuindo para o aumento de pesquisas sobre o assunto, além de enriquecer o conhecimento de acadêmicos da área da saúde profissionais.

Portanto, o estudo torna-se relevante devido a pouca quantidade de pesquisas relacionadas às ferramentas da qualidade na gestão dos serviços de saúde, também auxiliará os profissionais da saúde, a compreenderem a relevância da adequada utilização destas ferramentas para a gestão da qualidade e melhoria contínua dos serviços de saúde oferecidos à população.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Viacava. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. Ver Ciênc. Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, 2007. p.711 - 24.

BERTOLLI, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4ª Ed. Editora Ática. São Paulo, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BONATO, Vera Lucia. **Gestão da Qualidade em Saúde: Melhorando a Assistência ao Cliente. O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.5, n. 35, p. 319-331, 2011. Disponível em: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/86/319a331.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/86/319a331.pdf). Acessado em: 30 de Jan. de 2021.

CARVALHO, Jonison Barroso; MACEDO, Luís J Jackes; COUTINHO, Helen R Menezes. **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer. O Gestor em Saúde no Setor Público**. Rio de Janeiro, 2006.

CHANES, Marcelo. **Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde**, São Paulo, SP, p. 326-331, abr/jun. 2006. Disponível em: [http://saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/35/desafios\\_formacao.pdf](http://saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/desafios_formacao.pdf). Acessado em: 30 de jan. de 2021.



CHIAVENATO, Idalberto. Gerenciando Pessoas. **O passo decisivo para administração participativa.** 2ª edição. São Paulo. MAKRON Books do Brasil Editora Ltda. 1994.

DIAS, Orlene Veloso; RAMOS, Lais Helena; COSTA, Simone de Melo. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. Avaliação da qualidade em saúde: perspectiva do usuário. **Revista Pró Univer SUS**, Vassouras, RJ, v.1, n.1, p.11 – 26, julho/ dezembro, 2010.

GODOY, Adelize Leite de. Cedet – Treinamento e Consultoria. **Ferramentas da Qualidade.** Campinas –SP, 2009. Disponível em: [www.cedet.com.br](http://www.cedet.com.br) . Acessado em: 02 de fev. de 2021

GROCKOTZKI. Irene. Saúde Pública com qualidade – **Direito de Todos, dever do Estado!** Março. 2015. Pinhais – PR. Disponível em: <http://maispinhais.com.br/> Acessado em: 02 de fev. de 2021

KANAMURA, Alberto Hideki. Ferramentas da Qualidade 1. **Manual do Programa da Gestão da Qualidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** São Paulo - SP, p. 1 -27.

LOPES, Jonathan Mairon. As sete ferramentas da qualidade no processo de produção. **As sete ferramentas da Qualidade.** Contagem – MG, 2013, p.9. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/0034697764168addf6442>. Acessado em: 02 de fev. de 2021

MALIK. AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Cad Fundap. 1996;19:7-24. São Paulo.

MALLMANN, Eduarda. Direito à Saúde e a Responsabilidade do Estado. **DN Direito Net.** Out. 2012. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-aresponsabilidade-do-Estado>. Acessado em: 02 de fev. de 2021

MARIN, Pedro de Lima. Modelos e sistemas de excelência na gestão pública. In: V Congresso CONSAD de Administração Pública, junho/2012, Brasília-DF. **Sistemas de Gestão da Qualidade e Certificação ISO 9001 na Administração Pública: Uma Análise Crítica.** Brasília, p. 2-6.

MARTINS, Rosemary. BLOG DA QUALIDADE. **As sete ferramentas da qualidade.** Londrina, PR, 19 dezembro, 2013. Disponível em: <http://www.blogdaqualidade.com.br/as-sete-ferramentas-da-qualidade/>. Acessado em: 02 de fev. de 2021.

MARQUES, Lucimara dos Santos. **A saúde pública e o direito constitucional brasileiro.** Revista âmbito jurídico, 2008. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-saude-publica-e-o-direito-constitucional-brasileiro/>. Acesso em 20 de ago. de 2021.



MELLEIRO, Marta Maria; PERTENCE, Poliana Prioste. Implantação de Ferramenta de Gestão de Qualidade em Hospital Universitário. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v.44, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40641>. Acessado em: 02 de fev. de 2021

MILAN, Gabriel Sperandio; TREZ, Guilherme. Pesquisa de Satisfação: Um modelo para planos de saúde. *ERA Eletrônica*, São Paulo, v. 4, n. 2, Art. 17, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a02.pdf>. Acessado em: 02 de fev. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>. Acesso em 05 de Fev. de 2021.

MORALES, Flavio Galego; FERREIRA, Flavio Smania. A Excelência em Qualidade no atendimento das Organizações. *Revista Hórus*. São Paulo, v.5, n.2, p.39-59, Abr/Jun – 2011. Disponível em: [http://www.faesu.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2011/3ArtigoHorusFlavioG Morales2011.pdf](http://www.faesu.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2011/3ArtigoHorusFlavioG%20Morales2011.pdf). Acessado em: 02 de fev. de 2021

MOTTA, Kátia Machado & NEVES S., João. 1998 - **DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO AOS RESULTADOS: O CASE HEMORIO**. VIII CBQP UBQ, Rio de Janeiro – RJ.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. São Paulo: Record, 1995. 256 p.

PAULUS, Aylton; CORDONI, Luiz. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Revista Espaço para a saúde. Pág. 13 –19 Londrina – PR, 2006.

RIBEIRO, Dayane Machado; FILHO, Gilsée Ivan Regis. Gestão para qualidade nos serviços de saúde pública: Um estudo de caso sobre liderança situacional. **Liderança**, Salvador, BA, p.1 -14, outubro/2009. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009\\_TN\\_STP\\_092\\_627\\_12656.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009_TN_STP_092_627_12656.pdf). Acessado em: 01 de fev. de 2021.

ROHEM, Roberta Henriques Souto. **Excelência em qualidade na gestão da saúde pública: um estudo de caso do hospital municipal de Itaocara-RJ**. 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Política Pública de Saúde no Brasil: encruzilhada, busca e escolhas de rumo**. Abril, 2008.

SILVEIRA, Cristiano Bertulucci. Citisystems – Personalização e Inovação em Automação Industrial. **PDCA: Um método de melhoria contínua**. Sorocaba – SP, 2013. Disponível em: <https://citisystems.com.br/pdca-metodo-melhoriaincontinua/>. Acessado em: 01 de fev. de 2021.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. A Liderança no contexto dos serviços de saúde. **Saúde Coletiva**, vol. 7, núm. 38, 2010, pp. 40-42. Editorial Bolina. São Paulo, Brasil.

SOUZA, Renildo Rehen. **O Sistema Público de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2002