FREDERICO MEDEIROS QUAGGIO

**CONTRIBUIÇÕES PARA O MODELO DE DESENVOLVIMENTO DE
NOVOS SERVIÇOS: UM ESTUDO DE CASO EM SERVIÇOS DE
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em
Engenharia.

São Paulo

2007

FREDERICO MEDEIROS QUAGGIO

**CONTRIBUIÇÕES PARA O MODELO DE DESENVOLVIMENTO DE
NOVOS SERVIÇOS: UM ESTUDO DE CASO EM SERVIÇOS DE
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em
Engenharia.

Área de concentração:
Engenharia de Produção

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Márcia Terra da Silva

São Paulo

2007

*Aos meus amados pais, José Antônio e
Mônica, e minhas queridas irmãs, Estela e Heloísa.*

Dedico mais uma vez.

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação não é fruto exclusivo do meu conhecimento e dedicação. Inúmeras pessoas contribuíram de forma direta ou indireta para sua realização. Inicialmente, eu gostaria de agradecer à Márcia, primeiramente pela oportunidade de desenvolver diversos trabalhos ao seu lado, mas principalmente pela inestimável contribuição pessoal ao longo de todos esses anos, encorajamento e motivação que somente uma das maiores conhecedoras do setor de serviços no Brasil poderia proporcionar. Obrigado também pela paciência e pelos puxões de orelha que tanto contribuíram para minha formação e amadurecimento pessoal. Gostaria de estender estes agradecimentos a todos os professores que também contribuíram de maneira decisiva com seu conhecimento e dedicação na concretização deste trabalho, especialmente aos professores Laerte Sznclwar, Cássio Silveira e Fausto Mascia; e a todos do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica que dedicaram seu tempo e esforço à minha formação acadêmica e iniciação como pesquisador. É um privilégio poder crescer ao lado de pessoas tão valorosas e é um orgulho compartilhar a amizade de vocês.

Meus sinceros agradecimentos também à Vera e todos meus queridos amigos da biblioteca da Produção, pelo auxílio indispensável em todos os momentos e pela cordial compreensão nos indefectíveis atrasos na devolução dos livros. Acho que agora conseguirei cumprir os prazos. Agradeço também a todos meus grandes amigos que por inúmeras vezes não contaram com minha presença em festas, churrascos e viagens por que eu precisava revisar algum capítulo ou escrever alguma parte importante do texto. Muito obrigado a todos vocês pelo apoio irrestrito. E, por favor, continuem me convidando para tudo, por que a partir de agora não recusarei nenhum convite sequer.

Por fim, não posso deixar de agradecer mais uma vez à minha querida família, a meus pais, José Antônio e Mônica, e minhas irmãs, Estela e Heloísa pelo eterno companheirismo e suporte, indispensável a mais essa conquista que não é só minha, é de todos nós. Vocês são fantásticos.

Obrigado.

RESUMO

O Desenvolvimento de Novos Serviços (DNS) tem recebido atenção crescente, tanto por parte de gestores de operações de serviço, quanto por parte dos acadêmicos do setor. Esta dissertação parte do pressuposto que os modelos DNS, desenvolvidos a partir de experiências com serviços em massa e loja de serviços, não abordam na sua totalidade os desafios de operações de serviços marcadas por maior dinamismo, especialmente serviços profissionais.

Partindo de um referencial teórico montado com o objetivo de identificar quais são as características dos serviços profissionais que potencialmente influenciam positivamente ou negativamente o desenvolvimento de novos serviços, esta dissertação utiliza uma metodologia de pesquisa baseada em estudos de caso múltiplo para avaliar se o panorama teórico construído anteriormente é condizente com dois casos de inovação em serviço profissional público.

A partir destas conclusões, destacamos algumas implicações práticas que pudemos observar e analisamos de que forma o modelo DNS proposto por Edvardsson *et al* (2000) está preparado ou não para lidar com estas questões.

ABSTRACT

New Service Development (NSD) has received increasing attention from either service managers or service marketing researchers. This dissertation firstly discuss that NSD models developed from mass services or services shop experiences, do not totally comprehend more dynamic services' challenges, specially professional services.

Following a literature review that aims to identify which professional services' characteristics may influence positively or negatively the new service development process, this dissertation uses a multiple case study research to evaluate if the theoretical framework built before is related to two public professional services innovation's case.

From theses conclusions, we point out some practical implications that we could observe and after that we analyze if the NDS model proposed by Edvardsson *et al* (2000) is or is not prepared to deal with theses questions.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Foco da Dissertação	6
1.1.1. Serviços de Saúde	8
1.1.2. Projeto PROESF	9
1.2. Panorama do Problema e Importância da Pesquisa	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1. Sistemas de Operação de Serviços	16
2.2. Classificação dos Serviços	20
2.2.1. Modelo de Classificação de Serviços de Silvestro <i>et al</i>	23
2.3. Serviços Profissionais em Detalhe	25
2.3.1. Definições e Características	26
2.3.2. Impacto das Características dos Serviços Profissionais no Projeto, Operação e Controle	28
2.4. Serviços Públicos	30
2.5. Conceito de Serviço	31
2.5.1. Do Conceito de Serviços ao Pacote de Serviços	31
2.6. Desenvolvimento de Novos Serviços	33
2.6.1. Redesenho de Serviços	36
2.6.2. Modelos de Desenvolvimento de Novos Serviços	39
2.7. O Modelo de Desenvolvimento de Novos Serviços de Edvardsson <i>et al</i>	40
2.8. A Fase de Pós-Implantação do Novo Serviço	45

2.9. As Características Fundamentais dos Serviços que Influenciam o Redesenho de Serviços	48
2.9.1. Intangibilidade	48
2.9.2. Inseparabilidade	50
2.9.3. Heterogeneidade	53
2.9.4. Percibilidade	54
3. METODOLOGIA DE PESQUISA	56
3.1. Seleção dos Casos	57
3.2. Método de Pesquisa e Análise dos Casos	58
4. APRESENTAÇÃO DOS CASOS E ANÁLISE	61
4.1. A Organização dos Serviços Públicos de Saúde até 1990: Antecedentes do PSF ...	61
4.2. O Conceito de Serviço do Programa Saúde da Família	62
4.2.1. A Origem do Conceito PSF	63
4.2.2. As Práticas do PSF	64
4.2.3. O Modelo de Operação do PSF e suas Características Fundamentais	65
4.2.4. Base Territorial e Cadastramento dos Usuários	65
4.2.5. As Equipes do PSF	66
4.2.6. Uma Análise sobre o Conceito de Serviço do PSF	68
4.3. Caso A: Atenção Básica em Saúde no Município do São Paulo	70
4.3.1. A Implantação do PSF no Município de São Paulo	71
4.3.2. Estrutura Organizacional no Período de 2001 a 2004	73
4.3.3. Estrutura Organizacional a partir de 2005	76
4.3.4. Parceria Público-Privada	78
4.4. Unidade Básica de Saúde Jardim Cidade Pirituba	80
4.4.1. A Relação da Unidade com Outras Esferas Organizacionais	82
4.4.2. Os Serviços Oferecidos em Jardim Cidade Pirituba	85
4.4.3. Definição dos Processos de Atendimento	88

4.4.4. Atividades da Unidade.....	91
4.4.5. Conclusões.....	99
4.5. Caso B: A Atenção Básica em Saúde no Município de Ribeirão Preto	106
4.5.1. A Faculdade de Medicina e os Centros de Saúde Escola.....	107
4.5.2. Histórico dos Serviços de Saúde	108
4.5.3. A Implantação do PSF no Município de Ribeirão Preto	112
4.6. Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado e Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto	115
4.6.1. O Centro de Saúde Escola	115
4.6.2. Os Núcleos Saúde da Família.....	117
4.6.3. A Relação dos NSF com Outras Esferas Organizacionais	120
4.6.4. Serviços Oferecidos nos Núcleos de Saúde da Família.....	121
4.6.5. Definição dos Processos de Atendimento	123
4.6.6. Registro e Controle das Atividades	126
4.6.7. Conclusões.....	131
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	136
5.1. Visão Geral dos Resultados.....	137
5.2. Implicações Práticas	145
5.3. Implicações Teóricas	149
5.4. Limitações e Pesquisas Futuras	153
LISTA DE REFERÊNCIAS.....	154
ANEXO I: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	163

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1: Modelos de Classificação de Serviços (adaptado de Lovelock, 1983; Cook, Goh e Chung, 1999)	22
Tabela 2.2: Tipos de Novos Serviços (extraído de Lovelock, 1984)	33
Tabela 3.1: Cidades selecionadas para estudo em profundidade. Informações extraídas de Bousquat <i>et al</i> , 2004 (elaborada pelo autor).....	57
Tabela 3.2: UBS selecionadas para estudo em profundidade (elaborada pelo autor).	58
Tabela 3.3: Fontes de informação utilizadas na pesquisa (elaborada pelo autor).	59
Tabela 4.1: Usuários Cadastrados no PSF de Jardim Cidade Pirituba (extraído do SIAB da UBS).....	81
Tabela 4.2: Atributos críticos, ocorrência e influência – Jardim Cidade Pirituba (elaborado pelo autor).....	102
Tabela 4.3: Atributos críticos, ocorrência e influência - NSF (elaborado pelo autor)	135

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1: Processo de desenvolvimento de novo serviço e foco da dissertação (elaborado pelo autor).....	14
Figura 2.1: Modelo de classificação de serviços (adaptado de Silvestro <i>et al.</i> , 1992).....	24
Figura 2.2: Modelo de organização em rede (extraído de Quinn,1996).....	27
Figura 2.3: Elementos-chave de um conceito de serviço (adaptado de Johnston e Clark, 2002)	32
Figura 2.4: Definição de Novo Serviço a partir dos modelos de Lovelock ,1984; Gadrey <i>et al</i> , 1995 e Tax e Stuart, 1997 (elaborado pelo autor)	35
Figura 2.5: Características do redesenho de serviços (elaborado pelo autor)	38
Figura 2.6: Modelo de desenvolvimento de novo serviço (adaptado de Edvardsson <i>et al</i> , 2000)	40
Figura 2.7: Origem dos fatores que influenciam a implantação do novo serviço (elaborado pelo autor).....	47
Figura 4.1: PSF como redesenho do modelo tradicional de atenção básica em saúde (elaborado pelo autor).....	68
Figura 4.2: Organograma Genérico das Sub-Prefeituras – Nível de Coordenadorias (elaborado pelo autor).....	74
Figura 4.3: Organograma Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura de Pirituba (elaborado pelo autor).....	75
Figura 4.4: Organograma SMS – Nível Coordenadorias	76
Figura 4.5: Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde. (extraído de PMSP, 2005).....	77
Figura 4.6: Organograma da UBS Jardim Cidade Pirituba.	81
Figura 4.7: Organograma da Coordenação da Atenção Básica. Nível de Supervisão e Posto, para Região Norte e Supervisão Pirituba.....	83

Figura 4.8: Filas para consultas de especialidade em JCP, assim como encontrado em 06/09/200 (elaborada pelo autor).....	88
Figura 4.9: Organograma da SMS de Ribeirão Preto – Nível de Divisões (extraído de Ribeirão Preto,2005)	110
Figura 4.10: Organograma Rede Municipal de Saúde – Nível NSF (extraído de PMRP,2005)	111
Figura 4.11: Esquema Representativo do Centro de Saúde Escola e Núcleos PSF (adaptado de Mascia, 2006)	115
Figura 4.12: Organograma genérico dos Núcleos de Saúde da Família (elaborado pelo autor)	118
Figura 4.13: Painel de Controle de Visitas – NSF 5.....	129
Figura 4.14: Painel de Controle de Visitas de Acamados – NSF 3	129
Figura 4.15: Painel de Controle de Visitas – NSF 4.....	130
Figura 4.16: Painel de Gestão à Vista de Visitas – NSF 1	130
Figura 5.1: Modelo de desenvolvimento de novo serviço de Edvardsson <i>et al</i> (2000), integrado com lógicas de serviço de Kingman-Brundage; George e Bowen (1995) (elaborado pelo autor).....	152

1. INTRODUÇÃO

A gestão estratégica do desenvolvimento de novos serviços tem se tornado necessidade competitiva importante para muitas organizações (Sundbo, 1997; John e Storey, 1998; Froehle *et al*, 2000; Menor, Tatikonda e Sampson, 2002). Devido ao rápido desenvolvimento de novas tecnologias e mudanças nas necessidades e preferências dos consumidores, o *design* efetivo de novos serviços irá tornar-se ainda mais importante no futuro destas empresas (Verma, Fitzsimmons e Heineke, 2002).

A crescente preocupação com inovação deve ser analisada como reflexo do contexto atual vivenciado pelo setor de serviços. As empresas precisam procurar meios de diferenciar suas operações de seus competidores tradicionais e não-tradicionais, visando atender melhor seus clientes, atrair novos usuários e aumentar suas entregas (Griffin, 1997; Menor, 2000). Por não serem patenteáveis, novos serviços são passíveis de serem prontamente imitados pelos concorrentes, trazendo impactos na lealdade de clientes, na relação deles com a organização e na rentabilidade da carteira de serviços. Como resultado, as organizações são duplamente forçadas a aumentar sua taxa de inovação e melhorar seus processos de desenvolvimento, para manter-se na frente de seus concorrentes.

Neste cenário, uma das principais competências de uma organização de serviços de sucesso é sua habilidade para inovar suas ofertas, aplicando novas tecnologias em seus processos de produção (Quinn e Guile, 1988; Menor, 2000). Um processo de inovação ágil e eficaz tem sido apontado como um importante diferencial competitivo das organizações de serviços (Edvardsson, Haglund e Mattsson, 1995; Menor, Tatikonda e Sampson, 2002).

A inovação é igualmente importante para organizações públicas. Da mesma forma que as empresas de serviço privado têm reconhecido que a inovação é o motor que sustenta sua competitividade, as organizações do poder público utilizam esta prática para aprimorar seus serviços e melhor atingir seus objetivos.

“Organizações públicas existem para cumprir missões específicas, estabelecidas pela legislação e, portanto, maximização de lucros ou redução de custo não são os principais objetivos de sua existência” (Verma, Louviere e Burke, 2006), mas os gestores de políticas públicas vem enfrentando pressões crescentes para melhorar a eficiência e eficácia de suas operações e assim maximizar seus escassos recursos para atender o maior número possível de causas (Karwan e Markland, 2006). Com isso, a modernização de serviços e processos de

entrega, realizado através de projetos de inovação, pode auxiliar os gestores de serviços públicos a melhorar suas ofertas, atingindo a expectativa de seus usuários.

Apesar de sua indiscutível importância, o desenvolvimento e implementação de novos serviços não é um tópico muito estudado e compreendidos pelos pesquisadores de gestão de operações (Sundbo, 1997; Tax e Stuart, 1997; Sundbo, 1997; Edvardsson *et al*, 2000; Syson e Perks, 2004). Até um passado recente um princípio largamente aceito entre pesquisadores era de que “novos serviços acontecem”, por causa de sorte, intuição, imaginação pessoal ou reflexo à ação competitiva da concorrência (Scheuing e Johnson, 1989; Edvardsson, Haglund e Mattsson, 1995; Menor, Tatikonda e Sampson, 2002), ao invés de ocorrerem via processo formal de desenvolvimento.

Esse paradigma começou a ser quebrado através de duas frentes de pesquisa. Inicialmente, diversos estudos comprovaram que organizações que adotam mecanismos formais de inovação têm maiores chances de obter novos serviços que alcancem seus objetivos (de Brentani, 1991; Cooper, 1994; Edgett e Parkinson, 1994). Por outro lado, diversos autores propuseram processos estruturados de inovação para operações de serviços, derivando suas propostas das teorias utilizadas pela indústria.

Os primeiros trabalhos voltados para sistematização do processo de desenvolvimento de um novo serviço, publicadas no final dos anos 1980 e primeira metade dos anos 1990, são baseadas principalmente na metodologia de desenvolvimento de produtos criada pela consultoria Bozz-Allen & Hamilton¹. De modo geral, essa metodologia foi uma das pioneiras a propor a divisão do processo de desenvolvimento de um novo produto em sete fases bem definidas, iniciando-se com “desenvolvimento da estratégia para o novo produto” e “geração de idéias”, até “teste” e “comercialização” (Easingwood, 1986; Scheuing e Johnson, 1989; Martin e Horne, 1993).

As teorias voltadas para o desenvolvimento de novos serviços que derivaram dos modelos utilizados pela indústria foram muito criticadas por pesquisadores como Jean Gadrey e Bo Edvardsson, que as viam como inadequadas para explicar os aspectos organizacionais da inovação (Gadrey, Gallouj e Weinstein, 1995) e a construção dos processos produtivos que envolve conjuntamente tecnologias, funcionários e clientes (Edvardsson *et al*, 2000). Um

¹ Os leitores interessados podem consultar: BOOZ, ALLEN & HAMILTON. New Products Management for the 1980s. New York: Booz, Allen Hamilton, Inc., 1982

novo serviço não pode ser entendido como uma oferta isolada de seu contexto. Na maioria das situações ele é composto por um pacote de serviços, formado pela associação de entregas intangíveis com produtos físicos, que são materializados na presença ao cliente.

Desta forma, o processo de desenvolvimento de um novo serviço necessita voltar maior atenção para a definição dos processos que produzirão a nova oferta e na sua relação com os demais elementos do sistema de operações, diferentemente do que ocorre durante o desenvolvimento de novos produtos, que tende a concentrar esforços na definição exata de suas características físicas, funcionalidades e aspectos construtivos.

A partir de críticas como as colocadas acima, começou a florescer um novo campo de pesquisa, denominado Desenvolvimento de Novo Serviço (DNS)², que tem atualmente uma conceituação bastante esclarecida na literatura. DNS abrange pesquisas relacionadas a todo o processo de desenvolvimento de uma inovação em serviços, envolvendo sua estratégia, seus processos de entrega e implantação do novo serviço (Goldstein, Johnston e Duffy, 2002).

Na indústria de serviços, o termo inovação pode assumir um amplo significado. Grandes Inovações são aquelas que resultam em serviços voltados para a solução de novos problemas ou serviços que são completamente novos para o mercado ou para a organização (John e Storey, 1998). Por outro lado, o redesenho do serviço é um tipo de inovação que procura uma forma mais eficiente (em termos de produtividade, relevância ou qualidade) para organizar uma solução para um problema já existente (Gadrey, Gallouj e Weinstein, 1995). Neste último caso o serviço já existe e é largamente oferecido aos clientes-usuários.

Enquanto grandes inovações englobam um projeto totalmente novo de serviço, incluindo seu conceito, design e processos de entrega, o redesenho do serviço pode concentrar a mudança em pontos específicos do sistema de operações, como o rearranjo do trabalho na linha de frente ou inclusão de alguns elementos no pacote de serviços que adicionam funcionalidades ao mesmo. De qualquer forma, em ambos os casos o cliente-usuário tem a percepção de que o serviço é novo e passam a avaliá-lo desta nova maneira, e isto é o que caracteriza a existência da inovação.

Dentro desta linha de pesquisa, alguns autores propõe metodologias para a sistematização do processo de desenvolvimento, (Martin e Horne, 1995; Edvardsson *et al*, 2000; Menor, Tatikonda e Sampson, 2002; P. Mello, 2005) enquanto outros autores

² Criado a partir da tradução do termo em inglês *New Service Development (NSD)*.

pesquisam sobre a participação dos usuários de linha de frente (Perks e Riihela, 2004) e o envolvimento do cliente-usuário no processo de desenvolvimento (Kelly e Storey, 2000; Alam, 2002; Alam, 2002; Matthing, Sanden e Edvardsson, 2004; Matthing, Sanden e Edvardsson, 2004; Kleijnen, de Ruyter e Andreassen, 2005).

De modo geral, estas pesquisas se assemelham pela metodologia utilizada na concepção de suas análises. Elas baseiam-se na utilização de casos de sucesso e fracasso, limitando-se apenas a identificar quais elementos são comuns em projetos de inovação que atingiram 90% ou mais de seus objetivos (sucesso) ou menos de 50% (fracasso), não dedicando tempo maior para discutir a possível origem de alguns destes problemas. Essa dissertação visa contribuir para esta linha de pesquisa, trazendo novos elementos que possam auxiliar gestores de sistemas de operação de serviços a identificar as razões pelas forças ou deficiências de um projeto de redesenho de serviço.

Parte dos desafios de criar um novo serviço que alcance seus objetivos está relacionado com a dificuldade de antecipar e incorporar no seu processo de desenvolvimento e nas suas especificações as influências de suas próprias características fundamentais: intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade.

“Serviços são normalmente produzidos, entregues, consumidos e vendidos ao mesmo tempo” (Edvardsson *et al*, 2000). O encontro de serviço (momento da verdade) é concretizado através do trabalho conjunto de três elementos: organização, funcionário e o próprio cliente. A organização oferece o conjunto de recursos (sistemas, regulamentos, materiais, instalações e outros) que são utilizados pelos trabalhadores (pessoas selecionadas e treinadas pela organização) para atender às necessidades do cliente, que participa do processo produtivo, seja traduzindo suas necessidades ou atuando como co-produtor do serviço.

Isto significa que o sistema de operações de serviço é aberto. Por mais que os projetistas de serviço utilizem padrões, cenários, treinamentos, procedimentos específicos, e regras, a produção do serviço sempre estará sujeita as interferências trazidas pelos funcionários ou pelos clientes no momento de produção do serviço. O controle de interferências é possível apenas nos elementos técnico-organizacionais do sistema. Alguns autores retratam bem estes aspectos: “a participação ativa do cliente no processo de especificação e de produção do serviço faz com que a organização incorra em variabilidades de entrada e imprevisibilidade de tarefas, que alteram significativamente o produto final de uma operação” (Silva, 1995); “projetos de inovação dependem de cooperação intensiva e

participação dos profissionais de linha de frente, que podem auxiliar na concepção e aderência do projeto” (Mintzberg, 1989).

Além da dificuldade existente em prever e antecipar as interferências individuais trazidas por clientes e funcionários, as fronteiras e interfaces entre os elementos também são relevantes. Funcionários ficam motivados quando têm a disposição recursos técnicos que podem ser utilizados em benefícios dos clientes, que vêem valor no serviço; clientes que utilizam diretamente os recursos técnicos da organização ficam satisfeitos quando os sistemas cumprem com suas necessidades e expectativas (Kingman-Brundage, George e Bowen, 1995); aspectos organizacionais da inovação, incluindo suporte técnico, competências e arquitetura, são relevantes nas indústrias de serviços (Gadrey, Gallouj e Weinstein, 1995); o momento da verdade depende do contato e relação direta entre prestador e usuário, e depende de aspectos como comunicação e cultura (Youngdahl *et al*, 2003).

No caso de uma mudança ou redesenho de serviço, espera-se que a influência destas características seja ainda maior. Isto por que como ele já é oferecido, seus clientes-usuários já têm suas expectativas alinhadas com o que está sendo oferecido pela organização, eles sabem como atuar como co-produtor do serviço e tem uma visão particularmente clara de como podem conseguir aquilo que desejam. Da mesma forma, todo o suporte organizacional, composto por regulamentos, recursos materiais e tecnologia também está alinhado com os serviços atuais, assim como todo o corpo de recursos humanos está treinado e preparado para oferecer aquele serviço específico, da maneira pela qual estão acostumados.

Estes elementos são especialmente relevantes para serviços profissionais, caracterizado principalmente pelo alto grau de contato entre o cliente e a organização, que faz com que o serviço seja produzido prioritariamente na linha de frente, com a presença do cliente e participação ativa do mesmo como co-produtor do serviço. Este tipo de serviço também é marcado pela autonomia dos prestadores para customizar processos a fim de atender as necessidades dos clientes.

Frente a isso, o objetivo desta dissertação é pesquisar como as características fundamentais de um sistema de operação de serviços influenciam o redesenho de um serviço profissional oferecido por uma organização governamental.

1.1. Foco da Dissertação

Embora exista grande variedade de organizações de serviços (Johne e Storey, 1998), a maior parte das pesquisas relacionadas com desenvolvimento de novos serviços são baseadas no estudo de empresas privadas, principalmente do setores financeiros, telecomunicações e transporte (de Jong e Vermeulen, 2003). Estes estudos apresentam contribuições importantes para este campo de pesquisa, mas a pequena variedade de setores pesquisados reduz o potencial de contribuição, uma vez que limita as análises e resultados ao contexto específicos destas indústrias de serviços de massa.

Com isso, os modelos de desenvolvimento de novos serviços existentes atualmente contemplam apenas os resultados de investigações conduzidas com serviços que são altamente padronizáveis, com valor agregado na retaguarda técnica, que é favoravelmente projetada e controlada. Nestes casos, o desenvolvimento de novos serviços aproxima-se do desenvolvimento de novos produtos, e os modelos acabam restritos a um processo de desenho e especificação técnica do novo serviço. Por outro lado, perde-se a oportunidade de analisar como os modelos se comportam frente a serviços com maior diversidade e dinamismo, principalmente aqueles marcados por uma maior participação do cliente no processo produtivo e com profissionais com maior poder de interpretação e decisão, e nos quais os regulamentos e especificações tendem a ser tênues.

Frente a isso, esta dissertação também tem como objetivo de expandir o escopo de análise do Desenvolvimento de Novos Serviços (DNS). Optamos por analisar um serviço profissional, oferecido por uma organização governamental. Com isso, um objetivo específico da dissertação será avaliar a capacidade do modelo DNS na concepção e projeto de um serviço profissional público. Especificamente, analisaremos o redesenho do serviço de atenção básica à saúde caracterizado pela implantação do Programa Saúde da Família.

É essencial que os gestores públicos procurem continuamente formas para melhorar a produtividade de seus processos para responder as crescentes pressões por redução de gastos do governo e procurar meios de melhorar a qualidade de suas entregas, uma vez que os cidadãos tem continuamente exigido um leque de serviços mais completo, moderno e que cumpra sempre com três objetivos importantes das organizações públicas: eficiência, eficácia e equidade (Karwan e Markland, 2006). Então, é crucial que as agências governamentais avaliem criticamente as preferências e necessidades de seus “clientes” para moldar adequadamente sua operação (Verma, Louviere e Burke, 2006), alinhando seus recursos para

satisfazer as expectativas dos usuários; e este processo requer uma mistura de criatividade, design, planejamento e avaliação (Royston *et al*, 2003).

Organizações públicas precisam realizar projetos de inovação ou redesenho de operações de serviço para trazer novas idéias à prática, atendendo aos anseios da população e se adequar a exigência de outras organizações públicas. Por exemplo, a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil é interpretada por alguns pesquisadores da área da saúde com sendo um importante avanço: “[...] as reformas do tipo *big bang* são as que introduzem modificações expressivas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. As reformas incrementais, ao contrário, baseiam-se em pequenos ajustes sucessivos. [...] A reforma brasileira da saúde em 1988 pode ser considerada de tipo *big bang*, pois introduziu mudanças substanciais no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do SUS.” (Viana, A. L. V; Poz, M. R. D.; p. 226)

Contudo, os gestores de políticas públicas não são amparados por modelos específicos de inovação, devido a pouca atenção que estes serviços recebem de pesquisadores em geral, a despeito das contribuições que suas práticas podem trazer para os serviços privados. Praticamente nenhum modelo de inovação foi desenvolvido para auxiliar gestores públicos nesta questão (Vigoda-Gadot *et al*, 2005; Karwan e Markland, 2006).

Com isso, precisaremos utilizar pesquisas e teorias desenvolvidas para serviços privados como a base teórica desta dissertação. Como estas organizações estão inseridas em contextos diferentes e possuem missões e objetivos que não seguem as leis de mercado, em alguns momentos precisaremos fazer reflexões acerca da aplicabilidade ou não de alguns pensamentos embutidos nesses modelos para o caso de serviços públicos. Porém, conforme mostram alguns estudos específicos, as teorias desenvolvidas para serviços privados são convergentes com as necessidades das organizações públicas, ainda mais no contexto atual no qual o contribuinte torna-se mais exigente e vê-se como um cliente das agências governamentais.

A dissertação também tem como objeto de pesquisa uma operação de serviço profissional, que são “aqueles em que o cliente está geralmente buscando no fornecedor do serviço uma capacitação de que não dispõe” (Gianesi e Correa, 1994). Significa o processo de trabalho realizado por com conhecimento técnico específico para ser utilizado para solucionar as mais diversas necessidades de outras pessoas ou organizações. Situam-se neste grupo, organizações que oferecem serviços de consultoria, advocacia, médico-hospitalares,

desenvolvimento de *softwares* e manutenção de sistemas, consultores financeiros e muitos outros.

Esta escolha se deve pelo fato deste tipo de serviço apresentar em grau máximo as características distintas dos serviços. Por exemplo, por ser um serviço que lida com conhecimento técnico específico, distante da realidade dos usuários, é grande a intangibilidade de seus processos. Em organizações profissionais, o fluxo de trabalho e tarefas é marcado pela alta incerteza, a descentralização é elevada no processo de tomada de decisão (Mills e Posner, 1982), resultando heterogeneidade de entregas. Os sistemas técnicos são coadjuvantes do processo produtivo e servem de apoio à linha de frente. Mintzberg (1989) afirma que “a relutância entre os profissionais em cooperarem uns com outros e a complexidade dos processos podem resultar em resistência à inovação. Estas são burocracias profissionais, na essência, estruturas designadas a oferecer soluções perfeitas em um ambiente estável, não estruturas voltadas para a criação de novas soluções para necessidades antecipadas”.

1.1.1. Serviços de Saúde

A Organização Mundial de Saúde define o termo *saúde* como sendo “um estado de completo bem estar físico, mental e social, não somente a ausência de uma doença ou enfermidade”. O estado de saúde de um ser humano é função de muitas variáveis, ou *determinantes da saúde*, como eles são comumente chamados. A grande variedade destes determinantes significa que programas e projetos na área da saúde têm uma enorme abrangência regional e social (Longest Jr., 2004).

A partir da definição de saúde, podemos definir serviços de saúde como sendo um tipo de serviço profissional que visa melhorar ou restabelecer o estado de completo bem estar físico, mental e social de um indivíduo. O cliente-usuário dos serviços não dispõe das competências necessárias para realização do mesmo e necessita buscar apoio em profissionais ou organizações que oferecem estas soluções. No Brasil, é ofertada uma ampla gama de soluções em saúde, tanto por organizações públicas quanto privadas. São exemplos de serviços de saúde privados: atendimento emergencial em domicílio, clínicas de especialidades, planos de saúde, exames laboratoriais, hospitais privados, tratamentos fisioterápicos, entre outros.

Por sua vez, os serviços de saúde governamentais oferecem praticamente a mesma gama de serviços de saúde privados, mas eles são organizados de acordo como uma

complexidade tecnológica crescente, que visa otimizar os recursos para atender à população. Na base do sistema de saúde público, encontram-se a rede de atenção básica à saúde que é formada por um conjunto de postos de saúde distritais que oferecem um primeiro atendimento à população através de médicos das especialidades básicas (clínico geral, pediatra e ginecologista), que atendem casos de menor complexidade tecnológica. Caso o usuário necessite de um atendimento mais sofisticado, ele é encaminhado pelos profissionais do posto de saúde para os ambulatorios de especialidades, hospitais gerais ou até mesmo para os hospitais universitários, que são o elo mais alto do sistema de saúde público e são caracterizados por pesquisas de ponta na área da saúde.

Uma mudança recente na Atenção Básica alterou profundamente a maneira pela qual parte da rede de postos de saúde oferece serviços à população. Este redesenho de serviço recebeu o nome de Programa Saúde da Família e trouxe não somente alterações nos processos operacionais da rede, mas também refletiu na experiência do cliente e na equipe de profissionais. Esta mudança ainda enfrenta barreiras à sua implantação especialmente em cidades com mais de 500.000 habitantes, conforme demonstram estudos específicos de pesquisadores da área da saúde. (Viana *et al*, 2004; Bousquat, Cohn e Elias, 2006; Elias *et al*, 2006). “A implantação do PSF vem se configurando como a principal estratégia na organização da atenção básica levada a cabo pelo Ministério da Saúde. Neste cenário, assume-se especial importância o estudo dos processos de implantação do PSF nas metrópoles, pois é exatamente nestas cidades onde se poderá confirmar ou não o êxito da estratégia assumida” (Bousquat, Cohn e Elias, 2006).

1.1.2. Projeto PROESF

Esta dissertação integra um projeto maior de pesquisa denominado Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que fortaleceu a escolha do PSF como objeto de pesquisa.

O PROESF é um projeto cuja iniciativa provém do Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial (BIRD) e voltado para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil. Este projeto parte do diagnóstico que o grande desafio da Atenção Básica consiste na implantação e consolidação do PSF nos grandes centros urbanos, que são áreas com maior concentração populacional, onde as heterogeneidades econômico-sociais impactam no acesso e utilização de serviços de saúde (Viana *et al*, 2006).

O PROESF é um programa nacional que foi desenvolvido através de Consórcios Regionais. Cada consórcio é composto por um grupo de universidades e centros de pesquisa, que se uniram para desenvolver conjuntamente os trabalhos, através de abordagem multidisciplinar. O autor desta dissertação integra o quadro de pesquisadores do Consórcio Medicina USP, que tem duas linhas principais de pesquisa:

- Estudo das condições político-institucionais, da organização, do cuidado integral e do desempenho apresentado pelos municípios do Estado de São Paulo incluídos na pesquisa do Consórcio (Estudo I);
- Análise do trabalho desenvolvido pelas equipes de profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que oferecem atendimento pelo Programa de Saúde da Família (Estudo II).

Esta dissertação é uma das diversas pesquisas conduzidas no âmbito do Estudo II que aborda que é composto pelas seguintes frentes de pesquisa (Sznclwar *et al*, 2006).

- **Análise da organização do trabalho em serviços:** a análise do PSF como um sistema de operações de serviços, nos quais a organização oferece recursos, profissionais executam tarefas e usuários demandam serviços (Frente I);
- **Análise ergonômica do trabalho:** objetiva compreender a realidade do PSF sob a ótica da ergonomia, cujo principal objetivo é transformar, buscar caminhos e soluções para tornar o trabalho um meio para realização dos objetivos da produção, do desenvolvimento profissional e da promoção da saúde (Frente II);
- **Ação em psicodinâmica do trabalho:** visa trazer a tona aspectos do trabalhar que não são revelados pela análise ergonômica. Busca aspectos subjetivos do trabalho, demonstrados a partir de uma relação de sofrimento e prazer no trabalho (Frente III).

Essa dissertação integra as pesquisas da Frente I e utiliza o ferramental de gestão de operações de serviço para identificar e analisar quais fatores do sistema de operações do PSF influenciam positivamente ou negativamente a implantação do mesmo em regiões metropolitanas.

1.2. Panorama do Problema e Importância da Pesquisa

As principais teorias e modelos do campo de Desenvolvimento de Novo Serviço restringem o escopo de sua análise para uma pequena parte daquilo que pode ser considerado uma inovação em serviços. Eles focam suas análises no que Lovelock (1984) define como Grande Inovação³, que consiste no desenvolvimento de um serviço completamente novo para o mercado ou para a organização, buscando oferecer *uma nova solução para um novo problema* ou adicionar uma nova conveniência para o mercado (Gadrey, Gallouj e Weinstein, 1995).

Por outro lado, a questão do redesenho do serviço como forma de inovação passa praticamente despercebida pelos pesquisadores, a despeito de sua importância para as práticas de gestão. O redesenho do serviço pode ser definido como uma mudança marcada pela reconstituição, rearranjo ou substituição de processos que constituem um serviço (Berry e Lampo, 2000). Nesse caso, a organização está buscando “uma maneira mais eficiente (em termos de produtividade, relevância ou qualidade) para organizar uma *nova solução para um mesmo problema*”. Exemplos deste tipo de inovação são: desenvolvimento de novos processos de linha de frente, adição de serviços complementares a linhas já existentes, mudança na forma de contato com o cliente, entre outros.

Edvardsson (2000) destaca que em geral existe uma carência no lançamento de inovações radicais no setor de serviços. “Apenas cerca de 10% de todos os desenvolvimentos de serviços podem ser definidos como Grandes Inovações”. Isto mostra que a realidade das pesquisas acadêmicas não está condizente com as práticas das organizações, mostrando que existe carência em pesquisas que visam compreender os fenômenos que envolvem o redesenho de serviços.

As publicações sobre Desenvolvimento de Novos Serviços apresentaram expressivo crescimento nos últimos anos, tanto em termos de trabalhos publicados em periódicos internacionais de reconhecido prestígio, quanto em termos de livros editados sobre o tema.

³ Apenas para fins de simplificação, esta dissertação utilizará o termo “inovação” como sinônimo do tema “grande inovação”.

As teorias propostas por Edvardsson *et al* (2000)⁴ agregam as principais linhas de pensamento a respeito do processo de DNS, partindo da geração de idéias até a implantação do novo serviço. Ao propor um processo de inovação que considera fortemente as relações do sistema de operações de serviço com seus componentes, como cultura organizacional, clientes e trabalhadores, o modelo proposto por estes autores representa um dos mais completos e apropriados referenciais sobre a gestão do processo de desenvolvimento de novos serviços.

Contudo, assim como ocorre com grande parte dos estudiosos de inovação em serviços, Edvardsson *et al* (2000) particulariza suas pesquisas e análises para parte das operações de serviço. Estes autores desenvolveram seu modelo DNS analisando inovação nas seguintes ramificações: serviços de informações para transportadoras, serviços de venda de produtos químicos, transporte aéreo, seguros e energia elétrica. Fica evidente que existe concentração em serviços concorrenciais, com valor na retaguarda (serviços em massa), e que são caracterizados pelo alto grau de regulação, alto volume de produção com baixa especialização, pouca participação do cliente/usuário no processo e funcionários com baixo grau de autonomia.

A pouca abrangência do escopo de análise não contribui positivamente para analisar como o DNS comporta-se frente a operações de serviços caracterizadas por maior dinamismo, principalmente aquelas em que o cliente participa ativamente do processo produtivo, seja traduzindo suas necessidades ou atuando como co-produtor do serviço. Ao optar por analisar um serviço profissional público, este trabalho irá contribuir com esta lacuna.

Esta dissertação parte do pressuposto que as quatro características fundamentais dos sistemas de operação de serviços – intangibilidade, inseparabilidade, perecibilidade e heterogeneidade – resultam em uma relação de atributos que podem influenciar de maneira positiva ou negativa o processo de inovação ou redesenho de um serviço, influenciando seu desempenho após sua implantação.

Por exemplo, a inseparabilidade entre produção e consumo é uma característica ligada à natureza interativa das operações de serviço. “Enquanto que produtos são primeiramente produzidos, depois vendidos e então consumidos, serviços são primeiro vendidos, então produzidos e consumidos simultaneamente” (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985). Os

⁴ O modelo proposto pelo grupo de autores em *New Service Development and Innovation in the New Economy* será utilizado como o principal referencial teórico sobre a gestão do processo de desenvolvimento de novo serviço, por esta dissertação.

atributos da operação decorrentes desta característica são, por exemplo, a participação do cliente como co-produtor do serviço e a possível autonomia que trabalhadores podem ter para alterar processos para atender demandas pontuais e inesperadas de clientes.

Outra característica predominante em operações de serviços é a intangibilidade, uma vez que serviços são conceitos que não podem ser vistos, provados ou tocados como produtos. São processos e performances ao invés de objetos (Lovelock e Gummesson, 2004). Por serem performances, dependem muito do trabalho dos funcionários e de suas competências nos processos produtivos, em linha com os recursos organizacionais. Por outro lado, o cliente tem dificuldade em avaliar objetivamente o serviço que está recebendo e sendo assim, pode utilizar-se de seu papel no processo produtivo para alterar o desenrolar das atividades.

O pressuposto desta dissertação choca-se frontalmente com a visão clássica do processo de desenvolvimento de novos serviços - herdado da manufatura - que é visto como um fluxo contínuo de atividades, que parte da identificação da expectativa do cliente e culmina com a definição de um conjunto de especificações técnicas, que determinam cientificamente as características do novo serviço: configuração do ambiente, scripts de atendimento, tempos-padrão de processos, sistemas transacionais específicos, serviços pré-configurados, entre muitos outros.

Como existe dentro no meio acadêmico forte tendência de restringir o escopo de análise do DNS justamente nas operações de serviço que podem ser altamente especificadas, a influência das quatro características fundamentais no desenvolvimento de novos serviços ainda não emergiu como tema relevante.

Porém, o grau em que tais características e atributos estão presentes nas operações depende muito da natureza e tipologia do serviço que está sendo estudado. Por exemplo, espera-se encontrar o atributo autonomia mais presente em serviços de saúde do que em companhias de transportes públicos e espera-se que as influências destes atributos também dependam das particularidades de cada operação de serviços.

Outro exemplo: a autonomia dos profissionais de serviços é defendida como positiva para flexibilizar e adaptar processos para as mudanças, tão necessárias em processos de redesenho de serviço (Bowen e Lawler, 1992). Até que ponto profissionais com autonomia podem contribuir (ou não) para um melhor processo de mudança de um serviço? Além disso, as estruturas organizacionais têm alguma influência neste processo? O cliente, atuando como

co-produtor de um serviço já existente pode alterar significativamente os processos no caso de um redesenho de conceito?

Ao selecionar um serviço profissional público como objeto de pesquisa desta dissertação, poderemos colher elementos que auxiliem a compreensão deste fenômeno e sirva de base para questionamentos acerca da validade do modelo proposto por Edvardsson (2000) para abranger os desafios da inovação em serviços profissionais.

Acredita-se que a fase de pós-implantação seja mais apropriada para a condução das análises para entendimento de como os elementos podem influenciar a desenrolar do novo serviço. Primeiro porque tais elementos são naturalmente desconhecidos dos projetistas e acontecem aleatoriamente no decorrer dos processos normais de entrega, considerando tipo, intensidade, frequência e local. Segundo porque os projetistas necessitam trabalhar com padrões pré-definidos de variáveis como estratégia da organização, expectativa dos diferentes perfis de usuários e modelo dos sistemas de operação, para concluir seus projetos dentro do prazo e com os recursos disponíveis. A operação normal tende a quebrar estes padrões, colocando a nova operação em contato direto com toda a diversidade que envolve uma operação de serviços, o que permite uma melhor avaliação dessas influências.

Figura 1.1: Processo de desenvolvimento de novo serviço e foco da dissertação (elaborado pelo autor)

Esta dissertação busca então responder as seguintes perguntas de pesquisa:

QP.1: Quais são os atributos críticos do sistema de operações de serviços que influenciam o redesenho de um serviço profissional, especialmente na fase de pós-implantação?

QP.2: Como os atributos críticos contribuem positivamente ou negativamente para a aderência do redesenho de um serviço profissional aos objetivos do projeto? O modelo DNS proposto por Edvardsson (2000) está preparado para lidar com estas questões?

QP.3: De que forma o redesenho do serviço de atenção básica à saúde, caracterizado pela implantação do Programa Saúde da Família, é impactado positivamente ou negativamente pelos atributos críticos de seu sistema de operações?

Com isso, espera-se que este trabalho traga, dentro dos limites impostos pelo seu foco e método de pesquisa, um melhor entendimento dos fatores que favorecem ou inibem a implantação de novos serviços, podendo inclusive contribuir com um pequeno avanço no modelo proposto por Edvardsson *et al* (2000), através da análise crítica do mesmo frente a esta nova óptica de análise.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para atender aos propósitos estabelecidos na introdução desta dissertação, utilizaremos um referencial teórico que tem como objetivo apresentar ao leitor as bases para a construção desta pesquisa. Especificamente são cobertos os seguintes tópicos: características dos sistemas de operações, classificação de serviços, serviços profissionais, serviços públicos, conceito e pacote de serviços, modelos de inovação e redesenho.

Apesar desta dissertação não voltar-se para a análise do processo de desenvolvimento de um novo serviço em si, o entendimento deste processo é importante e oferece subsídios para a compreensão de alguns fenômenos que podem ocorrer após a implantação do mesmo, que é o foco deste trabalho. Esta abordagem oferecerá os subsídios necessários para a construção teórica e desenvolvimento das hipóteses de pesquisa da dissertação, na etapa final deste capítulo.

2.1. Sistemas de Operação de Serviços

Serviço é uma atividade de difícil caracterização (Salerno, 2001). A diversidade de organizações, a influência das características distintas dos serviços, as necessidades organizacionais específicas e as diferentes formas de relação com o cliente fazem com que as generalizações das práticas de gestão sejam difíceis. Alguns autores (Lovelock, 1983; Bowen, 1990) exemplificam essas diferenças argumentando que podem existir mais semelhanças gerenciais entre uma loja do McDonald's e um cinema do que entre o McDonald's e um restaurante *a la carte*, ressaltando que serviços necessitam de uma abordagem não tradicional em gestão de operações. Frente a essas dificuldades, compreender os conceitos básicos de serviços e as similaridades existentes entre os seus diversos tipos é fundamental para propor avanços nos modelos de gestão de serviços atuais.

Um serviço pode ser definido como a atividade empregada por um agente econômico (prestador de serviço, produtor) para gerar uma mudança na condição de existência de um outro agente econômico (consumidor, cliente, usuário) ou em seus bens, de modo a responder às expectativas deste último (Hill, 1999; Gadrey, 2001; Zarifian, 2001b).

A produção de um serviço consiste em organizar uma solução para um problema específico do cliente/usuário, através da disposição de conjunto de capacidades e competências (humanas, tecnológicas, organizacionais) que são organizadas para atender as necessidades dos clientes, com diversos níveis de sofisticação e precisão (Gadrey, Gallouj e

Weinstein, 1995). O serviço é considerado efetivo quando ele supre as necessidades e atende as expectativas do cliente-usuário (Edvardsson *et al*, 2000).

Encaixam-se nessas definições uma grande diversidade de organizações e empresas, que podem ser agrupadas em três grandes segmentos de acordo com a origem de seu capital e a distribuição ou não de lucros (Lovelock e Young, 1979; Ghobadian, Speller e Jones, 1994)¹.

- **Serviços governamentais locais e nacionais:** como escolas, hospitais, segurança, correio, transporte urbano, museus;
- **Serviços privados com fins lucrativos:** como hotéis, locadoras, telefônicas, seguradoras, bancos, empresas de transporte aéreo, entre outros;
- **Serviços privados sem fins lucrativos:** como igrejas, fundações de pesquisa, organizações não-governamentais, clubes, condomínios, organizações para defesa de direitos.

Muitas pesquisas foram realizadas com objetivo de caracterizar esses três tipos de organização. Serviços privados são os mais pesquisados devido a sua importância sócio-econômica, através do crescimento e desenvolvimento da economia de serviços (Gummesson, 1994; Johnston e Clark, 2002), e social, devido ao grande número de empregos gerados nesse setor (Gadrey, 2001). Para serviços privados são temas de pesquisa importantes: estratégia e *design* de serviços (Shostack, 1982; Shostack, 1984; Heskett, Sasser Jr. e Hart, 1990), já que o objetivo maior de empresas privadas é o lucro através da satisfação das necessidades dos clientes (Gronroos, 1980). Outros temas importantes para serviços privados são: qualidade de serviço e produtividade, influenciados pela heterogeneidade do serviço e participação do cliente (Berry e Parasuraman, 1997) competências e gestão de recursos humanos (Zarifian, 2001a; Zarifian, 2001b), entre muitos outros.

“Serviços públicos são caracterizados pela grande regulação de processos de atendimento, que muitas vezes é considerada mais importante do que o resultado final do serviço” (Gummesson, 1994). Direitos legais e equidade no atendimento são as maiores dimensões.

¹ A listagem apresentada acima não é exaustiva. Ela visa apenas exemplificar a grande diversidade de organizações de serviços existentes nos dias atuais.

As características distintas de serviços públicos e suas conseqüências no cotidiano da sociedade têm despertado interesses crescentes em pesquisadores, motivados em compreender sua lógica para transformá-la. As questões de pesquisa mais relevantes estão ligadas a reestruturação do serviço público através de modelos dos serviço privados (Nutt, 1979; Gummesson, 1994; Voss *et al*, 2005); qualidade de atendimento (Sanderson, 1996; McAdam e O'Neill, 2002) e outros.

A terceira categoria de empresas de serviços tem ganhado atenção especial do meio acadêmico nos últimos anos. O terceiro-setor, formado por entidades privadas sem fins lucrativos, preenche lacunas deixadas pelo governo, algumas vezes, substituindo o próprio Estado na prestação de serviços públicos, outras vezes tornando-se importante parceiro na execução de programas públicos (R. Mello, 2005). Para essa categoria de empresas, definições de estratégia e conceito de serviços são importantes (Milofsky, 1997; Rees, 1998); são importantes também a influência de grupos distintos de *stakeholders*² na avaliação de qualidade das organizações (Heckert, 2001), crescimento e expansão no atendimento (R. Mello, 2005) e influência das estruturas organizacionais no aprendizado de profissionais do terceiro setor (Silva e Davison, 2005).

Apesar da heterogeneidade, as organizações de serviços possuem características fundamentais, válidas para todos os segmentos³, que os distinguem em vários aspectos das organizações puramente manufatureiras (Normann, 1993; Silva, 1995; Fitzsimmons e Ftizsimmons, 2000).

Através de uma ampla revisão bibliográfica que cobriu um total de 106 trabalhos de pesquisa publicado sobre de serviços no período de 1963 a 1990, dois grupos de autores (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985; Edgett e Parkinson, 1993) determinaram que as características dos serviços mais discutidas nas pesquisas eram *intangibilidade* (todos os trabalhos), *inseparabilidade* de produção e consumo (citada pela grande maioria), *heterogeneidade* ou não-padronização (notada por 70%) e *perecibilidade* ou incapacidade de estoque (citada por mais de 50% dos autores). O trabalho mais antigo citado na revisão de Zeithaml *et al* (1985) é datado de 1963 (Regan, 1963), no qual foram identificadas as

² Destaca-se o uso da expressão *stakeholders* é bastante comum no terceiro setor e é usada em substituição ao termo “partes interessadas”.

³ Algumas indústrias de serviço podem apresentar as características fundamentais em maior ou menor intensidade, dependendo do caso.

características intangibilidade, inseparabilidade e perecibilidade. As quatro características fundamentais apareceram simultaneamente pela primeira vez em 1978 (Sasser Jr *et al*, 1978), em um livro texto pioneiro de operações de serviços.

A intangibilidade é a mais importante característica dos serviços, universalmente aceita pelos pesquisadores da área (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985; Edgett e Parkinson, 1993; Ganesi e Correa, 1994; Fitzsimmons e Ftizsimmons, 2000; Bowen e Ford, 2002; Lovelock e Gummesson, 2004). Serviços são idéias e conceitos; são processos e performances ao invés de objetos. Eles não podem ser vistos, provados, tocados ou medidos da mesma maneira pelas quais os produtos podem ser sentidos e avaliados objetivamente (Berry, 1980; Upah, 1980; Fryar, 1991).

A dificuldade de avaliação de resultados e a impossibilidade de avaliação do serviço antes da compra também são implicações da intangibilidade (Fryar, 1991; Ganesi e Correa, 1994). Os clientes percebem mais riscos na aquisição de serviços do que de produtos, baseando-se fortemente em referências de terceiros e na imagem da empresa. Com isso, projetar e controlar o sistema de serviço requer grande habilidade em entender a psicologia do consumidor. A intangibilidade está associada à natureza implícita do produto, o que resulta na impossibilidade de patentear inovações em serviço. A consequência disso é o ciclo de vida curto das inovações.

Nas indústrias de serviço, o prestador produz ou elabora o serviço ao mesmo tempo em que ocorre o consumo parcial ou total do mesmo (Bowen e Ford, 2002). Por exemplo, o consumidor deve estar presente durante a produção de serviços como transporte aéreo, cortes de cabelo, atendimentos médicos e internações hospitalares, entre muitos outros. Com isso, a produção não tem início até o cliente demandar.

O “ato da venda do serviço, na verdade, representa somente o início da instauração de uma relação de serviço com o cliente usuário” (Zarifian, 2001a). Está longe de representar a totalidade dessa relação. Um banco, por exemplo, ao oferecer serviços a um cliente como administrar sua poupança ou abrir um crédito, só no ponto de partida de uma prestação de serviço vigorará durante anos. As relações que ocorrem durante esse longo período serão mais importantes em termos de qualidade do que a “venda” instantânea desses serviços (Zarifian, 2001a).

A inseparabilidade do processo de produção e consumo envolve fatores como: a presença do consumidor durante o processo produtivo e sua capacidade de avaliação do mesmo (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985; Ganesi e Correa, 1994; Lengnick-Hall, 1996; Lengnick-Hall, 1996; Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2000); a relação do cliente com o funcionário e as implicações culturais e étnicas (Youngdahl *et al*, 2003; Schwepker Jr e Hartline, 2005); o papel do consumidor como um co-produtor do serviço e suas influências na produtividade (Mills, Chase e Margulies, 1983; Namasivayam, 2003; Hsieh *et al*, 2004; P. Mello, 2005) e qualidade do serviço (Lengnick-Hall, 1996). A participação do cliente, em alguns casos, faz com que a empresa incorra em variabilidades de entrada e imprevisibilidade de tarefas, que alteram significativamente o produto final de uma operação (Silva, 1995).

Como a produção ocorre simultaneamente com o consumo, os serviços não podem ser armazenados (Normann, 1993). Como não existem estoques, serviços são perecíveis e mais susceptíveis a grandes variações de demanda (Sasser, 1976; Ng, Wirtz e Lee, 1998). Isso significa que quartos de hotel não ocupados, assentos de avião vagos e capacidades não utilizadas de ligações telefônicas internacionais não podem salvas e vendidas em outros períodos (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985; Ghobadian, Speller e Jones, 1994).

Outra característica intrínseca dos serviços é a heterogeneidade, que significa que os serviços são difíceis de serem padronizados (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985; Edgett e Parkinson, 1993; Lovelock e Gummesson, 2004). Como especificar a apresentação de uma orquestra? Qual é o processo de trabalho de um médico? Como se pode avaliar o produto vendido por um hotel de luxo? A heterogeneidade de serviços é resultado de uma operação co-produzida por funcionários e clientes (Bowen e Ford, 2002). Cada consumidor avalia os resultados de um serviço subjetivamente. A falta de padronização de serviços cria dificuldades por toda organização e seu processo produtivo, incluindo o *design* do serviço, projeto e execução (Edgett e Parkinson, 1993).

2.2. Classificação dos Serviços

A grande diversidade das operações de serviços fez com que pesquisadores insistissem em acreditar que muitos serviços eram únicos e, como tal, as práticas gerenciais de uma indústria de serviços eram inadequadas para outras (Schmenner, 1986; Silvestro *et al*, 1992). Com isso, pouca comunicação e aprendizado foi trocado entre organizações de serviço até meados da década de 1980.

“Esse pensamento dominante refletia-se nas atitudes gerenciais que sugeriam, por exemplo, que a gestão de empresas de transporte aéreo nada tinham em comum com a de bancos, seguradoras, hotéis e até mesmo hospitais” (Lovelock, 1983). Muitos conceitos e estratégias positivas desenvolvidas por determinada indústria de serviço, que poderiam auxiliar nas dificuldades organizacionais de outros setores não foram aproveitadas.

Apesar de alguns autores proporem esquemas para classificação já por volta de 1970 (Cook, Goh e Chung, 1999), a tipologia de serviços ganhou força no meio acadêmico no final da década de 1980. Essa mudança foi marcada pela proliferação de artigos de pesquisadores de serviços e operações que quebraram esse paradigma apresentando propostas de classificação de serviços e suas vantagens na identificação das características distintas das indústrias de serviços e seu impacto nas questões de gestão (Silvestro, 1999).

A tabela 2.1 apresenta os principais esquemas de classificação de serviços (ou tipologia) propostos a partir de 1970⁴.

Autor	Proposta de Classificação	Comentários
Rathmel (1974)	(1) Tipos de vendedor (2) Tipos de comprador (3) Motivações para compra (4) Práticas de compra (5) Grau de regulação	Não existem aplicações específicas para serviços. poderiam ser utilizado igualmente para produtos.
Shostack (1977)	(1) Proporção de produtos físicos e serviços intangíveis combinados em um único “pacote”	Pode ser utilizado para comparação entre serviços e posicionamento de mercado.
Hill (1977)	(1) Serviços afetando pessoas vs. Aqueles afetando coisas (2) Efeitos permanentes vs. temporários dos serviços (3) Reversibilidade vs. irreversibilidade dos efeitos (4) Efeitos físicos vs. efeitos mentais (5) Serviços individuais vs. coletivos	Enfatiza a natureza dos serviços e no tópico 5, variações na entrega do serviço e ambiente de consumo.

⁴ Não é objetivo deste trabalho discutir todas as teorias envolvendo classificação de serviços. Cook, Goh e Chung (1999), apresentam uma pesquisa exaustiva com 37 modelos de classificação de serviços diferentes. Foram destacados na tabela 2.1 os mais relevantes ou que serviram de base para o modelo proposto por Silvestro et al (1992), que será utilizado nesta dissertação.

Autor	Proposta de Classificação	Comentários
Thomas (1978)	<ul style="list-style-type: none"> (1) Foco primário em equipamentos <ul style="list-style-type: none"> (a) Automatizados (i.e. lavadora de veículos) (b) Monitorados por funcionários com baixa qualificação (i.e. cinema) (c) Operados por funcionários qualificados (i.e. transporte aéreo) (2) Foco primário em pessoas <ul style="list-style-type: none"> (a) Baixa qualificação (i.e. <i>call center</i>) (b) Com certa qualificação (i.e. mecânico de automóveis) (c) Profissionais (i.e. médicos) 	<p>Apresenta uma classificação baseada em variáveis de operação ao invés de marketing. Proporciona uma maneira útil para entender os atributos dos produtos.</p>
Chase (1978)	<ul style="list-style-type: none"> (1) Extensão do contato com os usuários <ul style="list-style-type: none"> (a) Alto contato (i.e. hospital, hotel, restaurante) (b) Baixo contato (i.e. serviço postal, telecomunicações) 	<p>Reconhece que a variabilidade é maior em serviços com maior grau de contato por que os consumidores influenciam nas demandas e processos.</p>
Lovelock (1983)	<ul style="list-style-type: none"> (1) Natureza do ato de serviço (tangível vs. intangível) (2) Para quem o serviço é oferecido (pessoas vs. coisas) (3) Tipo de relação entre clientes e organização (discreta vs. contínua) (4) Potencial para customização (alto vs. baixo) (5) Características da entrega do serviço <ul style="list-style-type: none"> (a) Um local vs. vários locais (b) Alocação da capacidade (reserva vs. ordem de chegada) 	<p>Sintetiza as classificações anteriores e adiciona novas variáveis. Propõe o modelo de análise mais abrangente e ligado com a estratégia da organização.</p>
Schemenner (1986)	<ul style="list-style-type: none"> (1) Grau de intensidade do trabalho (2) Grau de interação entre consumidor e provedor (3) Grau de customização do serviço 	<p>Argumenta que este modelo proporciona avanços na avaliação das relações cliente-organização.</p>
Silvestro <i>et al</i> (1992)	<ul style="list-style-type: none"> (1) Serviços profissionais (2) Loja de serviços (3) Serviços em massa 	<p>Taxonomia derivada empiricamente das anteriores. Baseada no volume diário de transações e seis dimensões de classificação.</p>

Tabela 2.1: Modelos de Classificação de Serviços (adaptado de Lovelock, 1983; Cook, Goh e Chung, 1999)

A revisão de literatura mostra que as diferentes dimensões utilizadas na classificação de serviços nem sempre são convergentes. Silvestro *et al.* (1992) argumenta que seis dimensões de classificação de serviços são mais utilizadas, tornando-se amplamente reconhecidas:

- Foco em pessoas ou equipamentos (Thomas, 1978);
- Duração do contato com clientes (Chase, 1978);
- Extensão da customização (Lovelock, 1983; Schmenner, 1986);
- Autonomia dos profissionais de linha de frente (Lovelock, 1983);
- Fontes de valor em linha de frente ou retaguarda (Chase e Tansik, 1983);
- Foco em pessoas ou processos.

Ao identificar as principais dimensões e propor um modelo único que incorpore aos benefícios dos modelos de classificação anteriores, Silvestro *et al.* (1999) apresenta contribuições para a literatura de serviços desenvolvendo uma nova tipologia, baseada no volume de transações e a posição da organização segundo a variabilidade de seus processos. Esse modelo é fortalecido através do processo de verificação teórica conduzida pelos autores, que foge a regra das análises empíricas e construções conceituais, no qual os outros modelos são baseados.

Frente a essas vantagens, optou-se utilizar esse modelo como base de análise desta dissertação.

2.2.1. Modelo de Classificação de Serviços de Silvestro *et al.*

O modelo de classificação de serviços proposto por Silvestro, Fitzgerald, Johnston e Voss (1992) está baseado no cruzamento de duas dimensões de análise: (i) volume e (ii) variabilidades de saídas.

Em serviços, a intangibilidade e heterogeneidade características desse tipo de operação fazem com que as medidas de produção sejam difíceis de serem determinadas. Por exemplo, qual é a unidade de produção de um hospital? São pacientes atendidos por unidade de tempo ou pacientes “curados”? Como levar em conta os efeitos de longo prazo de um tratamento, que ainda deve ser considerado como resultado do serviço prestado?

A fim de evitar essas discussões que poderiam enfraquecer o modelo, os autores propõem uma medida considerada mais apropriada para quantificar as saídas de operações de serviços: o volume de clientes processados por local de atendimento por unidade de tempo. Essa medida também deve ser considerada para indústrias de serviço que não requerem a presença do consumidor para atendimento, como bancos e telefônicas.

Esse modelo propõe também que a variabilidade das saídas seja analisada através da avaliação combinada das seis dimensões principais de classificação de serviços, derivada dos outros modelos: (i) foco em pessoas ou equipamentos, (ii) tempo de contato com clientes por transação, (iii) grau de personalização do serviço (iv), grau de autonomia dos funcionários, (v) valor na linha de frente ou retaguarda e (vi) foco no processo ou no produto.

A partir dessas do cruzamento entre volume de clientes atendidos por local por dia e variabilidade das saídas, os autores propõem três tipos de serviço: serviços profissionais, loja de serviços e serviços em massa, de acordo com suas características, expressas na figura a seguir:

Figura 2.1: Modelo de classificação de serviços (adaptado de Silvestro *et al.*, 1992)

Serviço Profissional

Organização com poucas transações, altamente customizada, orientada para processos, com alto tempo de contato por transação, com o valor adicionado na linha de frente, no qual os profissionais possuem grande autonomia para realização das tarefas;

Serviços em Massa

Organizações com muitas transações, envolvendo pouco tempo de contato entre cliente e prestador e baixa customização de serviços. A produção é orientada para os serviços padronizados e o foco do valor é concentrado na retaguarda e nos projetos dos serviços. Pouca autonomia é dada aos profissionais na solução de divergências.

Loja de Serviços

Categoria intermediária entre as duas anteriores. Suas dimensões de análise podem conter os elementos combinados dos dois extremos de classificação. O modelo de Silvestro alerta que as diferenças existentes entre serviços profissionais, loja de serviços e serviços em massa trazem desafios distintos de gestão de um tipo para outro. Portanto, mudanças nos serviços que levam sua concepção, parâmetros e posicionamento ao longo da diagonal exigem mudanças de organização ou gestão.

2.3. Serviços Profissionais em Detalhe

Serviço profissional faz parte do objeto de pesquisa desta dissertação. Como argumentado anteriormente, as pesquisas de serviços ainda estão muito concentradas em serviços em massa e loja de serviços, que possuem características de operação muito diferentes daquelas encontradas em serviços profissionais. A partir das diferenças, podem-se retirar duas implicações principais: (i) serviços profissionais possuem desafios de gestão distintos de serviços em massa e loja de serviços e (ii) nem todos os modelos, sejam de projeto, execução, controle e melhoria, propostos para esses dois tipos de serviços são totalmente compatíveis com serviços profissionais.

Assim, compreender em profundidade as características de serviços profissionais é importante para traçar e analisar as hipóteses de pesquisa desta dissertação, que poderão contribuir para gestores deste tipo de serviço compreenderem melhor os fenômenos envolvendo seu redesenho.

2.3.1. Definições e Características

“Os chamados serviços profissionais são aqueles em que o cliente está geralmente buscando no fornecedor do serviço uma capacitação de que não dispõe” (Gianesi e Correa, 1994). Significa o processo de trabalho realizado por uma pessoa ou organização que tem conhecimento profissional abrangente e específico, em alguma área social ou científica, que pode ser utilizado para solucionar as mais diversas necessidades de outras pessoas ou organizações. Situam-se neste grupo, organizações que oferecem serviços de consultoria, advocacia, médico-hospitalares, desenvolvimento de *softwares* e manutenção de sistemas, consultores financeiros e muitos outros.

Esse tipo de operação de serviço é marcado pela forte presença das quatro características fundamentais das indústrias de serviços: intangibilidade, inseparabilidade, perecibilidade e heterogeneidade, uma vez que a necessidade de conhecimento específico e a fraca definição dos resultados da produção decorrem em baixa capacidade do cliente em avaliar o serviço, apesar de sua participação ativa no processo, e grande autonomia dos profissionais de linha de frente.

A execução da maioria dos serviços profissionais requer habilidades diferenciadas só encontradas em profissionais qualificados, também conhecidos como trabalhadores do conhecimento. Como o conhecimento especializado é o maior “produto” dos serviços profissionais, os principais ativos da organização são os indivíduos que lá trabalham, com suas habilidades técnicas e científicas (Johnston e Clark, 2002).

A gestão de recursos humanos é o desafio-chave destas organizações. Os processos de recrutamento e seleção são estratégicos e custosos. Investimento em treinamento e qualificação (Heskett, Sasser Jr. e Hart, 1990; Mintzberg, 1995) são necessários; mas deve-se assegurar de que essas habilidades fiquem retidas na organização. Nessas empresas, a remuneração atrativa e oportunidades constantes de desenvolvimento são instrumentos para a retenção e motivação dos profissionais, o que deve ser uma preocupação constante de seus gestores (Schmenner, 1986).

A ênfase da organização de serviço profissional está no fornecimento de soluções complexas para atender as diversas necessidades de seus clientes-usuários (Johnston e Clark, 2002). Por exemplo, uma consultoria financeira pode ser contratada por um cliente para avaliar sua estrutura de capital e propor soluções para maximização do retorno do capital acionário. Essa mesma consultoria pode ser também contratada por outro cliente para liderar

seu processo de emissão de ações. Nestes dois serviços, o processo de produção será totalmente diferenciado e deverá ser conduzido de acordo com as técnicas e experiência da organização. Além disso, em ambos os casos, o cliente poderá designar algumas pessoas de seu próprio quadro para participar desses projetos, garantindo sua convergência aos objetivos da sua empresa e ao seu modo de operar.

Em organizações profissionais, nas quais o fluxo de trabalho e tarefas é marcado pela alta incerteza, a descentralização é elevada no processo de tomada de decisão (Mills e Posner, 1982). Os profissionais de linha de frente têm autonomia para modificar processos e formas de atuação para atender as necessidades específicas de seus clientes-usuários (Silvestro *et al*, 1992).

A interação entre os profissionais é intensa e marcada pela contribuição mútua de conhecimentos técnicos específicos, constituindo uma organização em rede. Além disso, a maior parte da coordenação do trabalho entre profissionais é estabelecida automaticamente por suas especialidades e graus de conhecimento (Mintzberg, 1989).

“A organização em rede opera essencialmente praticamente sem autoridade formal ou hierarquias que dão ordem” (Quinn, 1996). As unidades isoladas operariam de forma independente, se não fosse necessário garantir a equidade de objetivos, economias de escala em alguns processos e troca constante de informações, que beneficiam toda a organização.

Figura 2.2: Modelo de organização em rede (extraído de Quinn, 1996)

As unidades independentes (ou nós) destas organizações contêm todo o conhecimento técnico acumulado pela organização e necessários para seus processos de atendimento. Pode haver hierarquias dentro dos nós, mas esta tende a ser limitada e voltada para os funcionários de retaguarda.

O papel dos gestores de serviços profissionais é servir como referência técnica para casos mais complexos e garantir a fluência do trabalho entre os diversos grupos de profissionais e o suporte dos sistemas técnicos de apoio, através de um modelo de supervisão consultivo (Mills e Posner, 1982).

Os serviços profissionais se caracterizam pelo alto grau de contato entre o cliente e o prestador do serviço (Mintzberg, 1989). Busca-se uma máxima personalização do serviço, ou seja, o atendimento das expectativas e necessidades específicas de cada cliente de forma única. Além disto, o alto grau de contato faz com que o valor do serviço seja produzido prioritariamente na linha de frente, com a presença do cliente, colocando grande ênfase no processo de prestação do serviço.

A personalização e a ênfase na utilização de pessoas para a prestação dos serviços fazem com que os sistemas técnicos e de retaguarda atuem como coadjuvantes no processo produtivo, voltado para o suporte e facilitação das atividades dos profissionais. Eles têm sua atuação voltada para: (i) a melhoria do fluxo de informações entre profissionais, organizações e clientes; (ii) armazenamento de experiências anteriores, para facilitar trabalhos futuros; (iii) melhoria de produtividade com redução ou sistematização de burocracias, entre outros.

2.3.2. Impacto das Características dos Serviços Profissionais no Projeto, Operação e Controle

A baixa especificidade e a grande autonomia, presente nos serviços profissionais, fazem com que especificação do serviço seja tênue. Na verdade, pode-se considerar em serviços profissionais, o conceito de serviço⁵ é o único elemento do projeto que deve manter-se constante entre uma prestação e outra, uma vez que reflete a missão e os objetivos da organização.

Em uma prestação de serviço, o profissional tem duas tarefas básicas: (i) diagnosticar ou categorizar as necessidades do cliente-usuário em termos de qual contingência⁶ utilizar, e (ii) aplicar ou executar o programa (Mintzberg, 1989). Por exemplo, quando uma empresa procura uma consultoria de gestão procurando auxílio para melhorar a avaliação e controle de

⁵ As definições de conceito de serviço serão apresentadas no capítulo 2.4

⁶ Mintzberg (1989) usa o termo “contingência” referindo-se a maneira pela qual o profissional aborda o problema do cliente para resolvê-lo. Pode-se considerar que é um conjunto de técnicas ou metodologias adequadas para uma primeira abordagem de cada caso.

seus custos de produção, a consultoria faz um levantamento de algumas informações acerca do processo produtivo do cliente que podem indicar que a melhor abordagem para essa questão seja a implantação de um novo sistema de custeio. Nesse caso, a consultoria poderia propor para o cliente a implantação de um sistema de custeio baseado em atividades.

Apesar do domínio técnico necessário para realizar este serviço, a consultoria terá que verificar todas as características operacionais do cliente, (como estruturas de produção, organização do trabalho, sistemas de informação utilizados, estoques, entre outros) e mapear todas as suas exigências de projeto (como prazo de execução, requerimentos técnicos, custos, entre outros), a fim de preparar um projeto específico de implantação.

O cliente-usuário nem sempre tem condição de avaliar objetivamente o problema e os requerimentos para sua solução. Apesar disso, este atua ativamente no projeto do serviço, podendo influenciar na pré-definição dos resultados a serem atingidos (Silvestro, 1999). Cabe ao profissional gerenciar e auxiliar a formação da expectativa do usuário, deixando claro *a priori* quais são os desafios e limitações do processo de serviço. Ou seja, o projeto de um serviço profissional é consolidado no momento de sua prestação, após o profissional tomar conhecimento das necessidades do cliente e de suas particularidades, negociando com este as especificações do serviço a ser prestado.

Por lidar com profissionais do conhecimento, as questões relacionadas a gestão de recursos humanos influenciam diretamente a operação de serviços profissionais. Recrutar pessoas preparadas e capacitadas é tarefa-chave, assim com o treinamento técnico e doutrinário acerca da missão, objetivos da organização e seu conceito de serviço. A coordenação e padronização das habilidades são importantes, para garantir uma maior convergência entre o trabalho realizado e aquele esperado, mesmo que pouco especificado, pela organização.

Embora se procure uniformizar as habilidades e conhecimentos, os profissionais sempre poderão atuar de sua própria maneira, já que em cada prestação de serviço muitos julgamentos são necessários (Mintzberg, 1989) e isto não pode ser totalmente previsto, tampouco padronizado. Tal autonomia funciona muito bem se tratando de profissionais competentes e orientados para os objetivos comuns da organização. Porém essas características nem sempre são encontradas em todas as pessoas, que podem não oferecer sempre a melhor solução para o cliente ou simplesmente voltar seu trabalho para objetivos pessoais.

O amadurecimento de uma organização de serviços profissionais pode ser marcado pelo seu crescimento e formação de pessoas ou grupos muito especializados em determinadas áreas técnicas ou setores de trabalho. Essa crescente especialização pode resultar na segregação dos profissionais, que passam a ser profundos conhecedores de sua área, mas afastam-se dos demais elos da rede.

Quando não controlado, este processo pode ser prejudicial para a organização, uma vez que podem ocorrer as seguintes situações: (i) disputas internas por determinadas áreas de conhecimento compartilhadas e (ii) deficiências no atendimento ao cliente-usuário que necessitar de serviços combinados de diferentes setores da organização, que podem não ser relacionar a contento.

2.4. Serviços Públicos

Serviços públicos são serviços oferecidos por organizações governamentais municipais, estaduais ou federais para seus contribuintes pessoas físicas ou jurídicas. Podem ser classificados como serviços em massa, como iluminação pública e manutenção de parques e jardins, lojas de serviços como o DETRAN, que oferece em um só local serviços de transferência de veículos, licenciamentos e cursos de direção, ou serviços profissionais, especialmente serviços de saúde. O principal objetivo de qualquer organização de serviço público é garantir o atendimento ao público com eficácia, eficiência e equidade (Karwan e Markland, 2006).

“Serviços públicos são caracterizados pela grande regulação de processos de atendimento, que muitas vezes é considerada mais importante do que o resultado final do serviço” (Gummesson, 1994). O foco em processos ao invés no resultado é consequência da regulação dos processos e das burocracias modernas.

É essencial que os gestores públicos procurem continuamente formas para melhorar a produtividade de seus processos para responder as crescentes pressões por redução de gastos do governo e procurar meios de melhorar a qualidade de suas entregas, uma vez que os cidadãos tem continuamente exigido um leque de serviços mais completo, moderno e que cumpra sempre com três objetivos importantes das organizações públicas: eficiência, eficácia e equidade (Karwan e Markland, 2006). Então, é crucial que as agências governamentais avaliem criticamente as necessidades de seus “clientes” para moldar adequadamente sua operação (Verma, Louviere e Burke, 2006), alinhando seus recursos para satisfazer as

expectativas dos usuários; e este processo requer uma mistura de criatividade, design, planejamento e avaliação (Royston *et al*, 2003). (Vigoda-Gadot *et al*, 2005)

2.5. Conceito de Serviço

O conceito de serviço é o modo como a organização gostaria de ter seus serviços percebidos por seus clientes, funcionários, acionistas e financiadores (Heskett, 1986). Em outras palavras, o conceito do serviço está ligado a missão e aos objetivos de negócio de uma organização. Do lado da empresa, ele significa a forma que ela projeta os seus serviços e oferece-os a seus usuários. Do ponto de vista do cliente, o conceito do serviço representa a maneira pela qual ele visualiza e valoriza aquilo que a organização está lhe oferecendo.

O conceito de serviço é elemento crítico para conhecer e definir o que a organização está vendendo e o cliente, comprando ou usando (Johnston e Clark, 2002). Ele é o ponto de partida para a definição das estratégias de operação das organizações (Heskett, Sasser Jr. e Hart, 1990; Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2000).

Podem ser endereçadas três questões principais acerca destes conceitos. A primeira é que muitas vezes, os pontos de vista da organização e do cliente não são convergentes, e podem ser até conflitantes. Soma-se a isto o fato de que as empresas tendem a focar sua atenção nos produtos e serviços oferecidos, enquanto que os clientes podem estar mais interessados nos resultados alcançados com eles. Desta forma, aquilo que foi projetado pode não ser valorizado pelos usuários, enquanto outros fatores, que passam totalmente despercebidos pela organização, podem ser importantes para a satisfação de seus clientes (Johnston e Clark, 2002).

A segunda é que dentro da organização podem existir visões diversas sobre o conceito de serviço, entre os setores e níveis hierárquicos. A terceira ocorre quando a estratégia de operação não está alinhada com o “pacote de serviços” definidos pela organização.

2.5.1. Do Conceito de Serviços ao Pacote de Serviços

De acordo com o exposto acima, pode-se inferir que o conceito de serviço é um conjunto benefícios esperados pelo consumidor (que está comprando) e oferecido pela organização (que está vendendo). É uma declaração explícita feita por ela ou pode ser inferido de suas informações de vendas e marketing (Normann, 1993; Johnston e Clark, 2002).

O conceito de serviço é formado por um conjunto de elementos chave que nortearão o desenvolvimento do “pacote de serviços” e da estratégia de operação.

- **Experiência do serviço:** experiência direta do processo de serviço pelo cliente, ocorrida no momento da prestação do serviço;
- **Resultado do serviço:** aquilo que é esperado pelo cliente após sua realização;
- **Operação do serviço:** o modo pelo qual o serviço é entregue, identificando os recursos e processos;
- **Valor:** percebido pelo cliente e sua relação com o custo do serviço.

A figura 2.3 apresenta estes elementos.

Figura 2.3: Elementos-chave de um conceito de serviço (adaptado de Johnston e Clark, 2002)

O desenvolvimento do “pacote de serviços”, baseado nos benefícios esperados pelos consumidores, é formado pelas definições das seguintes componentes (Gianesi e Correa, 1994):

- **Instalações de apoio:** recursos físicos, instalações e equipamentos necessários à prestação do serviço;
- **Bens facilitadores:** materiais que são consumidos, adquiridos ou fornecidos ao consumidor do serviço;
- **Serviço explícito:** benefícios que são prontamente percebidos pelos sentidos e são considerados características essenciais do serviço;

- **Serviços implícitos:** benefícios psicológicos ou características acessórias do serviço.

Desta forma, somando uma definição clara e completa do conceito de serviço de uma organização, com a conseqüente definição do seu “pacote de serviços”, é possível dar o primeiro passo no projeto de uma estratégia de operação totalmente alinhada às expectativas e valores dos clientes.

2.6. Desenvolvimento de Novos Serviços

Qualquer discussão sobre DNS deve ser precedida por uma definição e argumentação sobre o significado de novo serviço. Várias definições ou esquemas de classificação são oferecidos pela literatura para detalhar o que constitui um novo serviço.

Lovelock (1984) foi um dos primeiros autores a definir “novos serviços”, partindo da análise dos resultados da operação de serviços em relação a elementos externos à organização, como clientes e concorrentes. Segundo este autor, novos serviços podem ser definidos e categorizados em seis grupos, variando desde Grande Inovação até Mudanças de Estilo, conforme mostra a tabela abaixo.

Tipo de Inovação	Definição
Grande inovação	São serviços completamente novos para o mercado como um todo e para a organização que o oferece.
Novos negócios	Consistem em serviços novos, introduzidos em mercados já atendidos por produtos ou serviços que genericamente atendem as mesmas necessidades.
Novos serviços para a organização	São novos serviços do ponto de vista de uma organização, mas outros competidores já o oferecem ao mercado.
Extensão de linhas de serviço	Representam acréscimos de soluções nas linhas de serviços já existentes.
Melhorias de serviços	Constituem mudanças que melhoram as características de uma operação de serviços corrente.
Mudanças de estilo	É o tipo mais comum de “novo serviço”, que constituem em mudanças visíveis, mas modestas que têm um impacto na percepção, emoção e atitude do consumidor. Mudanças de estilo não representam mudanças fundamentais no serviço, apenas na sua aparência.

Tabela 2.2: Tipos de Novos Serviços (extraído de Lovelock, 1984)

Outros autores propõem maneiras alternativas de classificação de novos serviços. Gadrey, Gallouj e Weinstein (1995) propõe inovação em serviços assume duas formas principais:

- Organizar novas soluções para as **novas necessidades**, que podem ser relacionadas a novos graus de precisão e exclusividade da oferta;
- Criar nova maneira mais eficiente (em termos de produtividade, relevância, qualidade ou aspectos técnicos) para organizar uma solução para **o mesmo tipo de necessidade**.

A proposta de Gadrey *et al* (1995) difere da de Lovelock (1984) por defender que a inovação em serviços está ligada a mudança no conceito do serviço do ponto de vista da organização, ao invés de focar o resultado da operação de serviço sob o ponto de vista de agentes externos (clientes e mercado).

Isto não quer dizer que estas duas propostas são necessariamente conflitantes. Elas são complementares se considerarmos que uma mudança no conceito de serviço deve ser concretizada em um pacote de serviços diferente sob a óptica de clientes e competidores. Contudo, tanto Lovelock (1984) quanto Gadrey *et al* (1995) não consideram em seus modelos que a inovação em serviços também resulta de mudanças na organização em si e nos elementos que a compõe, como processos de entrega e trabalhadores.

Tax e Stuart (1997) contribuem para esta lacuna definindo novos serviços em termos da *extensão da mudança para um sistema de operação de serviço existente*. Esta definição está fundamentada no fato de que uma operação de serviços é formada por um conjunto de interações entre participantes (clientes e trabalhadores), processos, sistemas técnicos e elementos físicos e que mudanças na forma de tais interações resulta necessariamente em um novo serviço. O modelo proposto por Tax e Stuart (1997) estabelece que a partir de uma perspectiva organizacional, qualquer mudança no sistema de operações de serviços que necessite competências diferentes daquelas existentes no sistema atual pode ser considerada como novo serviço; tais competências podem ser analisadas em três dimensões distintas:

- Grau em que o novo **processo** é fundamentalmente diferente do processo existente;
- Grau em que as **habilidades** e **conhecimento** dos participantes do novo serviço (usuários e trabalhadores) são diferentes do serviço existente;

- Grau em que as **instalações físicas** (layout, fluxo de pessoas, ambientação, estruturas) do novo serviço são fundamentalmente diferentes das já existentes.

Apesar dos três modelos proporem, a princípio, definições diferentes e independentes de novo serviço, eles podem ser associados para compor um esquema único e mais completo, na qual cada um dos modelos forma uma **dimensão** do conjunto de mudanças que acontecem em uma organização quando esta passa por um processo de criação de novo serviço (projeto de inovação).

Figura 2.4: Definição de Novo Serviço a partir dos modelos de Lovelock, 1984; Gadrey *et al*, 1995 e Tax e Stuart, 1997 (elaborado pelo autor)

Esta nova definição é sustentada no fato de não ser possível dissociar conceito de serviço, processos de entrega e resultado do serviço, uma vez que estas três dimensões são intrinsecamente ligadas em um sistema de operação de serviços e, como tal, uma mudança intencional em um delas ocasiona, inevitavelmente, mudanças subsequentes nas outras (Menor, 2000).

Por exemplo, um hospital pode decidir criar uma sala exclusiva para tratamentos infantis, decorada com uma temática própria e provida de material e brinquedos para entreter os menores durante longos tratamentos. Neste caso, o hospital estaria inicialmente criando um novo serviço com base na mudança de suas instalações (condizente com as propostas de Tax e Stuart, 1997). Porém, sob a óptica do usuário, esta nova instalação passaria a ser vista ou como melhoria no serviço oferecido, ou como uma extensão de linha de serviço, nos moldes da proposta de Lovelock (1984). Além disso, ao desenvolver este espaço exclusivo, o hospital estaria, inevitavelmente, ampliando seu conceito de serviço para incluir a atenção especial e dedicação no tratamento dos pequenos pacientes, completando o ciclo do novo serviço.

Partindo da exposição anterior, definimos novo serviço (ou inovação) como sendo o desenvolvimento ou modificação de um sistema de operações que resulte em ofertas previamente indisponíveis para os clientes-usuários, caracterizadas por novo conceito de serviço, mudança em aspectos organizacionais e na percepção de resultado do serviço sob a óptica do cliente-usuário.

Tal definição está alinhada com as propostas de Lovelock (1984), Gadrey, Gallouj e Weinstein (1995) e Tax e Stuart (1997), uma vez que foi originada através da consolidação dos três modelos, sem prejuízos as teorias originais.

2.6.1. Redesenho de Serviços

O redesenho de serviços é um tipo de inovação em serviço marcado pela reconstituição, rearranjo ou substituição de processos que constituem um serviço. Para tal, a organização necessita avaliar seus sistemas atuais – maneira pela qual os serviços são produzidos e entregues – para criar formas alternativas, mais eficientes, para servir seus clientes-usuários (Berry e Lampo, 2000). O foco da mudança é na organização e em seus componentes (Tax e Stuart, 1997).

Serviços privados podem utilizar o redesenho de serviços para oferecer novos valores para seus clientes, através da implantação de um processo mais customizado de atendimento, inclusão novas ferramentas que aumentam a velocidade de atendimento ou acrescentam novas soluções aos serviços já existentes. Da mesma forma, organizações públicas também podem modificar seus processos de entrega para incorporar mudanças nos fluxos de trabalho, novas técnicas de atendimento ou conceitos de serviço que melhoram a percepção de qualidade ou aumentam o escopo dos serviços oferecidos, a fim de melhor atender as necessidades dos usuários.

A principal característica do redesenho de serviço é que ele visa modificar uma operação de serviços já existente para atender a novos objetivos de seus gestores, estender uma linha de serviços ou trazer melhorias consideráveis no mesmo sob o ponto de vista de seus clientes-usuários.

Por exemplo, um banco pode decidir não aceitar mais pagamentos de contas na linha de caixas de suas agências, direcionando toda demanda por este serviço aos meios eletrônicos como caixas automáticos, tele-atendimentos ou internet. Para realizar tal modificação, os projetistas deste novo serviço deverão reorganizar seus sistemas técnicos para aceitar tal modificação, preparar os trabalhadores do tele-atendimento, oferecendo-lhes as competências necessárias para o cumprimento das novas tarefas e organizar uma comunicação efetiva junto a seus clientes, preparando-os para o novo serviço, entre muitas outras providências.

Da mesma forma, um hospital público que queira incluir um novo procedimento para tratamento de câncer possivelmente necessitará redesenhar sua operação de serviços para incluí-lo. E isto pode significar modificações nas tarefas e competências dos profissionais, mudanças de procedimentos de atendimento e nas outras etapas de tratamento.

Existem várias situações que contribuem para o processo de redesenho de uma operação de serviços. A literatura ressalta que *designers* de serviços podem utilizar o redesenho para (i) revitalizar operações de serviços desgastadas, (ii) incluir mecanismos de diferenciação, (iii) reduzir custos de trabalho e operação e (iv) modificar processos e formas de trabalho para fortalecer a motivação e satisfação dos trabalhadores (Berry e Lampo, 2000). Além disso, o desenvolvimento de novas tecnologias, principalmente das ligadas aos sistemas de informação e comunicações, podem ser incorporadas em operações de serviços atuais, necessitando, contudo, que aspectos organizacionais sejam modificados e adaptados às novas tecnologias.

Na área da saúde, objeto de pesquisa desta dissertação, é comum o desenvolvimento de pesquisas científicas voltadas ao descobrimento de novos métodos de tratamento e abordagens clínicas mais eficazes na cura de doenças ou prevenção dos problemas de saúde. Geralmente, a incorporação de tais novidades técnico-científicas em serviços de saúde públicos e privados deve ser precedida de mudanças na organização e em seus elementos, caracterizando a existência de inovação sobre a forma de redesenho de serviços nestas organizações.

Para atender aos diferentes propósitos que concretizam a ocorrência do redesenho de serviço, os projetistas necessitam analisar a operação atual e projetar modificações (simples ou complexas) nos diferentes elementos organizacionais, como estruturas funcionais, processos de atendimento, forma de trabalho, divisão de tarefas, sistema de suporte, regras e regulamentos, entre muitos outros.

As mudanças organizacionais irão compor um novo sistema de operações e novos resultados do serviço, impactando também o conceito do mesmo que passará a incorporar seus novos objetivos. A figura a seguir apresenta as características do redesenho, de acordo com a definição de novo serviço apresentada anteriormente.

Figura 2.5: Características do redesenho de serviços (elaborado pelo autor)

Desafios do Redesenho de Serviços

No caso do redesenho, o serviço já é oferecido para população, sendo que os clientes-usuários já têm expectativas formadas em relação aos resultados da operação atual e sabem qual é seu papel dentro do processo produtivo. Eles têm subsídios para avaliar a qualidade dos serviços e conhecem o desenrolar dos processos de produção, sentindo-se seguros e confortáveis em relação aos mesmos.

Os trabalhadores, por sua vez, estão acostumados a trabalhar sob as lógicas da operação atual e possuem as competências necessárias para honrar suas posições no processo

produtivo, assim como a organização, que tem estruturas, instalações, sistemas técnicos e ferramental apropriado para operar segundo os objetivos e aspectos de sua operação corrente.

As mudanças originadas no processo de redesenho impactam diretamente este equilíbrio operacional e organizacional, gerando conflitos que necessitam ser endereçados durante o processo de concepção, desenho e implantação do novo serviço. Tanto clientes quanto trabalhadores podem ser céticos, confusos ou contrários ao novo serviço (Tax e Stuart, 1997). Funcionários podem se sentir tecnicamente e emocionalmente despreparados para atuar sob as novas lógicas e podem comprometer a aderência do novo serviço aos objetivos do projeto (Quaggio *et al*, 2006).

2.6.2. Modelos de Desenvolvimento de Novos Serviços

Desenvolvimento de Novos Serviços (DNS) é o processo complexo composto por um conjunto de atividades, tarefas e fluxos de informação necessários para uma empresa conceituar, desenvolver, avaliar e implantar novos produtos intangíveis, de valor para seus clientes (Bowers, 1985; Edvardsson, Haglund e Mattsson, 1995; Goldstein *et al*, 2002).

Um processo efetivo de desenvolvimento de novo serviço necessita ter quatro características essenciais: objetividade, precisão, baseado em métodos e visando o rápido lançamento (Shostack, 1984). Apesar de estas características serem facilmente aceitas, diversos estudos mostram que as organizações tendem a não utilizar processos sofisticados e formais de desenvolvimento (Edvardsson *et al*, 2000; Menor, 2000).

O complexo processo de DNS pode ser facilitado se conduzido à luz dos modelos propostos pela literatura, uma vez que desta forma é possível (i) considerar todas as etapas de desenvolvimento, suas características e requisitos (Scheuing e Johnson, 1989); (ii) melhor coordenar as diferentes etapas entre todos os envolvidos no processo de inovação (Johne e Storey, 1998). Outros autores também ressaltam que um processo mais formal de desenvolvimento possibilita menor tempo de colocação de novos serviços no mercado (Froehle *et al*, 2000), sendo uma importante vantagem competitiva no cenário atual marcado pelo acirramento da concorrência.

Bowers, Lovelock (1984) e Easingwood (1986) foram os primeiros autores a reconhecerem a importância de dividir o processo de criação e implantação de um novo serviço. Outros autores partiram destes pensamentos e propuseram modelos para sistematização deste processo.

Os modelos tradicionais de DNS seguem uma lógica linear de projeto, composta por etapas independentes e subseqüentes que possuem objetivos fixos (Scheuing e Johnson, 1989), muito similar ao modelo de desenvolvimento de produtos de Bozz-Allen & Hamilton (1982). Outros modelos melhor definem a complexidade de desenhar novos serviços, em termos de requerimento de informações necessárias ao processo (Shostack, 1984), especificação de quem deve ser envolvido no mesmo (Alam, 2002; Matthing, Sanden e Edvardsson, 2004) e questões envolvendo a ligação entre conceito de serviço, *design* e processos (Edvardsson e Olsson, 1996; Goldstein *et al*, 2002).

Os modelos mais modernos expandem o escopo dos modelos tradicionais, passando a reconhecer que o DNS é um processo não linear, no qual diversas etapas necessitam ser conduzidas simultaneamente (Edvardsson, Haglund e Mattsson, 1995) e que também devem ser incluídas na análise outras dimensões de uma operação de serviços como estratégia, cultura e políticas de implantação e ampliação em larga escala do serviço. O modelo proposto por Edvardsson *et al* (2000) consolida as teorias tradicionais com o moderno pensamento de DNS, sendo uma das teorias mais completas e abrangentes sobre processo de inovação. Por isso, será o referencial utilizado por esta dissertação.

2.7. O Modelo de Desenvolvimento de Novos Serviços de Edvardsson *et al*

O modelo proposto por Edvardsson *et al* (2000) é, possivelmente, a mais abrangente e completa teoria que visa analisar e sistematizar o DNS. Os autores partem dos pensamentos tradicionais e agregam os resultados de sua própria experiência, para formar um modelo composto por quatro fases centrais: *geração das idéias do serviço, alinhamento de estratégia e cultura, desenho do serviço, políticas para expansão e implantação do serviço*. O modelo também é envolto por elementos secundários que são determinantes no processo DNS, conforme apresentado na figura a seguir.

Figura 2.6: Modelo de desenvolvimento de novo serviço (adaptado de Edvardsson *et al*, 2000)

A apresentação das etapas seguirá o modelo original, conforme figura acima. Daremos atenção especial na descrição e análise das etapas mais relevantes o caso do redesenho de serviço e outros objetivos desta dissertação.

Cultura e Estratégia

Cultura organizacional é geralmente descrita como sendo o conjunto de valores e normas naturalmente existentes e aceitos por determinada organização. Valores corporativos são crenças na maneira pela qual a organização conduz e gerencia sua operação, como forma de tratamento de trabalhadores; trato com clientes, visando ou não a construção e manutenção de relações mais duradouras; foco de resultados em curto ou longo prazo, entre outras. Normas são as manifestações cotidianas dos valores e crenças. Por exemplo, a obrigatoriedade de um gerente comercial entrar em contato semanalmente com um importante cliente de sua carteira para apenas “ver se está tudo bem” pode ser a materialização da crença da organização em criar vínculos próximos com seus clientes.

O conjunto de valores e normas de uma organização dita quais estratégias, melhorias e inovações são possíveis e condizentes com a cultura da organização. Como a cultura é vivenciada por todos os trabalhadores, incluindo aqueles de linha de frente, os valores de uma organização são passados para seus clientes-usuários, tornando-se assim a base para suas estratégias de serviço.

Por sua vez, as estratégias de uma organização compreendem o conjunto dos caminhos escolhidos por determinada organização para esta atingir seus objetivos e perpetuar-se. Por exemplo, uma rede hoteleira pode decidir utilizar uma estratégia de desenvolver produtos-serviços para aumentar o grau de tangibilidade de suas ações para seus consumidores melhorando a avaliação deles sobre o serviço prestado. Esta estratégia por materializar-se, por exemplo, como o oferecimento de um suco natural ou *champanhe* na sua recepção, ou deixar arranjos naturais (que podem ser levados embora) nos quartos.

O entendimento da cultura e estratégias da organização é o ponto de partida para o desenvolvimento de um novo serviço adequado às realidades da organização e alinhado com suas tradições.

Geração de Idéias do Serviço

Antes de iniciar a fase de geração de idéias, é fundamental formular uma estratégia de inovação. De outra forma, é fácil assumir que o projeto acabará sendo um apanhado de idéias que não encaixam com os objetivos gerais e estratégias da própria organização.

No momento em que a estratégia da inovação for determinada, fontes potenciais de idéias são identificadas. Basicamente, idéias podem ser geradas por diferentes maneiras, como novas tecnologias, competidores e funcionários de linha de frente. Edvardsson *et al* (2000) destacam que a principal fonte de idéias é o cliente. Bons serviços emergem do diálogo com clientes competentes e demandantes.

Contudo, a maioria dos clientes irá achar difícil imaginar e verbalizar sua necessidade futura, restringindo o potencial de contribuição dos clientes e endereçando a necessidade da organização facilitar e promover continuamente este processo. A razão disto é que eles são apenas familiarizados com tecnologias atuais e serviços já existentes (devido à alta intangibilidade dos serviços).

Coerência com Estratégia e Cultura Organizacional

Uma vez que a idéia tenha sido identificada e foi tomada a decisão de continuar o projeto, caminhando para a fase de desenvolvimento, é necessário alocar os recursos necessários e organizar os times de projeto. Tipicamente, o time de projeto é composto por três figuras: um patrocinador, um grupo de controle e um grupo de projeto.

O patrocinador do projeto é geralmente o departamento ou unidade de negócios que será responsável pelo novo serviço quando ele for implantado. Eles geralmente acompanham o projeto “por cima” e provêem informações sobre quais devem ser os aspectos do serviço a ser desenvolvido. Estas informações são importantes uma vez que são chave para garantir o alinhamento do novo serviço à cultura e estratégia da organização. O patrocinador também é responsável por defender o projeto nos níveis decisórios da organização, garantindo força e recursos necessários para seu desenvolvimento e implantação.

O grupo de controle é responsável pelo acompanhamento do processo de desenvolvimento e supervisão de recursos e prazos. O time de projetos, por sua vez, é encarregado de conduzir todas as etapas do desenvolvimento, reportam-se tanto para o grupo de controle quanto para o patrocinador.

Em termos da formação e composição do time de projetos, Edvardsson *et al* (2000) argumentam sobre a importância de formar times multidisciplinares no DNS. Isto significa escolher pessoas de diferentes partes e funções da organização, clientes reais e exigentes e um número de agentes externos ao serviço, com diferentes habilidades e opiniões. Todavia, uma composição diversificada resulta, invariavelmente, em mais pressão nos gestores do projeto que necessitarão trabalhar com visões diferentes, muitas vezes conflitantes, durante todo o processo.

Possivelmente, a tarefa mais árdua na composição de um grupo diversificado de trabalho é a fazer com que as pessoas compartilhem os mesmos valores. Para atingir a qualidade desejada e desenvolver um serviço legitimamente voltado ao cliente é essencial criar um modelo mental comum durante todo o processo de desenvolvimento e em todos os membros do time.

Desenho do Serviço

A fase de desenho do serviço é a mais importante e a que mais influencia o resultado final do novo serviço. Edvardsson *et al* (2000) ressaltam que existem o desenho do serviço deve ser repartido em três componentes: conceito do serviço, sistema de serviço e processos.

O conceito do serviço, como apresentado anteriormente, é a descrição geral a partir da perspectiva da organização dos resultados (tangível e intangível) do serviço para o cliente. O conceito deve refletir os benefícios e vantagens esperadas, dando ênfase nas necessidades dos clientes e na maneira pela qual a organização irá atingir suas expectativas. Esta componente consiste na análise das necessidades reais dos clientes, para especificar o conteúdo do serviço. É importante envolver os trabalhadores de linha de frente que conhecem as características e preferências dos clientes. Envolver os próprios consumidores pode ser importante na validação de algumas alternativas e auxílio em decisões que precisem ser tomadas. Mas vale lembrar que nem sempre os clientes terão meios para avaliar previamente o conceito de serviço, uma vez que os mesmos não terão contato direto com os processos de entrega, que ainda não foram definidos.

O conceito de serviço é concretizado por meio de um sistema. O sistema de serviço inclui todos os componentes da organização, como: trabalhadores, estruturas funcionais, instalações físicas, sistemas técnicos, regulamentos, cultura, entre muitos outros. Estes componentes necessitam formar um todo harmonioso e trabalhar em conjunto para garantir

uma operação de serviços suave e eficaz. É importante que o sistema de serviço garanta os recursos necessários para suportar os processos de entrega, que devem ser projetados simultaneamente. Durante este processo, o conceito do serviço deve ser revisado caso os recursos disponíveis sejam incompatíveis com os objetivos do novo serviço.

Dentro da organização, as formas de trabalho e responsabilidades dos diferentes grupos de profissionais, envolvidos na produção do novo serviço, devem ser determinadas. Da mesma forma, os sistemas de suporte aos serviços devem ser desenvolvidos, assim como as instalações de atendimento e estruturas de suporte. Do lado do usuário, informação, treinamento e *marketing* devem ser considerados como forma de prepara o cliente-usuário para o novo serviço.

Por fim, os processos são as correntes de atividades responsáveis pela entrega do serviço durante os momentos da verdade. Clientes, trabalhadores e a organização em si são conjuntamente responsáveis pela realização destas ações coordenadas que visam acima de tudo materializar o conceito de serviço ao seu demandante. É importante ter sempre em mente que o cliente é um co-produtor do serviço e como tal deve ter sua atuação bem delineada, incluindo o projeto de como deve ser sua interação com trabalhadores, outros clientes e elementos físicos e técnicos do sistema de operações.

Evardsson *et al* (2000) destaca também que para garantir a qualidade do serviço é essencial ter em mente que as três componentes apresentadas acima são partes independentes do desenho do serviço. Não é suficiente que cada componente sem si apresente alta qualidade. O motivo é que diferentemente da qualidade dos produtos, o cliente utiliza todas as situações do sistema de operações como base para percepção e avaliação da qualidade.

Implantação e Expansão do Serviço

A fase de implantação e expansão da oferta do novo serviço é caracterizada pela necessidade de definirem-se diretrizes e políticas a respeito da entrega do novo serviço para clientes-usuários em geral. Em conjunto com os futuros gestores, os projetistas devem estabelecer as estratégias de lançamento, identificando quais regiões ou segmentos de mercado devem ser priorizadas. Além disso, esta fase também inclui questões como lançamento, *marketing* e treinamento. Uma vez lançado o serviço, a administração do mesmo tem início, marcando o término do processo de desenvolvimento.

Edvardsson *et al* (2000) ressaltam que no caso do redesenho de serviços, o grande desafio da implantação consiste na integração do novo serviço ao sistema de operações existentes na organização.

Os autores baseiam-se nas teorias propostas por Tax e Stuart (1997) para argumentar a importância de reconhecer-se formalmente qual será o “impacto cruzado que o novo serviço terá no sistema de serviços atual e vice-versa. Isto é particularmente importante crítico quando o novo serviço compartilha elementos com o sistema de operações original” (Tax e Stuart, 1997).

Apesar destas recomendações, tanto Edvardsson *et al* quanto Tax e Stuart não identificam quais elementos são responsáveis por estas dificuldades de integração e de que forma eles prejudicam o desempenho do novo serviço.

2.8. A Fase de Pós-Implantação do Novo Serviço

As especificações técnicas iniciais de um projeto de novo serviço podem ser alteradas durante sua implantação (Edvardsson *et al*, 2000). Scheuing e Johnson (1989) afirmam que a implantação é uma fase “usada para determinar o potencial de aceitação do novo serviço, enquanto o projeto piloto assegura que todo o processo está funcionando suavemente”. Segundo os autores, a finalização da implantação é acompanhada por uma revisão final nas especificações do projeto, aprontando-o para seu lançamento em larga escala.

A visão de que o processo de desenvolvimento de um novo serviço é finalizado após seu teste, ajustes e definição de suas especificações técnicas é largamente aceita pelos pesquisadores de *marketing* de serviços e refletem as influências das teorias de manufatura nesta área. Porém deve-se ter em mente que a implantação rotineiramente representa uma fase de duração limitada, no qual os responsáveis pelo desenvolvimento do novo projeto acompanham e controlam sistematicamente o desenrolar das atividades, utilizando isso como informação para alterar algumas especificações definidas nas fases anteriores do processo de desenvolvimento.

A fase de pós-implantação (FPI) pode ser definida com aquela posterior ao oferecimento inicial do novo serviço. Ela é caracterizada pela implantação em larga escala e transferência da gestão para área de operações, com uma menor influência dos projetistas ligados à área de P&D.

Ao se afastar do ambiente controlado de projeto, a FPI passa a ser influenciada por fatores (ou elementos) internos ou externos à organização, não existentes até então. Fatores externos são aqueles trazidos pelo mercado, especialmente clientes e concorrentes. Podem se manifestar pelo acirramento da concorrência com a cópia do novo serviço (Johne e Storey, 1998), guerra declarada de preços, recusa dos clientes a aceitar o novo serviço, ação de órgãos reguladores, entre outros. Fatores externos são aqueles originados dentro da esfera da própria organização. Por exemplo, a intangibilidade cria dificuldades na interpretação do novo conceito de serviço pelos clientes (Cowell, 1988) e, como co-produtores do serviço, eles também tem dúvidas quanto a seu papel no novo processo (Tax e Stuart, 1997). Os gerentes de linha de frente podem apresentar resistências à inovação por terem aspirações diferentes da alta direção ou objetivarem resultados de curto prazo (Griffin e Page, 1993). Os sistemas de informação podem se mostrar incompatíveis com a organização do trabalho e com outros recursos físicos da operação (Easingwood, 1986), que não puderam ser previstos durante as fases anteriores do DNS.

A identificação de tais fatores, tanto internos quanto externos e a maneira pela qual eles impactam o desempenho da nova operação de serviços, não podem ser totalmente prevista e projetada durante o processo de desenvolvimento. Primeiro porque tais fatores são naturalmente desconhecidos e acontecem randomicamente no decorrer dos processos de entrega, considerando tipo, intensidade, frequência e local; segundo porque os projetistas necessitam trabalhar com padrões pré-definidos de variáveis como estratégia da organização, expectativa dos diferentes perfis de usuários e modelo dos sistemas de operação, para concluírem seus projetos dentro do prazo e com os recursos disponíveis. Muitas vezes, a urgência no lançamento e a insuficiência de recursos sacrificam inclusive a fase de testes do novo serviço, (Easingwood, 1986; John e Storey, 1998; John e Storey, 1998), aumentando ainda mais o desconhecimento de fatores que alteram o desempenho do mesmo após sua implantação.

Não necessariamente esses fatores influenciam de negativamente o desempenho de um novo serviço. Eles também podem contribuir positivamente para a aderência dos mesmos a seus objetivos. Por exemplo, os profissionais de um hotel, acostumados a trabalhar sobre rígidos procedimentos de atendimento, podem sentir-se mais felizes e motivados em atuar sob uma nova lógica na qual eles têm maior autonomia para solucionar problemas de clientes (Bowen e Lawler, 1992) e, por isso, eles passam a trabalhar empenhados com o sucesso da nova operação, aumentando seu potencial resultados.

Elementos externos podem ser identificados e enfrentados a partir das teorias de *marketing* de serviços amplamente disponíveis na literatura. Já os internos, necessitam de uma abordagem não trivial, que transcende o escopo de pesquisa dos acadêmicos de *marketing*.

Figura 2.7: Origem dos fatores que influenciam a implantação do novo serviço (elaborado pelo autor).

Parte dos fatores internos à organização que influenciam o novo serviço é resultado das próprias características fundamentais dos serviços, como veremos no tópico a seguir, especialmente no caso de redesenho de serviços profissionais que é o foco desta dissertação.

2.9. As Características Fundamentais dos Serviços que Influenciam o Redesenho de Serviços

Como destacado no início deste capítulo, as quatro características fundamentais das operações de serviço são: intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade.

A partir da análise mais aprofundada destas quatro características e de sua relação com os demais elementos presentes em um processo de redesenho de serviço profissional, faremos a identificação teórica dos atributos críticos que possivelmente influenciam o processo de implantação de um novo serviço. A ocorrência de tais atributos será observada nos estudos de caso a serem realizados.

2.9.1. Intangibilidade

Serviços são performances ao invés de objetos. Eles não podem ser vistos, sentidos, experimentados ou tocados de maneira similar aos produtos tangíveis. A intangibilidade é não somente a característica mais reconhecida na literatura e citada como diferencial entre produtos e serviços, mas também é a distinção crítica da qual todas as outras três características emergem (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985; Edgett e Parkinson, 1993; Lovelock e Gummesson, 2004).

Bateson (1979) apud Lovelock e Gummesson (2004) faz a distinção entre *intangibilidade física* que é a impossibilidade do serviço ser visto, sentido e tocado; e *intangibilidade mental* que representa a dificuldade do cliente imaginar seu conteúdo e resultado. Conclui que o ponto crucial é que os serviços são duplamente intangíveis. Outros autores expandiram o significado de intangibilidade mental definindo-a como sendo o grau que um serviço pode ser visualizado de forma concreta e clara *antes da decisão de compra e utilização* do mesmo por parte do cliente-usuário (McDougall e Snetsinger, 1990).

O grau de intangibilidade mental inerente à determinada operação de serviços não é necessariamente correlato ao seu grau de intangibilidade física. Um serviço de saúde, por exemplo, possui alto grau de intangibilidade mental, uma vez que o usuário, muitas vezes, não sabe qual é seu problema e o que será feito para solucioná-lo, mas pode avaliar as condições físicas do ambiente no qual ele será atendido, a qualidade dos instrumentais utilizados, a clareza com que o médico passa-lhe informações, entre outros fatores que podem ser fisicamente tangíveis.

A principal criticidade da *intangibilidade* consiste na dificuldade existente para o cliente-usuário conhecer, avaliar, interpretar e decidir por um conceito e uma operação de serviços pela primeira vez, sem que ele tenha tido qualquer experiência prévia como o mesmo (McDougall e Snetsinger, 1990; Edgett e Parkinson, 1993; Lovelock e Gummesson, 2004). Especialmente no caso de um redesenho de serviços profissionais esta criticidade é ainda maior.

Quando um cliente-usuário utiliza com alguma frequência determinado serviço, ele possui um conjunto de informações que são resultado de suas experiências anteriores e que representam para ele a consolidação de suas expectativas em relação ao serviço original. Ele conhece quais são os resultados das diferentes ofertas, qual é o processo de atendimento e até mesmo quais são as deficiências do sistema de operação atual. O cliente-usuário sente-se seguro ao solicitar determinado serviço à organização uma vez que ele sabe, a princípio, como as coisas irão se comportar.

Ao passar por um processo de redesenho de serviços, é comum haver alterações no conceito de serviço, que invariavelmente passa a incluir novos objetivos, e no sistema de operações, que necessita alcançar novos resultados. Estas mudanças alteram significativamente a percepção do cliente, que passa a comparar as novas ofertas com aquilo que ele tinha à disposição até então. Mesmo que a organização esforce-se para informar ao cliente os valores do novo serviço, é de se esperar que este se torne inicialmente reticente em relação ao mesmo, uma vez que ele não tem experiência suficiente para julgá-lo adequadamente.

A fim de garantir que suas demandas serão atendidas, o cliente-usuário pode relacionar-se com a organização seguindo as lógicas do sistema de operações antigo, evitando adaptar-se ao novo serviço. Em serviços profissionais, marcado pela possibilidade de customização do serviço para atender necessidades específicas dos clientes, é possível que o mesmo solicite diretamente ou indiretamente a modificação do mesmo para a lógica original, que é aquela em que o cliente se sente mais seguro.

Podemos endereçar então o seguinte atributo crítico:

Atributo 1: O cliente-usuário tem dificuldade para avaliar previamente os benefícios do redesenho de uma operação de serviços, em comparação ao serviço original.

2.9.2. Inseparabilidade

Enquanto produtos são primeiramente produzidos, depois vendidos e então consumidos, serviços são primeiramente vendidos para depois serem produzidos e consumidos simultaneamente (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985). A inseparabilidade entre a produção e o consumo está ligada à natureza interativa das operações de serviço, especialmente durante o “momento da verdade”. O oferecimento de um serviço não pode ser separado de seus sistemas de operação, profissionais que realizam as tarefas, nem recebedores do serviço (pessoas ou coisas).

Como cliente necessita estar presente durante a produção de muitos tipos de serviços como transporte, cortes de cabelo, consultas médicas, teatros e outros, a inseparabilidade força o cliente a ter um contato muito próximo do processo de produção e seu “núcleo técnico” (Bowen e Ford, 2002), trabalhadores e até mesmo outros clientes (Lovelock e Gummesson, 2004). Em outros serviços como telecomunicações, tratamentos médicos, serviços bancários, *fast-foods*, o cliente participa como co-produtor do serviço, realizando tarefas e atividades imprescindíveis para a concretização do serviço (Mills, Chase e Margulies, 1983; Namasivayam, 2003).

Como participante ativo do processo produtivo, o cliente-usuário necessita conhecer plenamente seu papel, suas tarefas e maneira que ele deve realizá-las. Muitas organizações se preparam para auxiliar o cliente na compreensão deste papel e na construção das competências necessárias para ele atuar como co-produtor do serviço. Contudo, poucas organizações lembram que atendem a perfis muito diversificado de clientes, que podem não ser atingidos por iniciativas padronizadas de inclusão do mesmo no processo produtivo.

Por exemplo, os caixas automáticos possibilitam atualmente uma variedade de autos-serviços financeiros, como saques, movimentações bancárias, pagamentos de contas, empréstimos, entre muitos outros. Clientes bem instruídos e familiarizados com tecnologias sentem-se preparados e confortáveis a utilizar esses meios eletrônicos sem maiores complicações. Entretanto, muitos clientes de menor acesso à informação e conhecimento tecnológico, como idosos ou pessoas mais simples, se confundem na hora das transações e acabam errando os procedimentos, ou sentem-se totalmente despreparados para utilizar os caixas automáticos e insistem em resolver seus problemas diretamente com os funcionários das agências.

Organizações que deixam de preparar todos seus clientes para atuarem como bons co-produtores do serviço podem enfrentar uma sensível perda de produtividade (Mills, Chase e Margulies, 1983), uma vez que clientes-usuários que atuam de forma desconexa podem trazer variações atípicas ao sistema de operações (Silva, 1995) ou buscarão auxílio com trabalhadores, que podem ficar sobrecarregados. Além disso, os próprios usuários podem ficar descontentes com a operação, uma vez que para eles o processo pode não fluir de maneira harmoniosa e satisfatória.

Tratando-se do redesenho de um serviço, se ocorrer alterações no processo que impactem diretamente o papel o usuário ou o entendimento do mesmo em relação à suas atividades, pode haver conseqüências ao desempenho da nova operação similares às relatadas pela bibliografia. Além disso, o fato de pré-existir uma referência anterior ao redesenho pode influenciar aqueles clientes que não forem atingidos pelo DNS a atuarem sob a continuarem atuando sob a lógica anterior, o que resultaria em mais interferência no sistema de operações remodelado.

Neste caso, as características fundamentais dos serviços resultam em mais um atributo crítico que pode influenciar significativamente o novo serviço:

Atributo 2: O cliente-usuário participa em diferentes níveis e formas como co-produtor do serviço.

Do lado da organização, outros fatores resultantes da inseparabilidade também podem influenciar os resultados de um serviço. Como dito anteriormente, o serviço primeiramente é vendido para depois ser produzido e consumido simultaneamente. De maneira prática, isto significa que a organização não consegue o processo e os resultados de uma operação de serviço antes do mesmo ser entregue ao cliente. O controle de qualidade sempre é posterior à consumação do serviço.

Mesmo contando com um bom projeto de serviço, sistemas de produção competentes e adequados, trabalhadores motivados e bem treinados, uma organização de serviço nunca consegue garantir que todos seus clientes irão ser atendidos exatamente pela forma que ela projetou.

Duas razões principais podem ser enumeradas: (i) o cliente-usuário pode demandar algumas variações no serviço para atender suas necessidades específicas; (ii) trabalhadores com autonomia podem modificar alguns aspectos da operação para oferecer um serviço que eles próprios consideram melhor para o cliente ou através de processos que eles prefiram executar. Como a organização não consegue muitas vezes enxergar estas mudanças antes delas serem concretizadas, ela não consegue avaliar a convergência delas com seus objetivos e propósitos.

Estes fenômenos são especialmente relevantes para serviços profissionais. A baixa especificidade dos serviços profissionais alinhada com o conhecimento técnico-específico dos trabalhadores possibilita o oferecimento de soluções customizadas e complexas para os usuários (Johnston e Clark, 2002). Nesta situação, a organização necessita confiar no julgamento pessoal de um trabalhador ou de um grupo de trabalhadores que teoricamente são as referências mais apropriadas para decidir qual é a melhor solução para cada cliente-usuário.

A autonomia pode influenciar positivamente o processo de redesenho de serviço quando o projeto do sistema de operações apresentar falhas que prejudiquem a produção do novo serviço. Nestes casos, os trabalhadores podem adaptar ou até mesmos criar novos procedimentos caso a caso para garantir que o serviço atinja seus objetivos. Por outro lado, quando as crenças, valores e anseios profissionais de cada trabalhador estão desalinhados com os objetivos da organização e reais necessidades dos usuários, o serviço pode ser influenciado negativamente. Quando a organização não possui mecanismos formais capazes de identificar tais desvios, pode haver situações nas quais os profissionais deixam de trabalhar segundo as lógicas da própria organização, passando a atuar sob seus próprios conceitos e percepções (Mintzberg, 1989; Mintzberg, 1995). Para o redesenho de um serviço profissional, isto pode significar uma fuga ao novo conceito de serviço e os processos operacionais que foram modificados, prejudicando a aderência do novo serviço aos objetivos de seu projeto. Podemos destacar então o seguinte atributo:

Atributo 3a: O trabalhador pode modificar aspectos do sistemas de operações e realizar a entrega do serviço ao cliente, sem que a organização consiga identificar previamente.

Quando o redesenho de serviço profissional demandar novas competências dos trabalhadores e eles não forem suficientemente preparados para entender o novo conceito de serviço e capacitados para trabalharem sob as novas necessidades, estes podem influenciar negativamente o novo serviço uma vez que tenderão a trabalhar segundo as técnicas que eles conhecem, por já terem atuado na operação original (Quaggio *et al*, 2006). Podemos endereçar então mais um atributo de pesquisa:

Atributo 3b: Competências dos funcionários são importantes na definição de suas atribuições, na sua inserção organizacional e na percepção de seu trabalho.

2.9.3. Heterogeneidade

As operações de serviço são caracterizadas pelo alto potencial de variabilidades que elas estão sujeitas. Isto significa que a qualidade e até mesmo a essência do serviço (conceito, operação e resultado) pode variar de trabalhador para trabalhador, de cliente para cliente e de dia a dia. A heterogeneidade é especialmente crítica para operações que necessitam de trabalho intensivo (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1985), como os serviços profissionais.

As flutuações do desempenho dos trabalhadores é a principal fonte de heterogeneidade das operações de serviços (Lovelock e Gummesson, 2004). Muitos trabalhadores podem relacionar-se com o cliente durante o processo produtivo, e cada um deles pode tratá-lo de maneira diferente, criando um problema de consistência de tratamento. Além disso, o desempenho de cada profissional pode alterar significativamente de um dia para outro, gerando flutuações na qualidade do seu atendimento.

Além disso, dois clientes distintos podem ter percepções diferentes acerca da mesma operação de serviço, sob as mesmas condições uma vez que diferentes clientes-usuários podem ter expectativas diferentes em relação à mesma operação de serviços e podem demandar a organização de forma única, conseguindo resultados e experiências exclusivas.

Uma organização estável tem mapeado suas principais fontes de variabilidade tanto por parte dos trabalhadores, quanto por demanda dos clientes. Quando esta passa por um processo de redesenho de serviços, especialmente aqueles que necessitam de alterações nas configurações organizacionais e nos papéis dos trabalhadores de linha de frente, é freqüente a necessidade de alinhamento organizacional para que todos tenham em mente as características do novo serviço e seus benefícios em relação ao modelo anterior. Neste período de adaptação,

tanto clientes quanto trabalhadores podem ser céticos, confusos ou contrários ao novo serviço (Tax e Stuart, 1997).

O período de adaptação tende a estimular o florescimento de variabilidades no processo, seja por parte dos funcionários que ainda não estão totalmente preparados tecnicamente ou psicologicamente para atuar sob as novas condições, ou a partir de solicitações do cliente, que podem aproveitar a oportunidade para tentar impor algumas de suas demandas mais específicas.

Podemos identificar então mais um atributo crítico e sua conseqüente influência no redesenho de serviço:

Atributo 4a: Diferentes clientes têm diferentes expectativas em relação ao novo serviço.

Atributo 4b: Desempenho pessoal de cada trabalhador varia significativamente.

2.9.4. Perecibilidade

Serviços são perecíveis quando eles não podem ser salvos e armazenados para uso posterior (Edgett e Parkinson, 1993), revendidos ou devolvidos à organização (Lovelock e Gummesson, 2004). Por exemplo, um dentista não pode armazenar uma hora do seu tempo se nenhum paciente não procura seu serviço em determinado momento. Um hotel não pode guardar um pernoite. Se ele não é vendida, então está perdido para sempre.

Serviços não podem ser produzidos para serem guardados quando forem solicitados. Se um serviço não é utilizado quando estiver disponível, então a capacidade de ofertar o serviço é desperdiçada (Ng, Wirtz e Lee, 1998).

Sem a possibilidade de armazenar excedente para suprir futura demanda excessiva, as organizações de serviço são seriamente afetadas por flutuações na demanda. Por exemplo, hotéis litorâneos ficam com a maioria de seus quartos ociosos durante o inverno e tem demanda superior à sua capacidade de acomodação durante o verão.

Após o processo de redesenho de serviço, durante o período de acomodação, é natural que a organização incorra em perda expressiva de produtividade, devido ao processo de adaptação dos trabalhadores e o incremento de heterogeneidade trazido pelos clientes. Neste caso, é esperado um aumento significativo em filas que podem prejudicar a aceitação do novo serviço, que pode ser instantaneamente associado ao incremento de filas. Vamos destacar, então, mais um atributo crítico:

Atributo 5: Operações de serviço estão sujeitas à significativas flutuações na demanda.

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

O capítulo anterior apresentou as bases teóricas desta dissertação e teve como objetivo final destacar uma série de atributos críticos que, a partir de uma reflexão teórica, devem influenciar de diferentes formas o redesenho de um serviço profissional. As possíveis influências destes atributos foram transformadas em hipóteses de pesquisa para serem avaliadas durante o trabalho de campo desta dissertação.

Como objeto de exploração e estudo, o autor optou pela escolha da implantação do Programa Saúde da Família, que representa um avanço importante no campo dos serviços públicos de saúde, mas que ainda apresenta barreiras à sua implantação especialmente em cidades com mais de 500.000 habitantes, conforme demonstram estudos específicos de pesquisadores da área da saúde (Viana *et al*, 2004; Bousquat, Cohn e Elias, 2006; Elias *et al*, 2006).

O PSF representa uma inovação nos serviços de atenção básica à saúde uma vez que ele é caracterizado por um redesenho nas operações de serviços, incluindo mudanças no conceito de serviço, que passam a incluir ações de proteção e promoção de saúde, vínculo formal entre equipes de atendimento e grupos de usuários, visitas domiciliares; da mesma forma, ocorrem mudanças significativas na organização, que passa a contar com equipe generalista, agentes comunitários de saúde; e nos resultados dos serviços marcados principalmente pela queda na ocorrência de doenças infecto-contagiosas e internações devido à complicações médicas de doenças crônico-degenerativas.

A cobertura populacional do PSF nas regiões metropolitanas e nas cidades com mais de 500.000 habitantes vem alcançando percentuais sistematicamente inferiores à média nacional. Em 1998, a cobertura do PSF no país alcançava 1,96% da população, e em 2003, esse percentual saltou para 33,32%; no mesmo período, nas grandes cidades estes valores passaram de 0,96% para 17,22% (Bousquat, Cohn. A. e Elias, 2005).

“A implantação do PSF vem se configurando como a principal estratégia na organização da atenção básica levada a cabo pelo Ministério da Saúde. Neste cenário, assume-se especial importância o estudo dos processos de implantação do PSF nas metrópoles, pois é exatamente nestas cidades onde se poderá confirmar ou não o êxito da estratégia assumida” (Bousquat, Cohn e Elias, 2006).

3.1. Seleção dos Casos

Apesar de ter sido inicialmente idealizado pelo Ministério da Saúde, a implantação do PSF foi delegada aos municípios, que puderam imprimir sua própria marca ao processo. Eles têm autonomia para definir suas próprias estratégias de implantação e podem, inclusive, modificar alguns aspectos operacionais do programa para adaptá-lo à sua realidade local.

Dentro deste aspecto, selecionamos duas experiências distintas de implantação do PSF em grandes cidades, os quais serão estudados em profundidade e serão apresentados no capítulo seguinte:

Cidade	População	Cadastrados PSF	% cobertura
São Paulo	10.677.019	1.818.430	17,03%
Ribeirão Preto	527.733	112.609	21,34%

Tabela 3.1: Cidades selecionadas para estudo em profundidade. Informações extraídas de Bousquat *et al*, 2004 (elaborada pelo autor).

Estas cidades foram escolhidas porque respeitam os seguintes critérios:

- Cidades de grande porte com mais de 500.000 mil habitantes;
- Apresentam práticas semelhantes de serviços de atenção básica – UBS do tipo PSF pura, mista e tradicional;
- Tem índices de cobertura PSF próximos, demonstrando que a importância do modelo é ainda menor do que dos outros formatos;
- Têm experiências recentes na implantação do PSF e ainda apresentam modelos em discussão, caracterizando que estão na fase de pós-implantação do modelo;
- Utilizam parcerias com entidades da sociedade civil na condução do PSF;
- As duas cidades fazem parte do escopo de trabalho do PROESF, o que permite um enriquecimento adicional do trabalho, através da consulta de fontes de informação secundárias.

Para cada cidade, foi escolhida uma Unidade Básica de Saúde representativa do Programa Saúde da Família.

Cidade	UBS	Tipo	Parceiro	Nº Equipes PSF
São Paulo	Jardim Cidade Pirituba	PSF Pura	UNIFESP	3
Ribeirão Preto	Núcleos de Saúde da Família ligados ao Centro de Saúde Escolha	PSF Pura	FAEPA	4

Tabela 3.2: UBS selecionadas para estudo em profundidade (elaborada pelo autor).

3.2. Método de Pesquisa e Análise dos Casos

Dada a limitação de recursos e de escopo desta dissertação, não temos o objetivo de desenvolver teorias que comportem os fenômenos envolvendo redesenho de serviço e implicações das características fundamentais. Por ser um fenômeno ainda pouco explorado pela literatura de serviços, esta dissertação tem um caráter exploratório, que visa compreender melhor este fenômeno e levantar questões acerca da pertinência ou não do modelo de desenvolvimento de novos serviços proposto por Edvardsson *et al* (2000) para prever e incluir tais influências no escopo do projeto de novos serviços. Além disso, temos a objetivo de contribuir no campo das práticas gerenciais apenas com o melhor entendimento da implantação do PSF em grandes cidades.

Nesta linha, utilizaremos a metodologia de estudo de caso múltiplo para estudar a implantação do Programa Saúde da Família e para colher informações que nos auxilie a compreender as hipóteses levantadas anteriormente. Estudo de caso é uma metodologia de pesquisa baseada na análise em profundidade de uma ou mais experiências práticas do fenômeno que se deseja estudar. Esta metodologia tem sido apontada como uma das mais poderosas para gestão de operações, particularmente para compreensão de novos fenômenos, construção teórica, teste e validação de teorias existentes e expansão ou refinamento de modelos (Voss, Tsikriktsis e Frohlich, 2002). Estudos de caso tipicamente combinam métodos de coleta de dados como arquivos, entrevistas, questionários e observações (Eisenhardt, 1989).

Para aproveitar ao máximo a complexidade e diversidade de pontos de vista existentes nos dois estudos de caso, desenhamos um método de pesquisa que consiste na coleta de diversas fontes de dados, com posterior triangulação das informações, a fim de garantir o rigor do método de pesquisa e validade dos resultados (Voss, Tsikriktsis e Frohlich, 2002). A tabela abaixo apresenta as fontes de informação que foram utilizadas durante a pesquisa de campo:

Fonte de Informação	Detalhe	Objetivo
Entrevistas	Estruturada com o gestor do PSF do município.	Entender o histórico da implantação do PSF no município e sua inserção dentro das estratégias atuais da atenção básica.
	Estruturada com o gestor da UBS.	Entender o histórico da unidade e a lógica de funcionamento atual. Compreender sua relação com outros elementos da organização.
	Estruturadas com os gestores das parceiras.	Compreender a forma de atuação da parceira e seus objetivos frente ao PSF e à UBS na qual trabalham.
Fontes de informação secundárias	Estudos de outras pesquisas no âmbito do PROESF como avaliação ergonômica das atividades e relatórios de psicodinâmica do trabalho.	Cruzar estas fontes de informação com as observações em campo sob a óptica de gestão de operações, a fim de verificar aspectos coletivos e/ou relações de causa e efeito.
Observações <i>in loco</i> da unidade, dos profissionais e da unidade.	Acompanhamento das atividades cotidianas da unidade, incluindo tarefas internas, externas, trabalhos em grupo, rotinas administrativas, atendimentos, conversas informais com usuários, entre outros	Traçar um retrato fiel do dia-dia da unidade sob a óptica de gestão de operações. Buscar quais atributos dos sistema de operações são críticos de impactam diretamente na implantação do PSF na unidade.
Outras fontes de informação	(1) Publicações das prefeituras ou secretarias de saúde; (2) Documentos reguladores enviados para as UBS; (3) Legislação municipal; (4) Publicações de pesquisa na área da saúde; (5) SIAB com informações das unidades;	Traçar um cenário completo sobre a inserção do PSF no município, na academia e na estrutura dos serviços de saúde do município; completar as análises com informações cruzadas das mais diversas fontes.

Tabela 3.3: Fontes de informação utilizadas na pesquisa (elaborada pelo autor).

As pesquisas de campo objetivam traçar um panorama com o histórico dos serviços públicos de atenção básica à saúde em cada um dos municípios analisados – o que pode auxiliar na compreensão de alguns fenômenos atuais - e na retratação fiel das rotinas das unidades.

Durante a descrição das unidades, o autor iniciará um processo de análise crítica que visa levantar e discutir quais são os atributos críticos que impactam a operação do PSF na unidade e qual é o impacto destes atributos na aderência do PSF aos objetivos embutidos no seu conceito de serviço.

Neste ponto, o autor não irá se deter a apenas avaliar os atributos críticos das UBS à luz dos atributos teóricos e hipóteses levantadas durante a construção teórica da dissertação. Essa alternativa foi escolhida para justamente não restringir a análise de campo aos atributos esperados sob a óptica da academia, dando margem ao aparecimento de outros atributos que também podem ser críticos, mas ainda passam despercebidos dos acadêmicos da área.

Contudo, no capítulo de discussão e conclusão, faremos análise conjunta daquilo esperado sob o ponto de vista teórico e encontrado através da análise profunda das duas experiências práticas, permitindo ao autor dissertar sobre os resultados desta análise conjunta.

4. APRESENTAÇÃO DOS CASOS E ANÁLISE

A fim de garantir aos leitores desta dissertação um entendimento uniforme sobre o objeto de estudo a ser analisado, apresentaremos inicialmente um breve panorama sobre os serviços públicos de saúde no Brasil, seguindo da apresentação do conceito de serviço embutido no Programa Saúde da Família.

Após este relato inicial, partiremos para a apresentação dos dois estudos, sendo que em ambos os casos faremos primeiro um panorama sobre a história recente da atenção básica nos municípios para contextualizar os casos, seguida pela apresentação em profundidade e análise das Unidades Básicas de Saúde escolhidas como objeto de estudo desta dissertação.

4.1. A Organização dos Serviços Públicos de Saúde até 1990: Antecedentes do PSF

A fundação do Ministério da Saúde remonta a 25 de julho de 1953. Até então, a gestão da saúde pública no Brasil ficava a cargo do Ministério da Educação e Saúde, que tinha uma atuação focada no sanitarismo e controle de epidemias (Brasil, 2005). Aliados do novo Ministério da Saúde, instituições como o Instituto Oswaldo Cruz e a Escola Nacional de Saúde Pública concentravam seus esforços na investigação, pesquisa e desenvolvimento de vacinas. Vale lembrar que até a década de 60, a sociedade brasileira vivia basicamente na área rural. Desta forma, eram raros os postos de atendimento de saúde instalados em municípios.

Este cenário permaneceu praticamente inalterado até a implantação da Reforma Administrativa Federal, ocorrida em fevereiro de 1967, quando foram definidas as principais diretrizes do Ministério da Saúde: desenvolvimento da política nacional de saúde, oferecimento de especialidades médicas e paramédicas, ações preventivas em geral, vigilância sanitária de fronteiras e portos, controle de fármacos e alimentos.

No final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população, e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005). Esta nova organização tivera sua regulamentação aprovada em 1990, com a publicação da Lei 8.080/90 (Brasil, 1990b).

O que levou os constituintes a proporem essa transformação nos modelos de saúde brasileiros foi a existência de um crescente quadro de doenças de todos os tipos, completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, excessiva centralização e impropriedade de decisões, recursos financeiros insuficientes, baixa cobertura assistencial,

falta de definição clara de papéis, nas várias esferas de governo - federal, estadual e municipal - (Brasil, 1990a)¹.

Além disto, foi estabelecido que o recém inaugurado SUS deveria obedecer a uma série de requisitos como organização regional e hierarquizada, descentralização e gestão participativa. Isto significa que os serviços deveriam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida (Brasil, 1990a; Viana e Poz, 2005).

A gestão do sistema de saúde brasileiro também ganhou novas diretrizes com bases geográficas. O conceito fundamental instaurado foi o de que quanto mais perto da base a decisão for tomada, maiores chances ela terá de ser correta. Isto significou um aumento considerável de atribuições para os gestores de saúde do estado e principalmente dos municípios, caracterizando a chamada municipalização da saúde.

Com isto, o município passou a ser o principal responsável pelo atendimento de um doente e pela saúde da população. Este serviço passou a ser oferecido pela rede de postos de saúde e hospitais sob gestão municipal e estadual. Foi definido também que sempre que a complexidade de um atendimento extrapolasse a capacidade do município em resolvê-lo, esse deve enviar o usuário para outro mais próximo, capaz de fornecer a assistência adequada.

Todo o investimento e custeio do SUS são feitos com recursos das três esferas de governo – municipal, estadual e federal. Estes recursos são geridos pelo Ministério da Saúde e são divididos em duas partes, sendo que a primeira fica sob a guarda do próprio Ministério, para ser usado em suas ações específicas e a outra é repassada para as secretarias de saúde dos estados e municípios, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde locais e rede assistencial (Brasil, 1990b).

4.2. O Conceito de Serviço do Programa Saúde da Família

Historicamente, atenção à saúde no Brasil teve seu foco na prestação de serviços médicos individuais, de enfoque curativo, a partir da procura espontânea por serviços. A nova constituição estabelece claramente em seu texto que o conceito de saúde vigente no país é mais amplo do que isto, conforme trecho abaixo:

¹ Esta referência contém informações completas sobre o papel do Sistema Único de Saúde e de suas atribuições. O autor preferiu não estender este assunto neste trabalho, que tem outros objetivos.

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

O conceito de saúde definido na Constituição de 1988 está norteando a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença, para um modelo mais abrangente e integral de saúde, no qual a busca pela promoção e proteção da saúde torna-se chave para melhoria do atendimento ao usuário e universalidade do serviço.

O modelo de atenção à saúde ainda predominante, de foco na doença, conseguiu ter impacto na morbidade e mortalidade da população. Porém, evidencia-se uma inegável mudança do perfil epidemiológico da população, com redução expressiva da ocorrência das doenças infecto-contagiosas, que predominavam no passado, e o incremento constante das doenças crônico-degenerativas, que têm sua ação ligada mais a campanhas de prevenção e promoção de saúde.

4.2.1. A Origem do Conceito PSF

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. A partir daí começou a focar a família como unidade de ação programática e não mais o indivíduo, e foi introduzida a noção de cobertura por área e por família (Viana e Poz, 2005). Na verdade, o ministério institucionalizou, nesta ocasião, as experiências isoladas e práticas que já vinham sendo conduzidas em algumas regiões do país, como a assistência aos índios Tupi no Mato Grosso e as parteiras do Ceará.

O conceito de atendimento do PSF teve também a seu favor o desenvolvimento de experiências anteriores de modelos de assistência à família no Canadá, em Cuba e na Inglaterra, que serviram de guia para o programa brasileiro.

“O Programa Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde. Esta reunião foi a resposta do ministério para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do programa de agentes para outros tipos de profissionais. [...]). A fase de formulação se consolida quando da

elaboração da NOB-96, que aprofunda o caráter inovador do PSF e explicita uma nova fórmula de cooperação para a operação da política de saúde, envolvendo municípios, pólos, secretarias estaduais e o ministério da saúde. Esses são os elementos facilitadores da implementação do PSF”. (Viana e Poz, 2005).

4.2.2. As Práticas do PSF

O Programa Saúde da família, oficializado pelo governo federal em 1994, tem como ponto central a mudança da perspectiva do atendimento da saúde, incorporando a família e todos os seus aspectos como ponto focal. Tornar a família ponto primordial de atenção dos serviços de saúde não é novidade no Brasil. A diferença está estruturada em um serviço que mantenha constantemente o contato com as famílias, estruturado através de visitas domiciliares regulares à residências e mantenha vigilância sobre a manutenção da saúde da população ou das transformações ocorridas com novos processos patológicos identificados, ou naqueles já constatados anteriormente (Brasil, 1998; Silveira, 1999).

Os objetivos do PSF, conforme exposição do Ministério da Saúde publicada em Brasil, 1997:

“Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”.

Objetivos Específicos do PSF:

- Prestar, na unidade básica de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua com resolubilidade e boa qualidade às necessidades da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;

- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito da cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

4.2.3. O Modelo de Operação do PSF e suas Características Fundamentais

A unidade de saúde da família nada mais é do que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção conjunta nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de proteção, promoção e recuperação, características do nível primário de atenção. Como este modelo está ainda em fase de implantação, podem-se encontrar ainda modelos de operação mistos ou pouco definidos. Além disto, a municipalização da saúde fez com que muitos municípios imprimissem suas próprias marcas nos modelos de operação, causando grande diferenciação nas formas de trabalho. Todavia, iremos focar neste capítulo as características do modelo teórico do PSF.

A estratégia Saúde da Família tem como base a estruturação do atendimento em torno da demanda organizada. Representa o primeiro contato da população com o sistema de saúde público, assegurando referência e contra-referência para os demais níveis do sistema. Isto significa que se um atendimento demandar uma capacidade tecnológica superior àquela disponível no Centro de Saúde², o usuário deverá ser encaminhado para uma outra unidade que pode prestar-lhe um atendimento adequado (referência). Após este atendimento mais especializado, o médico generalista deverá ser provido de informações para poder realizar o acompanhamento do usuário (contra-referência).

4.2.4. Base Territorial e Cadastramento dos Usuários

As unidades de saúde da família são organizadas em torno de regiões geográficas bem definidas, sendo responsáveis pelos cuidados das pessoas inseridas nestes territórios. Segundo definições do Ministério da Saúde, um Centro de Saúde pode atuar com uma ou mais equipes PSF, visando garantir que todas as famílias presentes na área de abrangência do Centro

² Neste texto, irá ser adotado a definição de Centro de Saúde como sendo um posto de atendimento provido apenas de equipes de PSF e Posto de Saúde, como sendo unidade mista.

possam ser atendidas. Além disto, o MS recomenda que cada equipe seja responsável por uma área na qual residam entre 600 a 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.500 habitantes (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2005).

Todas as famílias do território definido para a equipe PSF devem ser cadastradas mediante a uma primeira visita domiciliar, na qual são expostos os princípios norteadores desse programa e são informadas as condições de saúde e ambientais da família. Esta primeira etapa marca o início do vínculo da equipe com a comunidade sob sua responsabilidade e é realizada juntamente com as lideranças comunitárias locais, que devem promover uma maior aceitabilidade do processo.

4.2.5. As Equipes do PSF

Recomenda-se que uma equipe do PSF seja composta por no mínimo 01 médico generalista, 01 enfermeiro, 01 a 02 auxiliares de enfermagem e de 05 a 06 agentes comunitários. Cada agente deve acompanhar em média 160 famílias.

Atribuições das Equipes

As atividades das equipes devem ser conduzidas de forma dinâmica, com avaliação permanente dos resultados através da evolução dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, são responsabilidades das equipes:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, incluindo condições sócio-culturais;
- Identificar problemas de saúde e riscos associados;
- Elaborar juntamente com a comunidade um plano local para as questões de saúde/doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea;
- Resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência os principais problemas detectados;
- Desenvolver processos educativos para a saúde dos usuários;
- Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas indicados.

A base de atuação das unidades são os Centros de Saúde, porém, suas responsabilidades abrangem também:

- Visitas domiciliares, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias ou atender a um chamado espontâneo;
- Internação domiciliar, que não substitui a internação hospitalar tradicional, mas pode ser utilizada com o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente e sua humanização.
- Participação em grupos comunitários, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e prevenção os problemas prioritários para a comunidade.

Atribuições do Médico

Preferencialmente, o médico da equipe deve ter uma formação generalista, ou seja, ele deve estar preparado para oferecer os cuidados básicos a todos os membros da família, independentes de sexo e idade. Deverá entender o usuário de uma forma mais ampla e completa, considerando seus aspectos psico-sociais e não um conjunto de conhecimentos específicos, restritos a problemas de saúde rigorosamente definidos.

Conceitualmente, o médico por ter uma formação acadêmica superior a dos outros membros, é alçado ao posto de líder da equipe de PSF e suas atribuições além daqueles tradicionais de atendimento à população, englobam a programação e gestão do trabalho de toda a equipe.

Atribuições do Enfermeiro e do Auxiliar de Enfermagem

Este profissional tem sua atuação marcada por duas frentes: na primeira, baseada no Centro de Saúde, oferecendo apoio ao médico em suas consultas ou procedimentos ambulatoriais; a segunda, na comunidade, supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo aqueles que necessitam de atendimentos domiciliares. Também têm suas atuações desenvolvidas nos dois espaços básicos, sendo de sua responsabilidade desenvolver, juntamente com os ACS, atividades de identificação das famílias de risco.

Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde

Tem sua atuação voltada para a comunidade e para as visitas domiciliares, sendo de sua responsabilidade:

- Realizar o mapeamento da área sob sua atuação (micro-região);
- Cadastrar e atualizar as informações sobre as famílias de sua área;
- Identificar indivíduos expostos a situações de risco.

4.2.6. Uma Análise sobre o Conceito de Serviço do PSF

Desconsiderando os aspectos técnicos envolvidos no conceito do PSF, que são foco de discussão dos pesquisadores da área da saúde, e fazendo uma análise restrita ao escopo de operações de serviço, temos que o Programa Saúde da Família, tem em grande parte os mesmos objetivos do modelo tradicional de atendimento, que é prover atendimento clínico de baixa complexidade e outros serviços ligados à saúde para a população.

Todavia, seu conceito é concretizado através de processos inovadores de relacionamento com usuários, novos conhecimentos e atribuições das equipes de linha de frente, entre outros, o que resulta em uma experiência de serviço significativamente diferente para seus usuários. A figura abaixo mostra como o PSF se caracteriza como uma inovação em serviço marcada pelo redesenho de uma operação já existente:

Figura 4.1: PSF como redesenho do modelo tradicional de atenção básica em saúde (elaborado pelo autor).

O PSF altera profundamente a maneira pela qual a população relaciona-se com os serviços de atenção básica à saúde. Inicialmente pró-ativa em procurar um local para resolver seu problema, a população passa a abrir as portas de suas casas e de sua vida privada, para os integrantes da equipe conhecerem sua realidade e levarem esta informação para o Centro de Saúde. Ou sejam, passam a esperar que as soluções de seus problemas batam à sua porta. Lembrando que o serviço de saúde é caracterizado pela alta intangibilidade mental, que representa o grau de dificuldade do usuário avaliar suas reais necessidades e formas de solução. O PSF intensifica isso ainda mais, considerando principalmente que as ações de promoção e prevenção muitas vezes não têm uma relação direta com o estado atual de saúde daquela família, mas acabam sendo realizados constantemente dentro de suas próprias residências.

Além disso, o papel dos profissionais da saúde também são significativamente alterados, passando de pessoas capacitadas e responsabilizadas a solucionarem problemas técnicos de saúde, a profissionais que são cobrados a entender as origens sócio-culturais destes problemas, lidando com as realidades da população, que muitas vezes são extremamente distantes daquelas vividas por estes profissionais e que apresentam problemas e conflitos que eles não estão totalmente preparados a enfrentar.

4.3. Caso A: Atenção Básica em Saúde no Município do São Paulo

No início dos anos 90, a atenção básica em saúde estava estruturada em São Paulo em cinco distritos administrativos. A concepção de distrito envolvia, primeiramente, a idéia de conseguir dar cobertura a todas as necessidades de saúde de uma determinada área da cidade. A definição deste espaço de cobertura ampliada dos serviços de saúde se baseou no número de habitantes existentes nas áreas.

O processo de estruturação dos distritos teve continuidade até o ano de 1992, momento em que houve a mudança na gestão municipal e um novo plano de estruturação para a saúde no município foi adotado: o Programa de Assistência à Saúde (PAS). Seus pressupostos estavam assentados no que foi denominado de modernização da administração pública, tendo por princípio a radicalização do processo de descentralização (Elias, 1999). Na prática isto significou a transferência da administração dos serviços de saúde a entidades sociais (associações, organizações sociais, fundações, etc.), deixando a cargo do poder público municipal o financiamento, controle e fiscalização administrativa e técnica da atuação dessas entidades (Cohn e Elias, 1999). De certa forma, iniciou-se a experiência de gestão numa articulação entre o poder público e a sociedade civil, criando a possibilidade de dar autonomia e controle local da gestão dos serviços de saúde.

A divisão do município em áreas de atendimento foi mantida, mas a forma de gestão dos serviços mudou radicalmente. Primeiro, o financiamento passou a ser feito de acordo com o número de habitantes existentes na área de cobertura das cooperativas dos trabalhadores municipais de saúde, tipo de organização dos serviços adotada naquele momento. Segundo, não foi estruturado um plano que concebesse e colocasse em prática a atenção básica como porta de acesso ao sistema de saúde e, também, desse acesso aos níveis de atenção secundário e terciário. Ou seja, em sua concepção original não estava prevista a articulação dos níveis de atenção, pressuposto básico do SUS, que pressupõe a necessidade de estruturação de ações integrais em saúde. Também não estava previsto na concepção original os pressupostos políticos, organizacionais e administrativos de articulação com os serviços de saúde já existentes nos outros níveis do poder público, principalmente na esfera estadual. Assim, do ponto de vista da organização da atenção básica, operou-se uma série de ações que encaminharam a organização do sistema municipal de saúde na direção de oferecer assistência médica à população inscrita, sem, contudo, articular com as ações de promoção e proteção à saúde.

A experiência do PAS permaneceu durante duas gestões seguidas no município de São Paulo. Por não ter sido realizada uma articulação com o SUS, o grau de autonomia municipal em relação ao controle dos gastos e da produção dos serviços era grande, o que dificultou a avaliação dos serviços prestados durante este período. Note-se que as dificuldades de avaliar a atuação da saúde no período devem-se também ao fato de não ter sido estabelecida a avaliação periódica das ações em saúde.

Na gestão seguinte, no início do ano de 2001, houve uma revisão da organização anterior. Num primeiro momento houve a necessidade de reestruturação da própria secretaria de saúde. A mesma passou por um planejamento que permitiu retomar, primeiramente, o caminho da recuperação das equipes técnicas que haviam sido desmanteladas com o PAS, entre outras medidas administrativas que levaram ao encerramento das atividades do PAS e à retomada de um modelo esboçado no início dos anos 90 (Cohn e Elias, 1999; Prefeitura Municipal de São Paulo, 2001).

O Programa de Saúde da Família (PSF) juntamente com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ganham espaço dentro da nova administração e tem início uma reestruturação do modelo de atenção à saúde, incorporando à assistência ações de promoção e proteção à saúde da população.

4.3.1. A Implantação do PSF no Município de São Paulo

Com a posse do governo da Prefeita Marta Suplicy, em janeiro de 2001, as estratégias de saúde do município foram profundamente alteradas. Logo após a posse, o novo secretário de saúde publicou um manifesto interno à secretaria no qual apresentava suas diretrizes básicas para reestruturação dos serviços de saúde, composta pelos seguintes objetivos: (i) reintegrar a prefeitura ao SUS, (ii) extinguir o Programa PAS, (iii) implantar o PSF como estratégia fundamental de atenção básica à saúde na cidade de São Paulo e (iv) dar autonomia para os hospitais municipais.

Um grande desafio desse novo governo foi de reorganizar a gestão e as atividades dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, que após os oito anos do PAS estavam totalmente dispersos. Isto por que, inicialmente as cooperativas PAS absorveram parte dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde do município que aceitaram licenciar-se do cargo para assumir a mesma função nas cooperativas. Aqueles profissionais que não aceitaram tal proposta permaneceram nos quadros da prefeitura, mas foram transferidos para outras secretarias, como a do Verde e Meio Ambiente. A SMS também manteve um pequeno

quadro de profissionais sob sua gestão para tratar da fiscalização e estratégias de saúde municipal.

De qualquer maneira, a desagregação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde representou um grande desafio inicial para o governo de Marta Suplicy, que objetiva encerrar os contratos com as cooperativas PAS. Para tanto, ela necessitava reintegrar seus antigos profissionais, que somavam 15.000 pessoas e que estavam a anos trabalhando sob outras estruturas organizacionais, com cultura, responsabilidades e até mesmo técnicas distintas daquelas necessárias para o retorno dos serviços de saúde para os gestores municipais.

A prefeitura necessitou renovar o contrato com as cooperativas por mais seis meses para conseguir remontar seu quadro de funcionários e seus processos fundamentais, como licitação, gestão de recursos humanos, manutenção de equipamentos, entre muitos outros. Segundo relato de antigos gestores, esse foi o período de tempo necessário para conseguir trazer de volta os profissionais que estavam dispostos a reassumir suas antigas funções na secretaria para reinício dos trabalhos, mesmo que precariamente.

As primeiras equipes de PSF no município de São Paulo foram implantadas pelo Governo do Estado através da experiência do Programa Qualis, em Itaquera, em 1996 e no Parque São Lucas, Sapopemba e Vila Nova Cachoeirinhas, em 1997. Uma característica que marca a implantação do PSF em São Paulo é a utilização de convênios com instituições parceiras (Silva e Dalmaso, 2002; Goldbau *et al*, 2005).

Em 1996 a implantação do PSF partiu do governo estadual, uma vez que, por causa do PAS, todos os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) destinados à cidade de São Paulo deixaram de ser remetidos para a prefeitura, que estava desvinculada do SUS. O governo estadual, que possuía uma grande rede de postos de saúde na cidade, passou a receber este recurso, mas com a obrigação de investi-lo somente na capital. Parte desses recursos foi então destinado à implantação do Qualis, que era o nome fantasia do PSF para a cidade de São Paulo (Bousquat, Cohn e Elias, 2006).

A partir de fevereiro de 2001, o SUS voltou a repassar os recursos de atenção básica para o município de São Paulo. Através das entrevistas, foi possível observar que havia interesse da Secretaria de Saúde Estadual em integrar o Qualis às propostas de implantação do PSF no município, fundindo os dois programas e transferindo sua gestão ao município.

A partir de então, a implantação do PSF em São Paulo foi caracterizada pela determinação de que o modelo de atendimento tradicional, marcado pela procura espontânea por serviços e baixo nível de relacionamento do usuário com os profissionais que o atendem, seria gradualmente substituído pelo PSF. Segundo os gestores da época, a manutenção do modelo tradicional seria incompatível com a estratégia PSF por três razões principais: (i) ao trabalhar com dois modelos, a prefeitura não consegue trabalhar a contento em nenhum deles, (ii) a população não consegue entender as diferenças de conceito, vantagens e desvantagens para fazer um bom uso do PSF e (iii) não existem fontes de recursos suficientes para manter os dois modelos em funcionamento simultâneo.

Para a implantação do PSF ficou estabelecida como meta, para o quadriênio de 2001-2004, a criação de 1.749 Equipes de Saúde da Família, mais 10.496 Agentes Comunitários de Saúde.

Outra estratégia adotada pela prefeitura de São Paulo foi de implantar equipes de PSF em unidades básicas de saúde (puras ou mistas) em todas as regiões da capital, ao invés de fazer a transição gradual por região. De acordo com entrevistas realizadas, esta estratégia estava calcada em objetivos políticos para fomentar a discussão em torno do programa por toda cidade, levando o programa ao conhecimento da grande maioria da população.

O Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo passou por duas estruturas organizacionais distintas. A primeira tem origem na Gestão de Marta Suplicy, desde a implantação do Programa (período de 2001 a 2004). A segunda estrutura é uma derivante da primeira e foi implantada pelo Prefeito José Serra, no início de sua administração, em janeiro de 2005 (a partir de 2005).

4.3.2. Estrutura Organizacional no Período de 2001 a 2004

Neste período a organização dos serviços da prefeitura foi marcada por uma profunda reformulação nos serviços de saúde do município. A oferta dos serviços de atenção básica foi descentralizada, cabendo a cada subprefeitura a gestão das unidades alocadas em seu território. Desta forma, o governo municipal visava aproximar ao extremo a tomada de decisão dos locais de atendimento à população e os subprefeitos passaram a ser os gestores dos serviços de saúde em suas regiões.

Os organogramas abaixo mostram como eram estruturadas as equipes de gestão dos serviços de atenção básica à saúde.

Figura 4.2: Organograma Genérico das Sub-Prefeituras – Nível de Coordenadorias (elaborado pelo autor)

Através das entrevistas com diversas pessoas que atuaram na época, foi possível constatar que os coordenadores de saúde das subprefeituras eram os responsáveis diretos pela gestão das unidades de saúde. Tinham poder para decidir nos níveis estratégicos (onde implantar novas unidades), tático (orientando os gestores das unidades sobre formas de atuação nas atividades de suas unidades) e operacional (com gestão financeira e de recursos humanos). A seguir, apresenta-se o organograma da coordenadoria de saúde para a subprefeitura de Pirituba:

Figura 4.3: Organograma Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura de Pirituba (elaborado pelo autor)

Essa proximidade era benéfica para as unidades, uma vez que as principais decisões que impactavam no dia-dia de sua operação eram tomadas por um gestor local, focado em um número de unidades restrito e com características comuns. Isso trazia agilidade no despacho de solicitações dos gerentes das unidades de saúde.

Por outro lado, a descentralização da gestão da atenção básica em 31 subprefeituras trazia contrapartidas. A principal delas referia-se ao fato da secretaria de saúde ter seu poder de decisão diminuído consideravelmente, sendo obrigada a conduzir excessivas negociações junto ao grupo de subprefeitos, que respondiam a uma secretaria específica, quando havia alguma mudança das estratégias ou operações dos serviços de saúde.

A descentralização introduzida pela adoção de subprefeituras facilitou o estabelecimento de parcerias com diferentes organizações sociais³ com comprovada experiência em atuação na atenção à saúde da população. Segundo depoimento dos gestores da saúde daquele momento, há pelo menos dois aspectos relevantes a serem destacados nesta parceria público-privado: primeiro, a descentralização da gestão permitiria que organizações

³ As organizações parceiras da prefeitura de São Paulo na implantação do PSF foram as seguintes: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Casa de Saúde Santa Marcelina, Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa), Associação Congregação Santa Catarina, Associação Saúde da Família, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Fundação Faculdade de Medicina da USP, Hospital Israelita Albert Einstein e Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

que já tinham conhecimentos e experiências acumuladas pudessem contribuir com eficiência e efetividade; segundo, esta parceria poderia viabilizar a ampliação da participação da sociedade civil nos rumos de sua própria história, desde que as organizações em questão fossem reconhecidas como tendo o status de organizações públicas não-estatais; terceiro, esta articulação entre poder público e sociedade civil poderia ainda garantir a continuidade da política adotada, já que ampliaria o espectro de atores no processo e manteria os planos e projetos de intervenção em saúde espalhados pelos meandros da sociedade.

4.3.3. Estrutura Organizacional a partir de 2005

A partir de janeiro de 2005 (início da gestão de José Serra) decidiu-se por reagrupar a gestão de todas as unidades de saúde do município novamente na hierarquia da Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto, optou-se por criar cinco regiões administrativas, ligadas a coordenadoria de atenção básica, que seriam diretamente responsáveis pela gestão das unidades básicas de saúde, juntamente com suas respectivas supervisões de área. Com esse novo nível administrativo, a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde passou a ser a seguinte:

Figura 4.4: Organograma SMS – Nível Coordenadorias

A Coordenação da Atenção Básica é a área responsável pela implantação, expansão, aprimoramento e consolidação do Programa Saúde da Família no Município de São Paulo (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003). Suas responsabilidades incluem também:

- Articulação dos diversos setores da SMS em torno da implantação e expansão do PSF;
- Desenvolver projetos que possam captar recursos financeiros e tecnológicos necessários ao fortalecimento do PSF;
- Articular a execução orçamentária e financeira do PSF.

As cinco Coordenadorias Regionais de Saúde respondem diretamente para a Coordenação da Atenção Básica. A Divisão das coordenadorias no município é apresentada no mapa a seguir.

Figura 4.5: Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde. (extraído de PMSP, 2005)

As Coordenadorias de Saúde do Município são responsáveis pela elaboração dos planos de trabalho, em conjunto com as instituições parceiras e interlocutores regionais (também chamados de supervisores de área). O acompanhamento da execução dos planos também fica a seu cargo, sendo que elas podem adequá-lo quando constatada necessidade (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003).

As Interlocações Regionais (ou Supervisões Regionais) respondem organizacionalmente para as Coordenadorias de Saúde. Sua função principal é de supervisionar a execução dos trabalhos das Unidades Básicas de Saúde, fazendo sua interface com as instâncias superiores da organização.

Inicialmente, o projeto de implantação do PSF trouxe a divisão da cidade em Distritos Administrativos (Marsiglia, 2005). O projeto definiu a divisão do município em 39 Distritos Administrativos. Acima dos distritos foram definidas 31 Subprefeituras e 31 Coordenadorias de Saúde. Neste sentido o princípio organizacional da descentralização, inserido na Legislação do SUS desde 1988, passou a constituir a realidade da administração municipal da saúde em São Paulo.

4.3.4. Parceria Público-Privada

A implantação do PSF na cidade de São Paulo foi marcada pela inclusão de parceiras da sociedade civil na condução do programa. As parceiras são organizações civis, na sua maioria sem fins lucrativos e ligadas à filantropia ou ensino na área da saúde. Elas participam ativamente no PSF através da contratação das equipes e realização de ações na área da saúde juntamente com as unidades básicas do município.

A cidade de São Paulo aproveitou a experiência com parcerias iniciada com o Programa Qualis, do governo estadual, e optou por continuar com essa estratégia (Bousquat, Cohn e Elias, 2006). Como a prefeitura paulistana nunca tinha trabalhado com convênios, a experiência trazida por antigos gestores de saúde estaduais (que acabariam fazendo parte do governo municipal), foi fundamental na condução deste novo plano de trabalho.

Atualmente, todas as equipes de PSF de São Paulo estão diretamente vinculadas a uma parceira. No total, a cidade conta com 13 organizações parceiras que atuam em base territorial.

As razões para a contratação de parceiras da sociedade civil na condução de um programa tipicamente público-governamental estão ligadas a maior flexibilidade que as parceiras propiciam ao governo na contratação de profissionais e manutenção de um programa por diversos governos, dificultando as mudanças bruscas e arriscadas de estratégia, como ocorrido com a implantação do PAS.

As palavras de um dos entrevistados mostram de forma clara qual era uma das preocupações ao vincular o PSF à sociedade civil:

“Durante essa negociação com as parceiras e das áreas (de atuação) veio a idéia de que o fato de você juntar um monte de parceiros te ajuda a tornar esse programa, um programa da cidade e não da Prefeitura. Você divide a propriedade disso com 13 instituições civis. Na sociedade civil, é muito mais difícil desmontar”.

Além disso, existia uma preocupação em adequar as demandas do PSF às regras de licitação pública vigentes, que não permite, por exemplo, fazer um concurso público que estabeleça que o contratado deva morar em um local determinado, o que seria um grande impeditivo para a contratação dos agentes comunitários de saúde.

“Formalmente, cada instituição é responsável por diversas atividades, que vão desde a contratação de recursos humanos das equipes de saúde da família até a complementação salarial de médicos e enfermeiros do quadro de funcionários da SMS vinculados às equipes de saúde da família. Todavia, há atuações distintas das diversas organizações envolvidas; algumas assumem apenas um papel administrativo e de repasse de recursos, enquanto outras agregam a este leque atividades de treinamento, coordenação e supervisão direta das equipes de saúde da família” (Bousquat, Cohn e Elias, 2006).

4.4. Unidade Básica de Saúde Jardim Cidade Pirituba

A unidade básica de saúde (UBS) Jardim Cidade Pirituba está localizada na região do Distrito de Saúde de Pirituba, zona norte de São Paulo. Sua inauguração foi em 1978, quando ela foi fundada pelo Ministério da Saúde para servir como posto de vacinação e atenção primária para aquela região da cidade. Sua função original foi mantida até sua vinculação a uma cooperativa do PAS, passando a atuar como uma unidade básica de saúde tradicional, oferecendo consultas com pediatras, ginecologistas e clínico-gerais, além da vacinação e atendimentos gerais de enfermagem.

O distrito de saúde de Pirituba abrange uma área com mais de 390 mil habitantes. Sua rede pública municipal de saúde conta com 15 unidades básicas de saúde, que podem ser tradicionais, PSF puras e PSF Mistas. Além disso, a região possui um hospital geral, dois ambulatorios de especialidades, além de outras unidades focadas em atendimentos específicos para doentes mentais e drogadícios.

O prédio no qual está instalada a UBS apresenta uma sala de recepção (na qual está situado o arquivo de prontuários, separado do público por um balcão), uma sala de reuniões, duas salas administrativas, cozinha, farmácia, sala de vacinas e de esterilização. Além disso, há ainda 10 consultórios, uma sala de inalações e uma sala onde são realizadas reuniões dos grupos educativos para os usuários.

Com a implantação do PSF no município, em Junho/01, Jardim Cidade Pirituba (JCP) foi transformada em uma Unidade Básica de Saúde PSF, do tipo pura¹. Inicialmente, foi previsto que JCP contaria com quatro equipes PSF, para adequar sua oferta à população de sua área de abrangência. No entanto, essa meta ainda não foi concretizada e JCP possui ainda uma área de abrangência que não é atendida pelo PSF.

¹ As unidades de saúde PSF Puras são aquelas que contam apenas com médicos generalistas e suas respectivas equipes PSF.

Atualmente, JCP conta com três equipes completas e PSF, duas equipes de odontologia, um fonoaudiólogo e outros profissionais. São aproximadamente 50 funcionários. Duas equipes iniciam seus trabalhos às 7 horas da manhã, quando a UBS abre suas portas; a terceira equipe inicia seu atendimento às 13 horas.

O organograma a seguir mostra com detalhes a composição profissional da unidade.

Figura 4.6: Organograma da UBS Jardim Cidade Pirituba.

Atualmente, a UBS Jardim Cidade Pirituba atende aproximadamente 18.000 usuários da sua área de abrangência. Deste total, 13.347 pessoas pertencem às 3.944 famílias cadastradas no Programa PSF da unidade. Isso representa 74% de cobertura do programa nesta unidade de saúde.

Sexo	Faixa Etária (anos)										Total
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	38	312	206	314	500	522	2.211	722	617	740	6.182
Feminino	47	318	243	298	475	570	2.487	969	802	956	7.165
Total	85	630	449	612	975	1.092	4.698	1.691	1.419	1.696	13.347
% do Total	0,6%	4,7%	3,4%	4,6%	7,3%	8,2%	35,2%	12,7%	10,6%	12,7%	100,0%

Tabela 4.1: Usuários Cadastrados no PSF de Jardim Cidade Pirituba (extraído do SIAB da UBS)

As pessoas que não moram nas micro-áreas atendidas pelo PSF, não são cadastradas na unidade. A relação deste grupo de usuários com a UBS é pontual e ocorre quando o usuário sente a necessidade. Nestes casos, os usuários vão até o posto e solicitam pessoalmente uma consulta com os médicos, nos mesmos moldes do atendimento em unidades tradicionais ou mistas. A diferença fundamental é que JCP não possui médicos de especialidades básicas (ginecologista, clínico geral e pediatra).

As três equipes PSF da unidade têm algumas características distintas, conforme mostrado a seguir:

- **Equipe PSF 1** é responsável pelo atendimento a 1.353 famílias cadastradas. O médico generalista desta equipe trabalha na unidade há muitos anos e trabalhava como clínico geral antes da implantação do PSF na unidade.
- **Equipe de PSF 2** é responsável pelo atendimento a 1.391 famílias cadastradas. O médico generalista desta equipe é também especialista em cirurgia geral. Atua no PSF desde 2002, já tendo trabalhado em outra unidade básica de saúde.
- **Equipe de PSF 3** é responsável pelo atendimento de 1.200 famílias. O médico desta equipe também trabalha da UBS Jardim Cidade Pirituba e atuava como médico ginecologista antes de tornar-se um médico generalista para trabalhar no PSF.

4.4.1. A Relação da Unidade com Outras Esferas Organizacionais

Entender como JCP se relaciona com as outras esferas do sistema público de saúde municipal auxilia o entendimento da origem de suas demandas (o que ela é cobrada por fazer), quais recursos ela tem a disposição (com que fazer) e o fluxo de solução dos seus problemas (de que forma é auxiliada).

Organizacionalmente, JCP está subordinada à Supervisão Pirituba, ligada a Supervisão Pirituba, Coordenação Norte e Coordenação de Atenção Básica, elas têm o seguinte papel:

- **Supervisão Pirituba:** Controle sobre as atividades e recursos humanos de JCP e de outros 30 equipamentos, através do contato direto com o Gestor da unidade e visitas periódicas. Acompanha índices de morbidade pelos quais controla as ações em andamento. Se algum índice “foge” da meta, entra em contato com o gestor da UBS para verificar o que está sendo feito;
- **Coordenação Norte:** Tem como objetivo principal verificar a disposição dos equipamentos de saúde em relação aos perfis populacionais. Têm contato direto com as Parceiras das unidades da sua região de abrangência, quando discutem estratégias de trabalho específicas. Tem papel importante na contratação de recursos humanos e na gestão de verbas da sua região;
- **Coordenação da Atenção Básica:** Braço da Secretaria Municipal de Saúde responsável por traçar estratégias e gerenciar os trabalhos de toda rede de postos de saúde municipal. Esta equipe é responsável pelo acompanhamento

geral dos índices de morbidade do município, relacionando-os com as metas da saúde e com os planos de ação que são traçados. Fazem também a gestão do trabalho das parceiras, sendo responsáveis pela liberação dos recursos dos convênios.

Figura 4.7: Organograma da Coordenação da Atenção Básica. Nível de Supervisão e Posto, para Região Norte e Supervisão Pirituba.

Devido à estrutura hierarquizada e o distanciamento do Centro dos Centros de Decisão da ponta, foi possível constatar que quando ocorrem problemas nas UBS, como falta de recursos materiais, afastamentos de funcionários, questões relacionadas ao desempenho de membros das equipes PSF, o gerente da unidade entra em contato com o supervisor da sua região e solicita auxílio para resolução da questão. Este leva a questão para a Coordenação Regional que muitas vezes deve encaminhar para algum órgão da Coordenação da Atenção Básica ou da SMS. Isso resulta em uma expressiva demora na solução de problemas, como foi constado no caso do afastamento por problemas de saúde de um funcionário da unidade e na demora de sua substituição, o que acarretou problemas na continuidade dos trabalhos da farmácia da UBS.

As diretrizes estratégicas da unidade são repassadas pela SMS através da Coordenação de Atenção Básica. Nesta linha, destaca-se principalmente o lançamento do Documento Norteador, que contém todos os parâmetros de trabalho e procedimentos de gestão

estabelecidos para todas as unidades da cidade. As diretrizes básicas que são repassadas periodicamente pela SMS servem de base para o gestor traçar suas estratégia de atendimento local, visando maximizar seus limitados recursos para atender as principais demandas da sua população. Em contrapartida, não foi possível observar a existência de um procedimento claro ou ferramentas de gestão, pelas quais os órgãos acima referidos (Coordenação da Atenção Básica e Supervisão Regional) podem acompanhar o efetivo impacto das diretrizes passadas pela SMS no dia-dia da operação. Com isso, corre-se o risco de haver divergências entre aquilo que é proposto pela alta direção da organização e os processos de atendimento de sua linha de frente.

O distanciamento físico e organizacional entre as unidades e a SMS e seus órgãos reflete-se no relativo desprendimento da unidade às práticas propostas pela Secretaria e na visível autonomia existente para ela conduzir suas atividades.

Por exemplo, já foi relatado que JCP é uma unidade do tipo PSF pura, mas mantém parte de sua área de abrangência sem equipe de PSF. Para atender a demanda desta população, que procura a unidade para atendimento de urgência ou consulta de rotina, a UBS teve que criar um processo de atendimento diferenciado, não previsto pelos projetistas do PSF, nem apresentado no documento norteador. Semanalmente, JCP reserva um período na agenda dos médicos generalistas para atender às demandas específicas da população que não é coberta pelo PSF. Nestes atendimentos, os médicos fazem consultas por especialidade, sendo que um deles atende os casos de ginecologia, outro atende pediatria e o terceiro, atende como clínico geral, exatamente nos moldes de uma UBS tradicional.

Pode-se então afirmar que a autonomia, neste caso, é um atributo crítico da unidade, uma vez que ela consegue suprir a demanda adicional, através da alteração de seus processos. Neste caso, a autonomia supre uma falha no projeto do PSF, que não previu alternativas para esta situação.

Porém, da mesma forma que esta autonomia propicia o atendimento à população não abrangida pelo PSF, que representa um desafio contínuo à UBS que ainda não possui quatro equipes de PSF, a forma que foi encontrada para solucioná-lo remete ao conceito de serviço antigo.

Isso significa que a unidade, apesar de ser “pura”, está forçando a coexistência dos dois modelos. E isto pode influenciar na total aderência do sistema de operação de JCP aos objetivos do PSF, além de representar desvios significativos aos objetivos do projeto. Esta

situação é potencializada pela distância organizacional existente entre a UBS e os Centros de Decisão, responsáveis pelo projeto e implantação do PSF. Neste caso, a autonomia associada à distante supervisão, torna-se atributo crítico.

4.4.2. Os Serviços Oferecidos em Jardim Cidade Pirituba

Os serviços de atenção básica à saúde oferecidos em JCP cumprem com os princípios determinados no conceito de serviço do PSF, a saber: desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação em saúde. Além disso, a unidade preocupa-se ainda em implementar ações que incrementem a participação comunitária e individual na concepção, organização e controle dos serviços de saúde, de acordo com as propostas do Ministério da Saúde e do SUS.

Neste sentido, a incorporação destas características pelo PSF JCP torna-o, por um lado, em uma UBS com amplo espectro de ações e com um potencial transformador muito grande; por outro lado, a tarefa de sua implantação assume grandes responsabilidades, pois, requer, primeiramente, um planejamento que incorpore tanto a dimensão social, como a dimensão técnica e relacional e, em segundo lugar, porque requer conhecimentos e experiências mínimos de participação social para que o tempo de sua implantação seja exequível ao menos a médio prazo.

No estudo de caso em questão, UBS Jardim Cidade Pirituba, foram identificadas as seguintes ações em saúde:

Promoção: consiste no desenvolvimento de ações com a finalidade de operar transformações nas concepções e práticas sobre o processo saúde-doença da população adscrita. Normalmente as ações educacionais são as mais priorizadas, seja no desenvolvimento de atividades em grupo, seja nas atividades individuais, como por exemplo no momento de uma consulta.

- Grupo de pais adolescentes.
- Grupos de saúde mental para pessoas com depressão e solidão.
- Grupo de terapia comunitária.
- Grupos de planejamento familiar.
- Grupo de orientação e controle de diabetes e hipertensão.
- Cursos especiais de atividades manuais (bordado e ponto em cruz).

Proteção: constitui um conjunto de ações de cunho técnico que visam prevenir o desenvolvimento de processos patológicos. As ações de proteção à saúde podem ser realizadas em caráter especial ou através das ações assistenciais.

- Vacinação: esquema básico de vacinação no primeiro ano de vida e campanhas nacionais.
- Acompanhamento de vacinação de escolares.
- Grupo de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e encaminhamento ao Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA-Aids).

Vigilância: consiste no estabelecimento de um setor de registros de doenças prevalentes ou de notificação compulsória dos sistemas local e nacional de saúde.

- Registro e notificação de acidentes de trabalho.
- Vigilância epidemiológica.
- Vigilância ambiental.

Assistência: consiste em ações desenvolvidas com vistas ao cuidado assistencial direto junto à população, seja através de consultas médicas ou de enfermagem na UBS, seja através de consultas domiciliares realizadas pela equipe de profissionais.

- Visitas domiciliares de médicos, enfermeiros e auxiliares aos pacientes acamados, idosos e pessoas com dificuldade de locomoção.
- Consultas e encaminhamento para especialistas.
- Consultas e encaminhamento de pacientes alcoolistas, drogaditos e com problemas mentais para tratamento especializado.
- Consultas odontológicas.
- Encaminhamento para exames laboratoriais e de imagem.
- Consultas com o médico(a) generalista.
- Consultas com enfermeiro(a).
- Atendimento às gestantes:
- Kit gestante.
- Consultas pré-agendadas (padrão estabelecido pelo MS de 6 consultas).
- Exame de imagem: ultra-sonografia.

- Agendamento para o parto (Hospital de Pirituba).
- Acesso à farmácia da UBS.

Referência e Contra-Referência

Dentre as ações de assistência à saúde, destaca-se em Jardim Cidade Pirituba o processo de encaminhamento para consultas de especialidade. O Ministério da Saúde coloca o PSF na posição de “porta de entrada do Sistema Único de Saúde”, referindo-se ao processo de referência e contra-referência, quando um usuário necessita de atendimento mais especializado e é encaminhado pela UBS para ambulatórios de especialidade (nível secundário) ou hospitais (nível terciário), onde teoricamente deveria receber o atendimento adequado.

Através da análise detalhada de todos os registros de encaminhamentos vigentes e entrevistas com todos os níveis de profissionais, pode-se constatar que JCP enfrenta outra realidade. O tempo de espera médio para as especialidades supera 150 dias e, em alguns casos, o usuário pode ficar até 1 ano esperando sua vez para ser atendido por um especialista. Fica claro que Jardim Cidade Pirituba enfrenta dificuldade de integrar suas ações aos outros níveis de atendimento.

O usuário por sua vez não encontra alternativas. Para acessar os serviços dos ambulatórios de especialidade, ele deve ser encaminhado por seu médico da família e precisa enfrentar as filas de espera dentro e fora da UBS. Sua participação no processo resume-se a aguardar passivamente em sua residência o chamado do ACS pela confirmação de sua data de consulta. Como normalmente passam-se meses e o usuário continua sem uma resposta da organização, inicia-se uma zona de confronto entre aqueles que precisam (e sentem que sua saúde está sendo prejudicada) e os ACS que tentam sem sucesso agendar uma consulta.

Os gráficos abaixo mostram a quantidade de usuários na fila por especialidade e por período de espera.

Figura 4.8: Filas para consultas de especialidade em JCP, assim como encontrado em 06/09/200 (elaborada pelo autor).

4.4.3. Definição dos Processos de Atendimento

Como dito anteriormente, Jardim Cidade Pirituba está inserida em uma estrutura organizacional complexa e a UBS situa-se distante dos Centros de Decisão. Sua estratégia de atuação é delineada através dos documentos norteadores e de outras esferas de discussão existentes, como os conselhos locais, reuniões periódicas entre os gestores de saúde da região, etc.

De qualquer forma, o gestor da unidade não recebe demandas específicas de outras esferas de governo. Faz parte de sua função determinar demandas para as equipes através da análise da morbidade local (com o auxílio dos sistemas de informação SIAB e SAI/SUS) e experiência do próprio gestor. Além disso, os médicos passam uma relação de atendimentos diários com os motivos de atendimento e identificação CID, que também servem de subsídio para a construção das estratégias locais da unidade.

Com posse de todas as informações disponíveis, o gerente verifica quais grupos estão sendo menos atendidos ou quais são as maiores solicitações/doenças que acometem sua área de abrangência, definindo prioridades e traçam alguns planos de ação. Nas reuniões quinzenais ou mensais, ele transmite suas análises e sugestões para as equipes, que ficam responsabilizadas de traçar as táticas de operacionalização, através de mutirões intra-equipe, grupos de prevenção, atendimentos coletivos, consultas focadas em grupos de risco, entre outros.

É importante ressaltar que serviços de saúde estão sujeitos à significativas alterações no volume e tipo de demanda. Por exemplo, após um final de semana chuvoso e com frio intenso é comum a UBS começar suas atividades na segunda-feira com fila de mães com filhos com problemas respiratórios. Da mesma forma, durante semanas quentes de verão, é maior a procura por atendimento de emergência das pessoas com problemas no coração. Frente a estas situações, os profissionais podem alterar a agenda de visitas externas, para concentrar esforços no atendimento interno.

Então, a liberdade que o gestor tem de traçar suas estratégias locais e táticas de atendimento, de acordo com as necessidades do momento são importantes para cumprir com a missão da UBS. De qualquer forma, a autonomia para traçar suas próprias estratégias pode também comprometer a implantação do PSF na unidade, quando, por exemplo, o gestor preferir trabalhar sob os conceitos do modelo de atendimento tradicional, nos moldes do que foi relatado no atributo crítico II.

Os profissionais de JCP também têm seu trabalho referenciado no documento norteador municipal, que apresenta parâmetros como tempo de consulta médio, total de consultas por período, horas dedicadas a visitas domiciliares, entre outros. As equipes têm autonomia para organizar seu trabalho para cumprir as metas propostas no documento norteador e priorizar as ações recomendadas pelo gerente da unidade, discutidas nas reuniões quinzenais. A autonomia pode ser percebida através da organização do trabalho das equipes.

Semanalmente, os profissionais da equipe se reúnem por um período de quatro horas para traçar suas táticas de trabalho. Nestas ocasiões, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) trazem as solicitações dos moradores de suas micro-áreas, fazendo um pequeno relato de suas queixas ao médico e enfermeira da equipe. Estes fazem uma rápida análise das necessidades dos usuários e selecionam aqueles que necessitam realmente de consulta com especialistas de ambulatórios ou hospitais. Se a necessidade parecer urgente (através do relato

do agente e de experiências anteriores com o usuário), a consulta é marcada para a semana seguinte. Caso contrário, pode levar de dois a três meses ou até mesmo ser encaminhada diretamente para um especialista. Outra possibilidade é encaminhar o usuário para um grupo de atendimento (como diabetes, hipertensão, alcoolismo).

De qualquer forma, as reuniões semanais são importantes instrumentos para os profissionais de uma mesma equipe discutirem suas próximas ações, agendando consultas, ouvindo relatos dos outros membros e colocando suas sugestões de trabalhos para atender as metas e as necessidades da comunidade.

Vale ressaltar a existência de diferenças significativas na forma de trabalho das equipes. O médico de uma das equipes faz em média oito atendimentos domiciliares por semana, para usuários acamados, com dificuldades de locomoção ou recém-nascidos de risco. Já o médico de outra equipe delega as necessidades de atendimento domiciliar para a enfermeira e o auxiliar de enfermagem, focando seu trabalho nas consultas na UBS.

Estas diferenças de processos de atendimento são características de serviços profissionais e refletem também a autonomia que os profissionais de Jardim Cidade Pirituba recebem de seu gestor e da organização. Porém, quando se associa autonomia com diferentes perfis de profissionais e diferentes anseios em relação ao serviço que está sendo prestado, a organização está sujeita a apresentar significativa variabilidade de atendimento a seu usuários. Certamente, as pessoas que moram na região sob responsabilidade da equipe cujo médico não faz atendimentos domiciliares ficarão menos satisfeitas do que outras pessoas que necessitam e recebem estes cuidados especiais. Além de mais se considerarmos que o PSF é dividido em regiões com cerca de 1000 residências, não é difícil encontrar vizinhos de porta que são atendidos por equipes distintas e que por conta disso podem receber serviços significativamente diferentes.

Nos atendimentos internos também pode ser constatado diferença semelhante. Uma das equipes realiza atendimentos individuais a todas as gestantes. Elas entram na sala do médico, relatam seu estado de saúde, tiram dúvidas, fazem alguns exames rápidos de rotina e depois são liberadas. Este processo, de certa forma, sobrecarrega a agenda do médico, que necessita de tempo para atender a todas; porém oferece um atendimento personalizado para cada mulher. Enquanto isso, outra equipe atende as gestantes de forma mais coletiva. Todas elas são agendadas para comparecer na UBS no mesmo período, são encaminhadas até a sala de reunião, onde recebem orientações gerais da enfermeira e trocam experiências pessoais.

Aquelas mulheres que apresentarem queixas mais graves são encaminhadas para a consulta individual com o médico, enquanto que as outras são liberadas.

A mesma autonomia que flexibiliza as regras de atendimento e permite incorporar variabilidades de demanda e ações focadas, acaba propiciando um ambiente favorável à incorporação de uma marca pessoal dos profissionais no processo de atendimento. Quando estas variações são pouco controladas, como no caso estudado, a organização corre risco de apresentar diferentes operações de serviço, que são interpretadas pelos usuários como desvios do conceito original.

Metas de Atendimento

Através das entrevistas realizadas com os profissionais, foi possível identificar a existência de visões contraditórias quando ao estabelecimento de metas, mesmo que colocadas sob a forma de “propostas de trabalho” para o serviço de saúde. Um dos médicos entrevistados relatou que necessita de mais do que 15 minutos para atender satisfatoriamente, cumprindo todos os requisitos do PSF, uma paciente que procure atendimento ginecológico. Opondo-se a este médico, outro profissional argumenta que necessita atender seus usuários em um tempo consideravelmente menor do que o proposto, para garantir uma agenda de atendimentos que consiga absorver toda a demanda. Relatos semelhantes são observados em outros grupos de profissionais.

4.4.4. Atividades da Unidade

A UBS Jardim Cidade Pirituba funciona de segunda a sexta, das 7:00 às 20:00 horas. Durante todo o período de funcionamento, a unidade conta com pelo menos um médico generalista a disposição dos usuários e farmácia. Seus cinquenta funcionários dividem-se em atendimento a usuários do PSF, atendimentos a usuários da região de abrangência não-PSF e rotinas administrativas.

Cada equipe atende em torno de 5.000 pessoas e também aos outros moradores da região de abrangência da unidade, não coberta pelo Programa Saúde da Família. Isto por que, atualmente a UBS conta com apenas três equipes completas, quando o programado eram quatro equipes. Quando ocorrem urgências e emergências, os usuários não cadastrados procuram a unidade e são atendidos prontamente, no “encaixe” da agenda dos médicos. Casos menos graves são atendidos em datas programadas e dedicadas exclusivamente para os usuários não cadastrados.

As três equipes de PSF (30 funcionários) trabalham conforme as orientações básicas do programa. Durante seu dia de trabalho, os agentes comunitários de saúde (ACS) visitam os usuários de sua área verificando seu estado de saúde e coletando os pedidos de consulta com os médicos da unidade. Nesse momento, os agentes também dão retorno às solicitações feitas anteriormente. As consultas são agendadas com o médico generalista ou enfermeiro, de acordo com os critérios estabelecidos pela própria equipe.

Agente Comunitário de Saúde

Cada ACS acompanha um número de famílias muito maior do que o recomendado no documento norteador. Este prevê aproximadamente de 150 a 200 famílias e o ACS atende aproximadamente 260 famílias (Sznclwar *et al*, 2006). Isto porque a região de abrangência da UBS foi definida por área geográfica e as micro-regiões das equipes PSF também foram definidas por área geográfica, apesar da base de trabalho das equipes serem as famílias. Como Pirituba tem enfrentado uma crescente concentração populacional, as mesmas áreas possuem atualmente um número de famílias muito superior à existente no momento do projeto de implantação, o que acarreta atualmente sobrecarga no trabalho das equipes.

Isto obriga o ACS a reduzir o tempo despendido em cada visita, para poder realizar todas as visitas do mês. O ACS utiliza em torno de 20 horas semanais para a realização dessas atividades de campo. Pelo fato de Pirituba ter um grande número de casas de aluguel e à grande rotatividade de população, em certas micro-áreas, o ACS faz um esforço constante de novos cadastramentos das famílias ou ainda na localização das mesmas, quando se mudam dentro da própria região (Sznclwar *et al*, 2006).

A sobrecarga de visitas e grande quantidade de demandas e insatisfações relativas à agendamentos de consultas e exames de especialidades, consomem praticamente todo o tempo de atividades externas dos ACS, que não conseguem dedicar-se às ações de promoção e prevenção de saúde, quando em contato com as famílias.

Além das demandas externas, cada ACS executa muitas atividades internas na UBS, onde o volume de trabalho também é grande. As atividades internas norteiam em parte, o roteiro estabelecido pelo ACS para a realização do trabalho de campo. O ACS faz um planejamento das atividades que realizará externamente, organiza o seu material e o seu próprio trabalho. Também é de sua responsabilidade preencher os controles de visita e organizar os pedidos de consulta com especialistas de sua população adscrita.

O tempo gasto para fazer as atividades internas é muito maior do que o previsto no Programa, pois o documento norteador prevê 5 horas semanais e as observações e entrevistas mostraram até 5 horas diárias, ou até 18 horas semanais. Algumas tarefas mensais exigem outras 4 a 8 horas.

O trabalho do ACS traz à luz a questão da imutabilidade do projeto de serviço do PSF frente às dinâmicas operacionais e influência de variáveis que não foram consideradas pelos projetistas do novo serviço. A questão do aumento da concentração urbana pode ser destacada com sendo de grande criticidade, uma vez que o projeto de serviço, como definido originalmente, não reconhece a necessidade de revisão periódica de suas especificações. Ele parte do pressuposto que todas as famílias de determinada região geográfica devem ser atendidas igualmente, mas não considera que o perfil de demanda destas famílias pode variar significativamente de região para região e que, além disso, concentração populacional em cada região também possui sua própria dinâmica.

Apesar de esta constatação ter sido feita em Jardim Cidade Pirituba, outras pesquisas apontam para a ocorrência de situações semelhantes em outras regiões da capital paulista, e também as colocam como uma das razões para a dificuldade de implantação do PSF em regiões metropolitanas (Viana *et al*, 2004; Bousquat, Cohn. A. e Elias, 2005)

Sob o ponto de vista teórico, esta situação reforça a pertinência de pensar-se sobre as dificuldades de definir um novo serviço profissional através de um conjunto de especificações técnicas imutáveis.

No caso do trabalho dos ACS de Jardim Cidade Pirituba, evidencia-se que a força das especificações técnicas do serviço vão de encontro ao próprio conceito apregoado pelo mesmo: o ACS tem que cumprir com a agenda e visitar todas as famílias de sua micro-região, mas como o número de famílias e as demandas são intensas, eles acabam não dedicando tempo para oferecer à população conceitos de prevenção e promoção de saúde, que são a base da proposta do Programa Saúde da Família, e o grande motor do redesenho de todo o sistema de atenção básica.

Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros

A unidade conta com 3 enfermeiros e 6 auxiliares de enfermagem ligados ao PSF e outros 3 não vinculados ao PSF, mas à UBS. Na parte da manhã ficam 5 auxiliares e na parte da tarde ficam 4 auxiliares (inclui os 3 não PSF).

Os auxiliares de enfermagem prestam assistência ao corpo de enfermagem e médicos, coletam material para análise laboratorial colaboram com o ACS na programação das atividades externas, fazem atendimentos domiciliares, especialmente em acamados e idosos, entre outras atividades.

Por sua vez, o corpo de enfermagem tem como tarefa a supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Também são responsáveis por promover capacitação e educação permanente da equipe de Enfermagem, assim como planejar, organizar e participar das ações educativas.

As tarefas administrativas da Enfermagem envolvem a elaboração de normas, rotinas e procedimentos dos serviços de saúde; acompanhamento do cadastro e atualização dos dados das famílias, realizado pelo ACS; preenchimento e acompanhamento dos boletins de produção referente ao auxiliar de enfermagem, preencher e analisar os registros de produção das atividades de Enfermagem, análise dos dados de produção da equipe, auxílio na organização da unidade, desde as rotinas de tratamento até a gerência dos insumos (equipamentos e medicamentos).

Apesar de pertencerem a equipes PSF distintas, foi constatado que os enfermeiros e auxiliares optam pela realização de algumas atividades conjuntas, o que caracteriza “especialização” do trabalho, a saber:

- Uma das enfermeiras faz grupos de planejamento familiar para todas as equipes;
- Alguns auxiliares são “especializados” em procedimentos específicos, como coleta de papanicolau, vacinação, etc;
- Outros executam a coleta de material (sangue, urina, fezes), fazem vacinação, medicação (insulina por ex.) e exame de pressão. Eles são inicialmente voltados para alguma tarefa específica, mas caso seja necessário, atuam em outros procedimentos para evitar interrupção no atendimento (especialmente vacinação e medicação).

Alguns grupos de atendimento também são atividades unificadas entre as três equipes. Eles são formados para atender a demanda geral da unidade, de acordo com o planejamento das atividades do posto e das áreas estabelecidas para prevenção, os quais podem ser destacados:

- Hipertensão
- Pré-natal (grupos de gestantes)
- Planejamento familiar
- Crianças até 1 ano com consultas mensais
- Crianças com mais de um ano com consultas periódicas
- Grupo de diabéticos (que são em número aproximado de 1500)
- Tuberculose
- Hanseníase

A especialização do trabalho existente na unidade é informal, não sendo prevista como prática fomentada no conceito de serviço do PSF. Ao destacar a pessoa com mais aptidão para realizar determinada tarefa, esta prática contribui para uma maior eficiência e eficácia das ações, mas evidencia que características típicas do modelo tradicional de atendimento ainda coexistem com o PSF.

Lembrando que se trata de um redesenho de serviço, e que todos estes profissionais já trabalharam sob o modelo antigo, fica evidente que a ruptura com o modelo anterior, com o qual todos estão acostumados a trabalhar é difícil. Os profissionais acabam tendendo a trabalhar na forma que foram preparados e sentem-se mais seguros, assim como relatado por Quaggio *et al* (2006).

Médicos

A atuação profissional dos médicos, a partir da instalação do PSF no Jardim Cidade Pirituba, sofreu uma profunda modificação. De uma atuação limitada à aplicação dos conhecimentos centrados na sua especialidade de formação, passaram a ter uma atuação voltada para o atendimento integral dos problemas dos usuários, incluindo os relacionados aos fatores sociais e culturais que tangem a vida dos pacientes.

Durante a maior parte do dia, os médicos do PSF são voltados ao atendimento individual dos usuários na UBS. Foi constatado, que este tipo de serviço é o mais demandado pelos usuários, o que acaba comprometendo as outras atribuições do médico, especialmente grupos de prevenção, ações curativas e atendimentos domiciliares.

São previstas aproximadamente 20 consultas diárias, uma parte das quais é alocada ao atendimento de pacientes eventuais (não agendados). O agendamento procura concentrar os pacientes segundo os programas – dias de puericultura, gestantes, pacientes psiquiátricos etc. No caso das gestantes, adota-se um procedimento de pré-consulta, feita pelos auxiliares de enfermagem, que averiguam peso e pressão arterial. Na maior parte do tempo o enfermeiro da equipe também consulta pacientes, segundo o protocolo por eles adotado: no caso das gestantes e crianças com até dois anos de idade, por exemplo, haverá alternância mensal entre a consulta com o médico e com o enfermeiro. Este arranjo permite que a avaliação e as condutas dos outros profissionais da equipe, sejam discutidas com os médicos ao longo do dia, e permite que os mesmos atendam toda a demanda.

Chamou atenção o fato do médico de uma das equipes ter fila de espera por atendimento de até dois meses, enquanto outro médico tinha fila de apenas uma semana. Quando questionado a respeito deste fato, ele argumentou que não consegue atender um paciente dentro do tempo (15 minutos) estabelecido pelo documento norteador. Ele argumentou que este tempo é insuficiente para apenas ouvir o relato de queixa completo. Ele ressaltou também que é muito comum um usuário, após ser atendido iniciar uma discussão acerca de problemas de saúde de outros membros da família, o que acaba resultando em maior tempo de atendimento. Já, o outro médico afirmou que consegue realizar todos os atendimentos dentro dos prazos estabelecidos, e acha até que 15 minutos são suficientes atender um usuário e realizar ainda ações de prevenção e promoção, após a consulta.

Não é objetivo deste trabalho identificar qual modelo de atendimento é o mais ou menos adequado. Este julgamento sempre ficará a critério do profissional, uma vez que se trata de serviços de alta especialização. Contudo, fica mais uma vez evidente que a autonomia, associada ao baixo controle organizacional, cria dentro da organização experiências de serviços significativamente distintas para cada grupo de usuário, o que não pode ser considerado satisfatório para uma organização que deve garantir, entre outros princípios, equidade de atendimento. Isto corrobora com o atributo crítico III, apresentado anteriormente.

Está embutido no conceito de serviço do PSF, que a equipe deve ser responsável pelo acompanhamento integral da saúde dos usuários de sua região. Sendo o líder da equipe e o profissional mais demandado, o médico passou a ser cobrado não pela cura individual das doenças dos indivíduos, mas pelo acompanhamento contínuo do estado de saúde de uma

população. Além disso, o conceito embutido no “médico da família” remete facilmente à figura daqueles médicos do interior, característicos pela proximidade com que tratavam as pessoas e a prontidão que tinham em atender a todos. Certamente, nem todos os médicos que atuam no PSF estão preparados para assumir esta ação mais humanizada e distanciada dos preceitos técnicos que são ensinados nas escolas de medicina atuais.

De forma semelhante, trabalho em equipe, é um dos pressupostos do Programa Saúde da Família. Porém, também foram observadas evidências que mostram que nem todos os profissionais estão preparados para fazê-lo. De acordo com os relatos, existe dificuldade de alguns médicos para lidarem com suas equipes, principalmente, segundo os próprios profissionais, nas relações com o ACS, que são pessoas da própria comunidade com formação e cultura muito distantes das dos outros membros da equipe. Os médicos também relatam dificuldades para lidar com os outros perfis de profissionais, discorrendo que existem profissionais que não gostam de ir aos domicílios e preferem se envolver com atividades burocráticas dentro da unidade, prejudicando os trabalhos da equipe.

Durante a observação de uma reunião, foi possível observar que o enfermeiro assume uma liderança espontânea de sua equipe. Essa liderança aparece em forma de orientações para os agentes comunitários sobre como atuar com determinados pacientes, procedimentos para encaminhamento do usuário para determinado exame e orientações para preenchimento da agenda médica. Pode-se afirmar que este enfermeiro assumiu um papel de liderança, enquanto que em outros casos, o médico assume este papel.

De acordo com observações de outros pesquisadores, foi possível constatar que os médicos não se sentem totalmente preparados para lidar tanto com as questões que envolvem a “humanização” do atendimento, o que exige uma maior proximidade do profissional e de seus usuários, quanto as demandas de coordenação do trabalho da equipe. “O treinamento técnico – que responderia às atribuições médicas – oferecido pelas estruturas de apoio (Secretaria Municipal de Saúde, UNIFESP, entre outras) foi considerado inadequado [pelos médicos], por ser muito teórico, sem ligação direta com as situações vividas no cotidiano, e voltado para o atendimento individual em consulta, e não para situações de educação em grupos. Quanto ao treinamento para as atribuições de coordenação, foi inexistente. [...] os profissionais acompanhados ainda referem insuficiência de treinamentos que os preparem adequadamente a lidar com estas questões. E, no decorrer do dia a dia, eles ainda tem que dar conta delas sem que tenham sido alocados horários específicos para tal, pois elas não são

contempladas pela distribuição de tempo tal como sugerido pelos documentos norteadores.” (Sznelwar *et al*, 2006).

Os três médicos da unidade trabalham com generalistas. Cada médico atende a todos os usuários cadastrados em sua área de atuação, sem diferenciação. Porém, esta regra nem sempre é válida e as exceções encaixam-se nos seguintes casos:

- Algumas senhoras preferem ter consultas ginecológicas com médicas ao invés do médico de sua área;
- Existem usuários que não confiam nem aceitam ser atendidos pelos médicos generalistas e solicitam ser atendidos pelos antigos clínico geral e ginecologista e pediatra, que atuavam nestas funções anteriormente e atualmente trabalham como generalista;
- Usuários da área de abrangência não coberta pelo PSF são atendidos pelos médicos que assume um papel de especialistas tradicionais, organizando a demanda por especialidade.

Agentes de Gestão de Políticas Públicas

Os Agentes de Gestão de Políticas Públicas (AGPP) são funcionários voltados para a retaguarda e processos administrativos. São sete, cada um responsável por parte dos processos rotineiros da organização.

O chefe administrativo é responsável pela parte de pessoal (folha de ponto, licenças, faltas, férias) e organiza o funcionamento geral do posto, solicitando medicamentos em falta, reparo de equipamentos e outros processos importantes, como o acompanhamento de solicitações de exames específicos e de alto custo.

Existem dois funcionários que atendem o público, telefonemas, agendam exames de mamografia, emitem comprovantes para dispensa do trabalho dos pacientes, são responsáveis pelas estatísticas diárias e agendam as consultas na listas de espera. Estes funcionários não têm conhecimento de informática, então fazem o trabalho mais manual. Um AGPP do período da manhã faz a recepção dos pacientes, cadastra o paciente num sistema de informações, pega prontuários, abre pastas para novos pacientes (listas de espera – os ACS também fazem isso), faz controle de exames no computador e passa os atendimentos diários dos médicos.

Outro AGPP do período da manhã trabalha na farmácia e no controle do almoxarifado. No período da tarde, é necessário um AGPP para atuar em diversas áreas: fica na recepção até as 20h00, controla a farmácia e faz digitação. Outro AGPP do período da tarde faz a marcação de consultas da tarde no computador, passa fax e emitem atestados.

4.4.5. Conclusões

Sob o ponto de vista dos gestores municipais, São Paulo apresenta dois modelos de UBS que oferecem serviços do PSF: Unidades Puras e Mistas. Unidades do tipo pura são aquelas que não possuem qualquer tipo de especialização de atendimento. A divisão de trabalho se dá por meio de equipes regionalizadas e generalistas; por outro lado, as unidades “mistas” são aquelas que atendem de maneira segmentada. Parte do público é tratado segundo os preceitos do PSF, enquanto o restante da região desloca-se até a unidade buscando atendimentos com médicos pediatras, ginecologistas e clínico-gerais. Mas isso é apenas uma visão teórica.

Jardim Cidade Pirituba oferece um serviço profissional público. Em todos os momentos, revelou que sua operação converge com as características teóricas deste tipo de serviço, apesar dele estar inserido em uma operação de rede (rede de postos de saúde), o que poderia levar alguns leitores a questionar se não se trata de uma loja de serviços.

Na verdade, a estrutura organizacional da Coordenação de Atenção Básica da SMS de São Paulo está organizacionalmente montada sob uma hierarquia com níveis decisórios bem definidos, formalmente criando uma organização voltada para uma rede de serviços padronizados. Além disso, cada UBS conta com manuais de atendimento bem claros e específicos: todos devem seguir as regras definidas no âmbito da SMS.

Contudo, o estudo de caso de Jardim Cidade Pirituba mostrou que a realidade do sistema de operações do PSF encontra-se distante dos projetos técnicos conduzidos nos gabinetes da Secretaria. Apesar de JCP estar formalmente ligado a uma hierarquia decisória em níveis, informalmente a unidade busca apoio às suas necessidades diretamente em outras entidades, sejam elas unidades básicas de saúde municipais, ambulatórios de especialidades estaduais, hospitais públicos ou filantrópicos, ou até mesmo entidades de saúde do setor privado, como clínicas, laboratórios que ofereçam assistência a seus usuários. Neste caso, configura-se informalmente uma estrutura em rede, típica de serviços profissionais.

Durante toda a observação foi possível constatar que no caso de Jardim Cidade Pirituba existe autonomia operacional e decisória em praticamente todos os níveis hierárquicos e esta liberdade resulta muitas vezes em desvios em relação às propostas originais do PSF, definidos nos documentos norteadores da SMS. Em especial, a autonomia ficou evidente nos seguintes casos: (i) falta de recursos organizacionais para atender sob as regras estabelecidas levaram à mudança de processos; (ii) julgamento pessoal de médicos e enfermeiros ou conveniência dos mesmos em não executar atividades externas trouxeram mudança no pacote de serviços; (iii) clientes insatisfeitos com o novo modelo de atendimento e acostumados com o modelo tradicional impõe demandas específicas.

Esta dissertação não objetiva julgar as práticas encontradas no estudo de caso realizado. Nosso objetivo é levantar pontos de discussão acerca das incongruências entre projeto de serviço e do sistema de operações real. No caso de JCP, pode ser verificado que na maioria das situações, os profissionais não cumpriam fielmente com os regulamentos da UBS “pura” por que haviam limitações impostas pela organização.

Por exemplo, JCP deveria ter quatro equipes PSF dada as características populacionais de sua região de abrangência. Como a SMS só implantou três equipes, um quarto da população precisa ser atendida pela maneira tradicional (que necessita de menos recursos). Nesta situação, os médicos generalistas assumem papel de especialistas e não existe acompanhamento das famílias, apenas uma relação pontual de prestação de serviços. Neste cenário, a autonomia dos profissionais é positiva para JCP que funcionalmente necessita oferecer atendimento para todos os moradores de sua área, mas é negativa para o projeto do PSF, uma vez que esta prática alimenta a coexistência de dois modelos distintos.

De maneira semelhante, o trabalho dos ACs é prejudicado. A principal função dos ACs é de criar um vínculo permanente entre a população e as equipes de saúde, levando informações, práticas de promoção e prevenção, e organizando demandas e serviços. Como foi mostrado na figura 4.8, um dos grandes problemas enfrentados por JCP (e muitas outras UBS) é a longa fila para consultas e exames de especialidade. Um único usuário chega a esperar 5 meses para ser atendido por um cardiologista, mesmo sendo de conhecimento de todos os profissionais e até mesmo do usuário que seu problema é grave e necessita de atenção imediata. Essa situação cria uma zona de confronto permanente entre os ACs (que são o contato do usuário com a organização) e os usuários, que constantemente criticam a demora e buscam informações sobre as consultas. Como consequência, os ACs perdem o foco em sua

missão principal e acabam resumindo sua ação aos problemas envolvendo as demandas dos usuários.

Os usuários influenciam de outras maneiras a fase de pós-implantação do PSF. Como JCP existe há muitos anos atendendo os usuários sob o modelo tradicional, seus usuários criaram uma referência com esse modelo de atendimento e com os profissionais que lá trabalham há anos. Apesar da implantação do PSF e da comunicação extensiva dos méritos do novo modelo, muitos usuários chegam à unidade e recusam-se a ser atendidos pelo médico generalista da sua área. Eles solicitam diretamente ao funcionário do acolhimento que gostariam de ser atendidos pelo médico A ou B. Como a unidade precisa atender o usuário (e não existe qualquer impedimento para isso), acaba-se cedendo à solicitação especial, apesar disto ir contra os preceitos do PSF.

Além destas situações apresentadas acima, existem outras características dos serviços profissionais encontrados em Jardim Cidade Pirituba que também influenciam o PSF. A tabela abaixo resume estes atributos, destacando como eles foram observados e como influenciam a aderência de JCP aos objetivos do PSF.

Atributo Crítico	Ocorrência	Influência na Implantação do PSF
JCP tem autonomia para modificar seu plano de trabalho e incorporar demandas não previstas no projeto do serviço.	Para atender as demandas de sua região não atendidas pelo PSF, criou um período dedicado para o atendimento da área não coberta.	Ainda que a população não coberta não seja atendida sob o conceito de serviço PSF, a modificação no plano de trabalho permite que esta população receba assistência médica.
JCP tem autonomia para modificar seu plano de trabalho, mas a distância dos Centros de Decisão resulta em falta de controle próximo e acompanhamento de suas atividades.	Ao atender os usuários de sua região de abrangência que estão fora do PSF através do modelo tradicional, a UBS estimula a coexistência dos dois conceitos de serviço.	A coexistência dos dois modelos de atendimento prejudica a implantação do PSF, uma vez que cria duplicidade de conceitos para os médicos que são estimulados a trabalhar de duas formas distintas.
A carência na oferta de consultas de especialidade cria uma zona permanente de confronto entre os usuários e os ACS.	Longa espera por todo tipo de exame e consulta de especialidade.	Usuários incorporam no ACS responsabilidades pela demora na conquista por consultas. ACS gastam muito tempo e desgastam-se no processo de controle e busca pelas consultas, o que prejudica a imagem do PSF como porta de entrada do SUS.

Atributo Crítico	Ocorrência	Influência na Implantação do PSF
A equipe de PSF pode modificar os processos de atendimento (utilizando-se da autonomia típica de serviços profissionais) para imprimir uma marca pessoal nos serviços prestados.	Diferentes equipes oferecem diferentes serviços à população, especialmente no tocante à atendimentos externos e atendimentos coletivos.	As diferenças no atendimento das equipes criam operações de serviço “melhores” e “piores” sob o mesmo conceito de serviço, o que sob a óptica do usuário é traduzido com desvio em relação ao conceito original.
A flutuação na demanda do PSF, marcada principalmente pelas dinâmicas populacionais, contrapõe as especificações técnicas estabelecidas pelo projeto do serviço.	Os ACS enfrentam sistemático aumento do número de famílias atendidas e ficam “sufocados” pelas demandas de consulta com especialistas. Acabam sem tempo para promover ações de proteção e prevenção.	Os ACS não conseguem entregar ações de promoção e prevenção à saúde, uma vez que as dinâmicas populacionais e as variações de demanda tomam todo seu tempo e isto compromete o conceito de serviço do PSF.
O PSF é o redesenho do serviço de atenção básica à saúde, e como tal, seus profissionais guardam referências do sistema de operações do modelo anterior.	Existe especialização informal no trabalho interno dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem de JCP, nos moldes do trabalho no modelo tradicional.	Ao focarem seu trabalho em ações especializadas, os enfermeiros e auxiliares contribuem com a co-existência dos dois modelos, e prejudicam sua própria adequação aos conceitos do PSF.
Os médicos, treinados basicamente para curar doenças, são expostos no PSF aos desafios de lidar integralmente com a saúde das pessoas e a liderar equipes multi-profissionais, sendo que muitos não sentem-se preparados para isso.	Médicos relatam dificuldades em “humanizar” o atendimento, tornando-se próximo dos usuários; enfermeiro assume papel de liderança da equipe.	A falta de preparo dos médicos em lidar com o atendimento integral à saúde e liderar o trabalho de sua equipe compromete o conceito de serviço do PSF, que se sustenta neste diferencial.
Atuando como um co-produtor de serviço profissional, alguns usuários do PSF não compreender totalmente os benefícios de ser atendido por apenas um médico e solicitam alteração de procedimentos para serem atendidos pelos “antigos” especialistas que atendiam na unidade.	Alguns usuários recusam-se a ser atendidos pelo médico generalista e são encaixados na agenda do médico de sua preferência, que geralmente são aqueles que atendiam as especialidades quando JCP era uma UBS tradicional.	Estas exceções contribuem para o aumento de variabilidades dos processos de trabalho, o que influencia negativamente a consolidação do PSF na unidade.

Tabela 4.2: Atributos críticos, ocorrência e influência – Jardim Cidade Pirituba (elaborado pelo autor)

A análise de Jardim Cidade Pirituba reforça a teoria de que serviços profissionais apresentam baixa regulação. Apesar de São Paulo ter sido projetado sob o âmbito municipal e apresentar procedimentos claros de conduta expresso nos documentos norteadores e outros regulamentos amplamente divulgados nas UBS, ficou explícito que a UBS e seus profissionais apropriam-se das características do serviço prestado e impõe particularidades locais ao modelo original.

Especificamente em Jardim Cidade Pirituba pode-se perceber que a mudança dos processos de atendimento que diferem das bases do PSF municipal tem duas origens fundamentais: a falta de recursos e o baixo controle dos processos.

Em Jardim Cidade Pirituba falta uma equipe completa de PSF, instrumentos adequados de trabalho, salas de consulta e coleta de exames apropriados, sistemas de informação adequados, entre outros. Mas a unidade carece principalmente (assim como todo o restante da rede de atenção básica do município) de uma ligação efetiva e eficaz com outros níveis de atendimento à saúde, principalmente ambulatorios de especialidade e hospitais.

Frente a este cenário de falta de adequação técnica, os profissionais de diferentes níveis precisam adequar os processos de atendimento aos recursos organizacionais disponíveis para cumprir a missão principal da organização que é de prestar serviços de saúde à população. Em JCP fica claro que existe um grande descasamento entre o conceito do PSF (e seus processos subsequentes) e o sistema técnico oferecido pela organização para suportar estes processos.

Como JCP oferece serviços profissionais, os funcionários conseguem se desdobrar para organizar meios alternativos para atender as necessidades dos usuários, apesar de muitas vezes tais meios significarem grandes desvio em relação ao conceito e especificações do PSF. Como consequência, a falta de convergência entre os elementos técnico e profissional compromete o novo conceito de serviço, uma vez que sob a óptica do cliente este parece ser falho, incompleto e pouco eficaz para solucionar suas demandas.

Por outro lado, o baixo controle gerencial também contribui para o aumento das variabilidades operacionais e das fugas em relação às especificações do novo serviço. Por exemplo, em diversas ocasiões foi relatado que alguns profissionais da unidade não realizavam atendimentos externos (principalmente médicos e enfermeiros). Como justificativa, utilizou-se o argumento que as consultas na unidade sobrecarregavam constantemente a agenda e levavam estes profissionais a priorizar atendimentos internos, em detrimento das visitas domiciliares. Contudo, o conceito de serviço do PSF estabelece claramente que visitas e internações domiciliares são partes importantes do pacote de serviços projetado.

Este descasamento é fruto de um baixo controle da organização sobre o trabalho dos profissionais. Não estamos de maneira alguma questionando a propriedade do médico e do enfermeiro em ter autonomia decisória nos atendimentos realizados. Como profissionais do

conhecimento, eles necessitam sim ter liberdade técnica para discernir qual é a melhor abordagem de tratamentos em cada caso. Contudo, como pertencem a uma organização, devem seguir os preceitos e regras que norteiam a missão e atividades da organização que se inserem.

A questão do controle no caso de serviços profissionais, não pode ficar limitada ao controle de rotinas, processos e atividades, como a projetada pelo PSF e estabelecida em detalhes nos documentos norteadores. Estes controles limitam tecnicamente as atividades dos médicos e enfermeiros, vão em sentido contrário às características de serviços profissionais e invariavelmente caem em desuso, como no caso de Jardim Cidade Pirituba.

Por outro lado, a falta de treinamento adequado e sistemas de controle que sirvam de balizadores para a missão, valores e resultados que a organização deseja imprimir em seus serviços e entregar aos seus usuários criam um ambiente no qual os profissionais têm liberdades que transcendem os aspectos de sua profissão e caminham no sentido de alterar o próprio conceito de serviço e alguns aspectos organizacionais. E sobre tais questões, os profissionais não devem ter autonomia decisória.

Estes dois pontos principais dão a tônica da fase de pós-implantação do PSF em São Paulo. A conjunção entre incongruência entre recursos técnicos e conceito de serviço, e baixo controle organizacional (associados com outros de menor impacto) transforma o PSF de Jardim Cidade Pirituba em uma estrutura híbrida de atendimento. Apesar de não realizarmos estudos semelhantes em outras unidades, através de entrevistas e relatos informais pudemos verificar que tal situação não é exclusiva desta unidade.

Considerando que São Paulo conta atualmente com mais de 200 equipamentos da saúde que oferecem atendimento PSF, temos que é provável que coexistam atualmente na cidade muitas práticas distintas de PSF, organizadas de acordo com as condições locais de cada unidade. Considerando tal quantidade de equipamentos e o intenso volume de atendimentos diários, é pouco provável que todas as unidades estejam operando em sua eficiência máxima. Basta imaginar a quantidade de funcionários de UBS que devem dedicar boa parte do seu dia tentando agendar uma consulta de emergência com especialistas.

Além disso, dado o porte e a complexidade da rede de atenção básica à saúde da cidade de São Paulo é de se esperar sim que esta esteja configurada sob a forma de rede de lojas de serviços, deixando a cargo dos profissionais apenas o discernimento em relação a questões técnicas envolvendo os atendimentos.

A grande variação de “modelos PSF” encontrado em JCP e certamente existentes aos montes ao longo de toda a rede da cidade é indesejável, uma vez que está pautada não por necessidades locais distintas, mas sim por uma incompatibilidade entre conceito de serviço e sistema técnico, sendo que São Paulo deveria buscar meios mais otimizados e uniformes de atendimento à população.

4.5. Caso B: A Atenção Básica em Saúde no Município de Ribeirão Preto

Os serviços públicos de saúde começam a tomar forma na cidade a partir da inauguração da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) no ano de 1952. Naquele período, a rede local de assistência consistia basicamente de uma rede de centros voltados para a hanseníase e tuberculose, de poder do governo estadual. Outros postos municipais tinham seus serviços voltados para puericultura e atendimento materno-infantil.

A expansão da rede de atendimento tomou corpo a partir dos anos 80, com o surgimento das Ações Integradas em Saúde, que garantiram um incremento de recursos através de articulações tripartite entre as esferas federal, estadual e municipal. O financiamento do sistema local de saúde passou a ser realizado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (Inamps), órgão vinculado ao Ministério da Previdência Social, o que garantiu um sensível incremento na quantidade e tipos de equipamentos de saúde disponíveis na cidade. No caso de Ribeirão Preto, a expansão da rede de atenção básica possibilitou avanços nas ações em saúde pública, através do incremento dos serviços, expansão e mudanças na concepção da saúde pública.

Conceitualmente os centros de saúde têm diferenças que os distingue dos postos de saúde. A complexidade tecnológica apresentada determina o tipo de centro de saúde. No caso dos postos de saúde, são aplicadas tecnologias mais reduzidas. Já nos centros de saúde há capacidade instalada para realização de alguns exames laboratoriais, aparelho de raio “X”, entre outras tecnologias e procedimentos, segundo modelo preconizado pelo Ministério da Saúde. Ainda, são incorporados em seu quadro de pessoal, funcionários com formação universitária (enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais, etc.), além de pessoal com formação nos níveis fundamental e médio. Estes últimos são incorporados para o desenvolvimento de ações técnicas (Elias, 1996).

Segundo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde², os centros de saúde são unidades dentro do sistema que têm a responsabilidade de cuidar da saúde coletiva. São suas funções básicas, segundo este documento, a fiscalização sanitária para a melhoria das condições de higiene da população, tais como, coleta de lixo domiciliar, proteção de fontes de abastecimento de água, sistema de coleta de esgoto nos bairros, entre outros. É sua função, também, o cumprimento de ações de saúde junto à população, cuidando das doenças

² Cf. MS – Ministério da Saúde, *Normas e Manuais Técnicos*, 1982.

transmissíveis, das crônico-degenerativas, dos cuidados odontológicos, alimentares e de nutrição. Estas ações devem estar estruturadas e organizadas segundo uma ordenação que estabeleça a divisão da população assistida por faixa etária e por sexo (Brasil, 1982)³.

4.5.1. A Faculdade de Medicina e os Centros de Saúde Escola

Com a inauguração da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, foi levantada a necessidade de incluir-se no projeto uma unidade de ensino e pesquisa próxima da realidade da população, que permitisse aos alunos experimentar na prática as técnicas da medicina, além de propiciar o contato com outros serviços de saúde. Todavia, no início havia certa tensão entre grupos de docentes do antigo Departamento de Higiene (hoje Departamento de Medicina Preventiva) que defendiam esta causa, de outro grupo que era contrário a ela uma vez que os CSEs ainda precisariam ser estruturados.

Os anos sessenta foram marcados pela proliferação de Centros Saúde Escola em outras cidades. São Paulo teve inaugurado o CES da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa (CES da Barra Funda, em funcionamento até hoje), da Escola Paulista de Medicina e da Faculdade de Medicina da USP (CES do Butantã, também em funcionamento); Botucatu também recebeu um CES, através da associação entre a Faculdade de Medicina da Unesp e a Secretaria Estadual da Saúde. Ribeirão Preto também seguiu esta onda, inaugurando seu primeiro Centro de Saúde Escolha ainda na década de 1960.

Dentro da área de políticas de saúde públicas, os CSEs servem como base central de desenvolvimento e experimentação de novas técnicas para posterior transferência destas novas fórmulas para o restante da rede de serviços públicos de saúde. Daí a importância dos vínculos formais que existem entre estes Centros e esferas do governo estadual e municipal. Isto permitiu uma articulação entre a administração direta da saúde, representada pela SES, e as unidades de saúde vinculadas às unidades de ensino superior de medicina.

Esta proximidade acabou por gerar várias experiências importantes na inovação das formas de organização de unidades básicas de saúde, treinamento de pessoal de nível superior e técnico, estabelecimento de redes com a sociedade civil e, fundamentalmente, a melhoria da

³ Sobre a formação e a história dos centros de saúde no Brasil, cf. Mendes Gonçalves, R.B. (1986) e Cyrino (1993).

assistência à saúde prestada, no desenvolvimento da promoção e das ações de proteção à população.

Até a criação do SUS e municipalização dos equipamentos de saúde, os CES ficavam totalmente subordinados às Faculdades de Medicina, mas eram mantidos através de convênios com a SES-SP, que era responsável pelo repasse de verbas para custeio das unidades, garantindo os recursos humanos e materiais nas unidades.

Com a municipalização, os convênios da SES-SP com as unidades de ensino em saúde foram paulatinamente sendo revistos, tendo resultado em mudanças profundas no modelo original e alguns, inclusive, encerraram o convênio e fecharam a portas de seus centros de saúde escola. Os convênios passaram a ser assinados entre as Secretarias Municipais de Saúde e os centros formadores de medicina, fato que gerou novas formas de gerir a atenção básica.

O repasse de verbas, dentro das novas relações estabelecidas, passou da esfera estadual para a municipal, deslocando desta forma a direção das negociações junto ao poder público por parte das unidades de ensino, pesquisa e assistência conveniadas.

Contudo, as características fundamentais dos Centros de Saúde Escola são mantidas até hoje. Todas estas unidades têm em comum a larga experiência na área de medicina e saúde pública, conquistada pela proximidade do quadro de docentes, alunos e pesquisadores das Faculdades de Medicina, com os atendimentos cotidianos das unidades. De modo geral, elas mantêm contínuos programas de pesquisas, baseados na experimentação prática de novas técnicas e acompanhamentos epidemiológicos constantes.

Em Ribeirão Preto, é notório o estreito vínculo existente entre os gestores da saúde municipais e a Faculdade de Medicina. Tradicionalmente, os Secretários de Saúde Municipais e seus assessores são nomeados a partir dos quadros de professores da FMRP. Esta proximidade abriu espaço para o início da implantação do PSF na cidade, através de sua vinculação direta com os Centros de Saúde Escola locais.

4.5.2. Histórico dos Serviços de Saúde

Ribeirão Preto foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar as diretrizes da Constituição Brasileira de 1988 e do SUS. Na segunda metade dos anos 1990 foi finalizado o processo de municipalização dos serviços de saúde do município. A rápida municipalização permitiu que Ribeirão Preto traçasse e conduzisse suas estratégias de saúde independente de outras esferas de governo e a proximidade com a Faculdade de Medicina, representou uma

influência positiva, uma vez que alinhou as práticas do município com os anos de experiência da Faculdade e dos seus departamentos na área da saúde.

A partir da assinatura do “contrato” municipal com o SUS, ocorrido em 1991, Ribeirão Preto começa a reestruturar a gestão dos serviços de saúde, retirando pouco a pouco a interferência do estado e da união na condução das ações de saúde municipais. Este período é marcado também pela assinatura da lei municipal 5972/91 que institui o Conselho Municipal de Saúde e lhe atribui caráter participativo e democrático.

O CMS é composto por 26 membros, 25% de categorias de profissionais de saúde, 25% prestadores de serviços, representantes do governo e 50% de usuários. Assim, congregando “agentes participantes” do sistema de saúde, seja enquanto servidores, seja enquanto usuários, o Conselho tem a missão de discutir ações gerais de sua comunidade, procurar soluções para os problemas expostos e aprovar a prestação de contas da SMS. (SMSRP, 2005).

Outro marco deste período foi a organização do sistema municipal de saúde em cinco regiões administrativas que foram organizadas considerando aspectos geográficos, econômico e sociais. Esta nova estrutura foi fundamental para acompanhar a crescente demanda por serviços de saúde, sendo idealizada e implementada durante a gestão de Juan Stuardo Yazlle Rocha, como Secretário de Saúde.

A gestão municipal iniciada em 1997, após a municipalização plena dos serviços de saúde (ocorrida em 1996) marca o início da reformulação do sistema de saúde municipal. A partir deste momento, inicia-se um movimento de consolidação das diferentes estruturas e programas de saúde sob uma única organização, que culminam na organização atual, que pode ser vista no organograma abaixo:

Figura 4.9: Organograma da SMS de Ribeirão Preto – Nível de Divisões (extraído de Ribeirão Preto,2005)

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto sempre desempenhou papel importante na história da saúde pública da cidade, principalmente nos a partir dos anos 80, quando observou-se o estabelecimento de vínculo com a rede pública municipal. Esse vínculo foi marcado pelo compartilhamento de responsabilidades com relação à gestão de serviços, até então nunca experimentados e culminou com a construção dos Centros de Saúde Escola, que servem tanto como base de apoio ao ensino e pesquisa, quanto como equipamento para atendimento a população.

Esse estreito vínculo pode ser percebido inclusive no organograma da rede municipal de saúde, que coloca os CSEs dentro da estrutura e com destaque para suas influências em outros equipamentos da rede, com os Núcleos de Saúde da Família.

Figura 4.10: Organograma Rede Municipal de Saúde – Nível NSF (extraído de PMRP,2005)

Cada Distrito de Saúde conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, oferece exames e consultas com especialistas para todo o distrito. Além disto, cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2005).

Assim, as UBDSs assumem a posição de gerenciar e administrar a organização à assistência e o fluxo de referência de cada UBS de seu distrito. Além disso, as UBDSs operam como centro de referência, oferecendo um conjunto de especialidades para todo o distrito.

Este papel de gestora regional passa a ser conferido, a partir de 2003 e do lançamento do projeto ETHOS, também aos Centros Saúde Escola (CSEs), sendo o CSE "Joel Domingos Machado" – Sumarezinho que exprime a inserção total da Faculdade de Medicina, por meio de sua Fundação FAEPA na condução conjunta das políticas públicas de saúde do município.

Esta tendência de maior participação das parceiras fica clara no conjunto de diretrizes estipuladas pelo Conselho Municipal de Saúde, dentre as quais se encontra:

“Implantar os Distritos de Saúde Escola (DSE) com participação efetiva das universidades no fortalecimento da Atenção Primária (AP), com vistas à mudança do modelo assistencial, direcionando-o à produção do cuidado por meio de práticas mais integralizadas e acolhedoras. O programa de saúde da família deverá ser o eixo estruturante do processo assistencial a ser implementado nos DSE (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2003b).

Apesar da parceria entre FMRP e SMS-RP ter sido iniciada pelo Departamento de Medicina Preventiva, ao longo dos anos houve a ampliação da participação de outras unidades departamentais da Faculdade de Medicina, tais como pediatria e ginecologia-obstetrícia, por exemplo. Tais mudanças no plano estrutural trouxeram a necessidade de que as áreas de atuação fossem revistas, também.

A ampliação da participação gerou um conjunto maior e diversificado de atividades de formação e assistência, e, também, desconcentrou a coordenação que anteriormente ficava sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva. Essa abertura de espaços de participação de outros departamentos de ensino retirou a exclusividade de atuação da área de Saúde Pública. Isso gerou um espaço compartilhado com concepções e ações variadas, conforme as experiências e tradições próprias a cada unidade departamental.

As diretrizes estabelecidas para o centro foram: estruturar os processos de ensino de graduação e pós-graduação, a pesquisa e a assistência para a área de atenção primária. A medicina preventiva, enquanto área de produção de conhecimentos e formação, manteve-se como referência principal, seja pelo tempo de existência de sua atuação, seja pela experiência dos conhecimentos e práticas acumulados durante décadas de exercício de coordenação das atividades de atenção à saúde do município.

Essa passagem de controle interno à Faculdade de Medicina possibilitou ampliar as atividades no Centro de Saúde Escola, aumentando o conjunto de unidades de prestação de serviços de atenção básica em saúde.

4.5.3. A Implantação do PSF no Município de Ribeirão Preto

Assim como outros municípios do Brasil, Ribeirão Preto passou mais recentemente a considerar o PSF como alternativa de modelo de atenção básica, para dentre outras coisas buscar atender os preceitos do MS e do SUS (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2003a). A proximidade com a Faculdade de Medicina também contribui para a implantação do programa, que começou a ser implantado “da Faculdade para o município”.

O relatório do Projeto “Ethos” de Atenção à Saúde apresenta-se como base teórica que baliza o conceito de política de saúde para o município de Ribeirão Preto. O presente documento explana que o atual modelo de atenção à saúde está cunhado segundo os preceitos técnico-assistenciais.

“A rede pública tem oferecido, em sua grande maioria, um modo tradicional de atenção à saúde da comunidade: consultas médicas individuais-curativas com agendas organizadas segundo uma lógica burocrática determinada pela disponibilidade de recursos, voltada para a realização dos procedimentos como finalidade última; utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes; esgotamento de recursos financeiros e ações de vigilância mais voltadas para o atendimento a determinações programáticas ministeriais, que nos chegam verticalmente, em geral, na forma de campanhas focalizadas” (SMSRP, 2003)

A Secretaria Municipal de Saúde, então se utilizando das orientações do Ministério da Saúde, adota a “estratégia de saúde da família” como bandeira para a efetiva consolidação do SUS e seus preceitos que estão, por sua vez, alinhados aos da Constituição.

Os Primeiros Núcleos de Saúde da Família

Estabelecidos os distritos de saúde, as unidades distritais e configurado o modelo de gestão plena sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, passa-se à implantação de fato do programa saúde da família. Este processo inicia-se de forma conjugada, isto é, nas UBSs há uma conjunção de modelos de assistência básica. O PACS, o PSF e o modelo tradicional de Atenção Básica co-existem dentro da organização.

Como proposta de solução para essa “redundância” de serviços oferecidos, surgem – através da criação do Centro de Atenção Primária e saúde da Família, que é o órgão multidepartamental da FMRP responsável pelo projeto acadêmico – ensino, pesquisa e assistência nessa área - os núcleos de saúde da família (NSF). Esses núcleos, que estão submetidos à supervisão dos CSEs, funcionam como as únicas unidades PSF puras, além de representar um passo a mais, rumo a descentralização.

Se por um lado, a passagem de poder e responsabilidades à FAEPA resultaram em mais verbas para a saúde e propostas inovadoras ao sistema de atenção básica, como o processo de qualificação e capacitação profissional continuada; por outro lado, contribui para o aumento da complexidade organizacional, , uma vez que pessoas contratadas da universidade (docentes, por exemplo) trabalham em unidades básicas de saúde do município,

e vice-versa. É comum em uma mesma UBS existirem pessoas ligadas à FAEPA, FMRP e prefeitura trabalhando lado a lado, apesar de todos pertencerem formalmente a organizações distintas.

A implantação do PSF em Ribeirão Preto também apresentou características bastante inovadoras, como a inclusão de equipes matriciais no conceito do programa, visando ao oferecimento de uma especialidade para o qual eventualmente um membro de uma ESF está capacitado. A atuação desta equipe matricial pode estar dispersa pelo organograma, conforme exemplificado abaixo:

“A magnitude do apoio matricial aparecerá, principalmente no momento de estruturação do novo projeto (...) Deste modo, o apoio matricial poderá ocorrer tanto no núcleo como no campo de competência. Um exemplo do agir da equipe matricial, pode ser o caso de um trabalhador que é de uma dada equipe de saúde da família de referência, por exemplo, da Equipe 1 de produção de cuidados para as mulheres do posto X. Esse trabalhador é também especialista em sexualidade, portanto poderá fazer apoio matricial às outras equipes de saúde da família de referência, na mesma unidade de saúde ou em outras mais. Apoiará o trabalho de seus colegas com mulheres, crianças e jovens, auxiliando as equipes a desenvolverem ações com os trabalhadores, voltados para o tema em questão”.(Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2003b).

4.6. Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado e Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto

Os Núcleos de Saúde da Família são braços do PSF do CSE, caracterizado pela subordinação direta existente entre as duas entidades e o vínculo de atividades conjuntas que marca também esta relação. Com isso, a abordagem de pesquisa tem que ser realizada considerando o conjunto dos elementos, a fim de não haver prejuízo ao modelo de pesquisa que foi conduzido.

Com isso, o objeto de pesquisa em Ribeirão Preto é o Centro de Saúde Escola Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado de Ribeirão Preto (CSE) e seus quatro NSF.

Figura 4.11: Esquema Representativo do Centro de Saúde Escola e Núcleos PSF (adaptado de Mascia, 2006)

4.6.1. O Centro de Saúde Escola

Os serviços de saúde de Ribeirão Preto estão divididos em cinco distritais. O Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado não é somente da Universidade, também é a sede da distrital oeste. Inclusive a diretora deste Centro é uma professora da FMRP.

Ele possui duas vertentes de atuação: (i) oferecer serviços de saúde de urgência e emergência e especialidades; (ii) servir como referência para ensino e pesquisa na área da saúde. Desta forma, é natural que esta unidade esteja vinculada a duas entidades principais: Secretaria Municipal de Saúde e Faculdade de Medicina – USP.

O CSE abrange uma área com aproximadamente 150 mil habitantes. Atende urgências e emergências em clínica médica e pediatria 24 horas por dia, sete dias por semana. Oferece também serviços de clínica médica, nas especialidades de cardiologia, ortopedia, infectologia, ginecologia, dermatologia, pediatria, entre outros.

As pessoas que trabalham nesta unidade podem ter vínculos profissionais com diferentes organizações. Alguns médicos especialistas são contratados pela prefeitura; outros fazem parte dos quadros da faculdade de medicina. Um dos dermatologistas da unidade é contratado pelo estado (SES).

Dos quadros da Faculdade de Medicina, trabalham também no CES professores docentes. Estes professores passam metade do tempo disponível no centro coordenando o trabalho dos alunos, prestando assistência técnica à unidade e auxiliam na coordenação das áreas.

As atividades relacionadas à pesquisa e ensino são muito presentes neste CES. Durante o ano letivo são oferecidas 2.200 vagas para estágio de alunos de graduação em medicina, enfermagem, farmácia, psicologia, entre outras especialidades.

Os estudantes recebem orientações dos professores docentes e atuam sob supervisão no atendimento aos usuários. Na maioria dos casos, os alunos não atendem diretamente, mas participam das consultas junto com médicos, enfermeiros e técnicos. Apenas os residentes atendem diretamente os pacientes, dentro das especialidades que eles atuam.

O Centro de Saúde Escola representa também um vasto objeto de pesquisa para os departamentos da Faculdade de Medicina e alunos de pós-graduação. Em média, o centro recebe solicitação para participar de 50 a 80 novos projetos de pesquisa anualmente. Isto significa que, em geral, coexistem cerca de 150 projetos de pesquisa simultaneamente. Destes, um grande número é voltado para atenção primária, mas há grandes projetos voltados para avaliação de novas técnicas de atendimento dentro das especialidades.

Em relação ao orçamento, o CSE tem vários vínculos. Tem vínculo com a USP, com a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual, Hospital das Clínicas e FAEPA. Cada instituição tem um quadro fixo de profissionais lotados no centro e responde por seus salários. Outros custos, como materiais, utilidades, equipamentos são ora custeados pela secretaria municipal (sistema SUS) ou pelas outras entidades.

O Centro de Saúde Escola está formalmente subordinado à Faculdade de Medicina USP-RP. O coordenador do centro faz parte do quadro de professores da Faculdade e é nomeado para por determinação do Diretor da Faculdade.

Segundo relato do coordenador da unidade, o CSE também mantém relação muito estreita com a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e prefeitura. Apesar de o coordenador estar diretamente subordinado à Diretoria da Faculdade de Medicina, a distrital tem uma pauta de atividades junto à SMS. Segundo relatos, a secretaria passa para o centro o modelo de trabalho, o plano municipal de saúde, com suas definições e metas. Estas metas servem como referência para o CSE traçar suas atividades.

4.6.2. Os Núcleos Saúde da Família

Os quatro NSF estão subordinados administrativamente e tecnicamente ao Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado. Os núcleos são “braços” do Hospital das Clínicas (HCRP) para o ensino e formação na área da saúde. Inicialmente, eles estavam focados na medicina, mas atualmente expandiu para as demais áreas, como enfermagem, odontologia, fisioterapia, TO, nutrição, entre outros. Assim como o CSE, os núcleos também possuem duas vertentes principais de atuação: (i) oferecer serviços de atenção básica à saúde e (ii) servir como referência para ensino e pesquisa na área da saúde (vide na figura 4.3 o destaque dos núcleos).

Os quatro núcleos possuem quadro profissional semelhante. As equipes básicas são compostas por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitários. Este quadro é contratado pela parceira, FAEPA. Cada núcleo conta ainda com pelo menos 1 médico docente voltado para o ensino e supervisão dos estagiários.

É grande a presença de alunos de graduação e pós-graduação nas unidades. Os alunos de graduação fazem estágios supervisionados (incluídos na grade curricular) e estágios voluntários (durante férias) nas unidades. Acompanham os ACS nas visitas, participam das consultas juntamente com médicos generalistas, fazem atendimentos individuais (queixas mais simples). Já os de pós-graduação voltam-se mais para a condução de suas pesquisas de campo, entrevistando pacientes, realizando procedimentos específicos, analisando dados de morbidade, entre outros.

Todas as atividades envolvendo alunos são orientadas pelo professor docente, que fica um período do dia na unidade e também faz atendimento aos usuários da unidade. A

supervisão dos estagiários é também compartilhada pelos outros profissionais dos núcleos, em cada atividade realizada (acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos). Nestes casos, o profissional responsável pela atividade supervisiona o trabalho dos estagiários.

Até outubro de 2004, um professor docente vinculado à faculdade de medicina ou enfermagem assumia as funções de coordenação da unidade. Porém, o conjunto de demandas sobre os docentes – ensino, orientação, pesquisa, reuniões técnicas – fazia com que o tempo disponível para dedicação aos NSF fosse reduzido.

A partir de discussões coletivas, decidiu-se passar gradativamente a coordenação dos NSF para médicos generalistas e enfermeiros de cada núcleo. Apenas o núcleo 5 ainda é coordenado por médico docente. Além disso, foi relatado que a mudança na coordenação também visava aproximar o modelo PSF existente nos Núcleos de Ribeirão Preto ao modelo tradicional existente em outras cidades do país.

Figura 4.12: Organograma genérico dos Núcleos de Saúde da Família (elaborado pelo autor)

Os consultores especialistas são médicos vinculados ao Hospital das Clínicas ou Faculdade de Medicina, voltados para prestar assistência técnica para os médicos generalistas. Eles não são exclusivos de determinada unidade, mas vão periodicamente discutir casos mais complexos (ainda dentro de atenção primária), realizar atendimentos juntamente com médicos generalistas, entre outros.

Este ponto merece atenção especial. A estreita relação entre equipes PSF e docentes da faculdade de medicina cria propícia um ambiente de contínua aprendizagem e troca de experiências.

Casos que a princípio pareciam mais sérios e eram prontamente encaminhados para consultas de especialidade, passaram a ser discutidos nas reuniões com os consultores especialistas e passaram a ser tratados pelos próprios médicos generalistas. A presença do docente também é importante por que cria um processo de retro-alimentação constante, que abastece a Universidade com informações práticas, que serão úteis na definição de novos campos de pesquisa, resultando em um círculo extremamente virtuoso, que é benéfico a todos.

Como consequência direta, estas reuniões com especialistas proporcionam o aumento da resolubilidade local, que sob a óptica do usuário fortalece o conceito de serviço do PSF e melhora sua credibilidade diante da população; sob a óptica da organização, ele contribui para a uniformidade de conhecimento e equalização de práticas entre os diferentes profissionais, o que resulta em uma maior uniformidade nos serviços prestados.

Região de Abrangência

Apesar de serem geograficamente próximos, é grande a diferença existente nas regiões de atuação dos quatro núcleos.

O núcleo 1 e 3 estão situados em uma região que agrega uma população de 1500 e 1600 famílias respectivamente. Destas famílias, estão cadastradas no PSF 960 do núcleo 1 e 940 no núcleo 3.

Estas regiões são caracterizadas por uma concentração primordial de pessoas idosas (aproximadamente 60% dos indivíduos cadastrados) e também pela grande penetração dos seguros de saúde (cerca de 30% das pessoas são cobertas por um plano). Segundo relatos dos profissionais, os conveniados muitas vezes preferem frequentar o NSF uma vez que o mesmo fica próximo de suas residências e, após as consultas, os mesmos já podem sair com os encaminhamentos e com as receitas para retirar remédios na farmácia da própria unidade. Relatam também que na região do núcleo 3 existem 3 casas que foram transformadas em asilos somente para estarem dentro da área de cobertura do NSF.

Já nos núcleos 4 e 5, a população coberta é menor. O NSF 5 tem 760 famílias cadastradas, enquanto o NSF 4 tem aproximadamente 780. A área de cobertura destes dois

núcleos é caracterizada por uma população majoritariamente jovem e mais carente. Estes núcleos abrangem uma área de favela.

Durante as entrevistas, foi relatado que recentemente houve uma negociação dos NSF 4 e 5 junto com a prefeitura para reduzir a área de abrangências dos núcleos. Isto porque, segundo relatos, houve um incremento significativo no número de famílias das regiões de abrangências, o que estavam inviabilizando as atividades das unidades (estavam sobrecarregadas).

4.6.3. A Relação dos NSF com Outras Esferas Organizacionais

Os NSF recebem diretrizes de duas entidades: (i) Secretaria Municipal de Saúde e (ii) Faculdade de Medicina. A SMS dá diretrizes condizentes com as necessidades e estratégias para atendimento à saúde do município. A Faculdade preocupa-se primordialmente com as estratégias e regulamentos de ensino e pesquisa em suas unidades. As diretrizes são passadas aos Núcleos pelas seguintes fontes:

- Pela administração do distrito, que apesar de pertencer aos quadros da faculdade recebe as demandas diretamente da secretaria municipal e as repassa para suas unidades; A administração também recebe orientações da Faculdade de Medicina;
- Pelo médico docente, que é o responsável pela orientação dos alunos que se relacionam com a unidade;

As diretrizes básicas que são repassadas periodicamente pela SMS e Faculdade de Medicina servem de base para o gestor traçar suas estratégia de atendimento local, visando maximizar seus recursos para atender as principais demandas da sua população e de seus alunos. Nas reuniões semanais, os coordenadores discutem com os outros profissionais dos NSF quais são as principais ocorrências do período e em conjunto eles decidem como irão enfrentá-las. As equipes dos núcleos se organizam para cumprir as metas e priorizar as ações recomendadas diretor distrital, de acordo com suas preferências.

Existem diferenças nos processos de atendimento entre os NSF. Estas diferenças não chegam a ser tão extremas como observadas em São Paulo, porém também são fruto de autonomia característica deste tipo de serviço. Contudo, a proximidade com o CSE e a presença constante de médicos docentes geram uma atmosfera de controle organizacional

maior do que aquela encontrada em JCP, o que evidencia a busca por formas de atendimento mais adequadas e não interferências no conceito do PSF.

4.6.4. Serviços Oferecidos nos Núcleos de Saúde da Família

Como dito anteriormente, os NSF tem duas funções principais: Prestar assistência médica aos usuários da região e servir como base para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, voltadas para alunos e professoras da Faculdade de Medicina. Desta forma, é preciso identificar com clareza os diferentes serviços oferecidos.

Assistência Médica

Os serviços de atenção básica à saúde oferecidos em JCP cumprem com os princípios determinados no conceito de serviço do PSF, a saber: desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação em saúde. Além disso, a unidade preocupa-se ainda em implementar ações que incrementem a participação comunitária e individual na concepção, organização e controle dos serviços de saúde, de acordo com as propostas do Ministério da Saúde e do SUS. Assim como o verificado em Jardim Cidade Pirituba, o potencial transformador destas unidades é muito grande.

No estudo de caso em questão, Núcleos de Saúde da Família, foram identificadas as seguintes ações em saúde:

Assistência: consiste em ações desenvolvidas com vistas ao cuidado assistencial direto junto à população, seja através de consultas médicas ou de enfermagem na UBS, seja através de consultas domiciliares realizadas pela equipe de profissionais.

- Visitas domiciliares de médicos, enfermeiros e auxiliares aos pacientes acamados, idosos e pessoas com dificuldade de locomoção;
- Consultas e encaminhamento para especialistas;
- Consultas e encaminhamento de pacientes alcoolistas, drogadícios e com problemas mentais para tratamento especializado;
- Encaminhamento para exames laboratoriais e de imagem;
- Consultas com o médico(a) generalista;
- Consultas com enfermeiro(a);
- Atendimento às gestantes.

Promoção: consiste no desenvolvimento de ações com a finalidade de operar transformações nas concepções e práticas sobre o processo saúde-doença da população adscrita. Normalmente as ações educacionais são priorizadas, seja no desenvolvimento de atividades em grupo, seja nas atividades individuais, como por exemplo no momento de uma consulta.

- Grupo de pais adolescentes;
- Grupos de saúde mental para pessoas com depressão e solidão;
- Grupo de terapia comunitária;
- Grupos de planejamento familiar;
- Grupo de orientação e controle de diabetes e hipertensão;
- Oficinas de artesanato (núcleo 2).

Proteção: constitui um conjunto de ações de cunho técnico que visam prevenir o desenvolvimento de processos patológicos. As ações de proteção à saúde podem ser realizadas em caráter especial ou através das ações assistenciais.

- Vacinação: esquema básico de vacinação no primeiro ano de vida e campanhas nacionais;
- Acompanhamento de vacinação de escolares;
- Grupo de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e encaminhamento ao Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA-Aids).

Vigilância: consiste no estabelecimento de um setor de registros de doenças prevalentes ou de notificação compulsória dos sistemas local e nacional de saúde.

- Registro e notificação de acidentes de trabalho;
- Vigilância em saúde;
- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância ambiental.

Referência e Contra-Referência

Ribeirão Preto implantou recentemente um departamento em seu sistema de saúde chamado de Complexo Regulador (CR), que centraliza os pedidos de agendamento de exames e consultas de especialidade, além de atender as chamados de ambulância e emergências.

Em relação ao Sistema de Referência e Contra-Referência os Núcleos enviam uma planilha de agendamento para o CR - Central de Agendamentos que concentra as agendas de todos os especialistas do município rapidamente consegue identificar um local que possa atender aos pedidos. Em geral, as consultas são agendadas nas UBSD mais próxima da UBS. Porém, quando o caso é urgente e não é possível encaixar a demanda imediatamente nos atendimentos da região, o paciente é encaminhado para outro local para ser atendido.

Isso não significa que não haja filas de espera (que dificilmente são mais de 30 dias), mas consegue prontamente dar uma resposta ao NSF e ao usuário que necessita deste atendimento. Depois de alguns dias, o núcleo recebe de volta a mesma planilha com as guias de agendamento, estas por sua vez são entregues aos pacientes pelos ACS.

Serviços Ligados ao Ensino e Pesquisa

Por estarem subordinados a uma organização voltada para ensino e pesquisa, é constante a presença de alunos e pesquisadores nos núcleos, interagindo os outros profissionais e realizando atividades paralelas ao atendimento à população. Destacam-se:

- Estágio em medicina da família para alunos do 5º e 6º ano;
- Estágio para alunos de enfermagem do 2º e 4º ano;
- Residência em medicina da família
- Estágio para alunos de farmácia, odontologia, nutrição e psicologia;
- Campo de pesquisa para pós-graduandos (diversos projetos);
- Consultoria técnica de especialistas para os médicos generalistas.

4.6.5. Definição dos Processos de Atendimento

De acordo com as observações, foi possível perceber que o NSF é um ambiente de discussão democrática no qual todos participam do processo de planejamento e discussão das atividades. Em reuniões semanais, as equipes se juntam para discutir suas estratégias e táticas de atendimento para os próximos dias.

A estreita ligação organizacional dos Núcleos de Saúde da Família com a Faculdade de Medicina – USP/RP cria um ambiente de permanente ensino e aprendizado, especialmente marcado pela grande presença de estagiários, médicos residentes, voluntários e docentes, nas unidades. Esse ambiente diferenciado também é caracterizado pela ocorrência de seminários, reuniões técnicas, discussões de casos, entre outros.

Do ponto de vista da capacitação técnica, estas práticas são formas muito eficientes de treinamento contínuo para todos os profissionais, melhorando muito a resolubilidade da unidade. Do ponto de vista prático, surgem demandas adicionais não previstas na carga de trabalho dos profissionais contratados para atender a população, especialmente médicos e enfermeiros.

Médicos e enfermeiros necessitam não somente planejar (juntamente com o médico docente) o aprendizado teórico-prático do aluno e residentes, mas também supervisionar as condutas e os encaminhamentos em consultas, visitas domiciliares e participação em grupos. Desta forma, pode-se destacar as seguintes atividades adicionais realizadas por médicos e enfermeiros:

- Planejar o ensino e aprendizado;
- Planejar a organização do trabalho junto com a equipe, considerando os estagiários, residentes e voluntários;
- Acompanhar e supervisionar as consultas realizadas pelo estagiário e residentes;
- Realizar educação contínua para os outros profissionais do NSF, além de alunos e residentes;
- Participar da vigilância epidemiológica assistida e coordenada pelo docente para os alunos e os residentes uma vez por semana no núcleo;
- Participar dos seminários junto da equipe nuclear, estagiários e residentes;

Frente a isto, foi observado que os profissionais dos NSF dedicam bastante tempo às atividades ligadas ao ensino e pesquisa, o que diminui sensivelmente seu tempo disponível para atender aos usuários da unidade. Todavia, não foi constatado em nenhum momento que havia prejuízo aos usuários, que poderia ser caracterizado pela existência de filas. Mas foi relatado que para conciliar todas as demandas, os médicos necessitam realizar horas-extras que são computadas nos bancos de horas, o que evidencia um desequilíbrio do sistema.

Diariamente, todos os profissionais dos NSF participam de reuniões de equipe, que duram em média 1 hora. A cada dia um assunto distinto está em pauta, organizando-se da seguinte forma:

- 2ª feira: Discussão sobre dificuldades e planejamento do trabalho;
- 3ª feira: Discussão sobre casos de famílias;
- 4ª feira: Educação continuada;
- 5ª feira: Discussão sobre casos de famílias;
- 6ª feira: Discussão sobre grupo operativo, depois da Reunião Administrativa do Núcleo.

Segundo informações coletadas nas entrevistas com as enfermeiras, elas também planejam seu trabalho em três tipos de tarefas, com a respectiva dedicação de tempo a cada uma delas:

- Gestão da Unidade – 50%
- Gestão da Assistência ou do Cuidado – 25%
- Gestão do Ensino – 25%

Existem algumas metas informais e prioridades que vão nortear o trabalho das enfermeiras. Por exemplo, a quantidade de vistas domiciliares serão definidas pela quantidade de usuários que necessitam de vistas, de acordo com o perfil: recém nascidos, idosos, pós-internados, acamados. Elas dedicam de 1 a 2 períodos por semana para as visitas domiciliares, totalizando de 4 a 8 horas semanais de visitas.

O corpo de enfermagem é também co-responsável (juntamente com os médicos) pela administração da unidade. Realizam o recebimento de malotes, recepção de estagiários, assinar recibos, entre outros. Vale lembrar que nos NSF não contam com profissionais voltados para procedimentos administrativos.

Metas de Atendimento

Cada núcleo é responsável por uma região que contempla no total cerca de 1500 famílias. Todavia, todos atendem entre 760 a 1000 famílias. Por isso, não se pode avaliar o impacto das metas de cobertura (por equipe) estabelecidas pelo Ministério da Saúde nas

atividades de cada unidade. Contudo, é unânime entre os profissionais das equipes que seria praticamente inviável aumentar o número de famílias atendidas por núcleo.

O município de Ribeirão Preto não conta com um documento norteador nos moldes daquele existente na cidade de São Paulo para direcionar o trabalho das equipes PSF e estabelecer as metas de atendimento individuais.

4.6.6. Registro e Controle das Atividades

Os sistemas de registro, avaliação e controle da unidade podem ser divididos em dois grandes grupos: (i) sistemas de informação oficiais do município e do Ministério da Saúde e (ii) controle interno da unidade (fichas / relatórios).

Sistemas de Informação Oficiais

O SIAB é um sistema de informação vinculado ao SUS que tem a finalidade de registrar informações a respeito do Programa Saúde da Família implantado na unidade. Sua estrutura é formada por uma série de formulários que devem ser preenchidas pelos profissionais durante o decorrer de suas atividades e no final de cada período digitadas em um terminal com o sistema. As informações inseridas no SIAB são então repassadas via disquete para a prefeitura, que se encarrega de enviá-las ao SUS.

Segundo os profissionais da UBS, a grande quantidade de formulários que devem ser constantemente preenchidos no decorrer das atividades representam obstáculos burocráticos de suas atividades. A necessidade de registrar tudo o que acontece consome o precioso tempo que poderia ser utilizado para estender uma consulta ou aumentar a quantidade de usuários que podem ser atendidos por período. Além disso, sob a óptica dos profissionais do PSF, o SIAB é um sistema que serve apenas para coleta de informação e envio delas para partes interessadas como o SUS. Sua utilidade prática como ferramenta de apoio e planejamento é limitada, uma vez que seus relatórios são extremamente simplificados e apresentam informações de baixa utilidade.

Hygia

Desenvolvido pela empresa Techne, e fazendo parte de um sistema mais amplo de administração pública, denominado Archon, o Hygia foi concebido para suportar todas as atividades administrativas e de controle de uma rede ambulatorial, constituída por postos de saúde, pronto-socorros, hospitais e laboratórios.

Em abril de 1994, teve início a informatização da rede municipal de saúde, partindo de um projeto piloto na UBS Prof. Zeferino Vaz. Hoje o Hygia está com aproximadamente 516 mil pacientes cadastrados e todas as Unidades da SMS estão informatizadas, realizando agendando consultas pelo computador.

Já estão capacitadas, para utilizar o Sistema Hygia, 1.100 profissionais da saúde, demonstrando assim o grande envolvimento que apresenta a equipe de Ribeirão Preto com o projeto de informatização. Todas as unidades de saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto estão informatizadas e interligadas pelo Hygia, em uma rede on-line. Também estão interligadas uma unidade do Estado e Serviço 192 e 193, de atendimento à comunidade. O computador central fica na CODERP, com 105 terminais e 50 impressoras distribuídos pelas unidades.

O sistema automatiza um grande número de atividades administrativas relacionadas com o cadastramento de prontuários de pacientes, exames de saúde, programas de vacinação, programas de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, faturas SUS, etc.

O sistema opera de forma centralizada, ou seja, com base em um único banco de dados, contendo os prontuários dos pacientes de toda a rede. Assim, qualquer unidade de saúde pode ter acesso aos dados de um paciente, onde quer que ele seja atendido. O paciente é atendido uma única vez, e a ele são agregados todos os dados oriundos dos atendimentos nos postos, laboratórios e hospitais.

Entre os módulos disponíveis no Hygia, está um sistema de agendamento centralizado, via telefone (disque-saúde, ou central de agendamento), que racionaliza a operação do sistema de saúde. O registro das informações clínicas é feito através de um prontuário individual, fichas de atendimento ambulatorial, e uma ficha complementar, que pode ser definida de acordo com as necessidades da especialidade de saúde (odontologia, ginecologia, etc.). Outra ficha contém um resumo do prontuário, com os dados mais importantes.

Ao procurar os serviços de uma unidade municipal de saúde pela primeira vez, o usuário fornece seus documentos de identificação e um comprovante de endereço para ser cadastrado no Hygia.

Os pacientes cadastrados no Sistema Hygia, usufruem dos benefícios como o RG DA SAÚDE que é um número único de prontuário utilizado em todas as unidades e o agendamento de consultas pelo computador com a consulta agendada com hora marcada, evitando filas e acúmulo de serviço, com uma melhor e mais uniforme distribuição de serviços nas unidades.

O Prontuário Único do Paciente é informatizado. Depois de cada atendimento, os dados da consulta são lançados no computador, no prontuário do respectivo paciente. Estes dados podem ser acessados de qualquer unidade, por pessoa autorizada. O prontuário oferece dados relativos a: identificação, agendamentos, atendimentos, resumo do prontuário, exames laboratoriais, medicamentos recebidos, vacinas aplicadas, programas nos quais o paciente está inscrito e encaminhamentos realizados (Techne, 12).

O sistema também tem um módulo voltado para a gestão da farmácia, que possibilita a consulta imediata aos medicamentos disponíveis em estoque e registra a retirada de medicamentos pelos usuários, vinculando isto ao cadastro deles.

Controles Internos

Tradicionalmente, os NSF de Ribeirão Preto possuem dois tipos de prontuários: indivíduo e família. O prontuário individual é preenchido pelo médico ou enfermeiro no momento das consultas e apresentam todas as informações sobre a saúde do indivíduo: suas queixas, remédios ministrados, sintomas, etc. Esse prontuário pode ser consultado apenas pelo médico e enfermeira do PSF.

Já os prontuários da família complementam as informações sobre a saúde da população, trazendo o relato dos ACS sobre suas visitas nas casas das famílias. Eles procuram destacar, por exemplo, que determinada pessoa esqueceu de tomar seu remédio diário, ou se sentiu indisposta devido ao alto calor, entre outros.

Durante um atendimento, o médico trabalha com os dois prontuários, uma vez que o relato das visitas dos ACS podem trazer importantes indicativos de problemas na saúde do indivíduo. É comum encontrar também painéis de gestão a vista de visitas. Estes painéis são colocados em locais de fácil visualização pela equipe, como a sala de reuniões, e são preenchidos com o nome das pessoas que precisam de visita (separados por gestante, idosos, acamados) e o nome do responsável em fazê-lo. Com isso, toda equipe tem como visualizar suas metas de atendimento e controlar o que ainda não foi feito.

Mat-Fam	Nome	Idade	Cuidador	Class	Data de adm.	Data de visita	Diagnóstico	Visitas / Status
05-104	Anette	79	Irada (mãe)		14/1/05	NSF	H.A., DM	
05-150	Angélica	84	Sueli (mãe)		07/06/05	NSF	H.A., B. 2º grau	FEV/2005
03-110	Elvira	76	Ena (mãe)		22/2/5	NSF	H.A.	02/2005
03-110	Ena	78	Proprio		23/2/5	NSF	H.A., DM	Primeira vez 2005
02-170	Gensela	83	Teodora (mãe)		24/04/05	NSF		2a. visita 2005
01-113	Alberto	85	Netelcia (mãe)		29/11/04	UNIMED	Infarto do miocárdio, H.A., DM, B. 2º grau	VD: 3am 2
03-53	Maria Teresa	22	Elvira (mãe)		24/04/05	NSF + (ATM)		VD: 03-04-05
03-130	Luzia	82	Elvira (mãe)		10/2/5	UNIMED	H.A., DM, B. 2º grau	VD: 02/03/05
05-155	Marcelino	80	Alcino (mãe)		22/05/05	NSF	Diabetes	VD: 05-05-05
03-51	Juliana	28	Antônia (mãe)		26/11/04	NSF + (ATM)		VD: 03-04-05
02-161	Antônio	69	Maria Luiza (mãe)		25/11/04	NSF	H.A., DM	Primeira vez 2005
01-163	Zelinda	89	Ena (mãe)		30/11/04	NSF	H.A.	VD: 02/3/5
05-39	Francisco	76	Tereza (mãe)		1/3/5	NSF	H.A.	
01-81	Catarina	95	Proprio		13/1/4	NSF	H.A., DM, B. 2º grau	VD: 02-01-04
03-67	Filomena	65	Ena (mãe)		23/2/5	NSF	H.A., DM	Primeira vez 2005
02-131	Jovina	80				NSF	H.A., DM, B. 2º grau	
03-151	Alvaro	79	Elvira (mãe)		15/02/05	NSF	DM, H.A., B. 2º grau	VD
03-09	Ari	87	Maria (mãe)		19/02/05	NSF	DM, H.A., B. 2º grau	VD

Figura 4.13: Painel de Controle de Visitas – NSF 5

Nome	Fam.	M.	DN	visita ACS	visita Juliana	Visita medica
Luis	12	2	04/07/51			
Erclia	13	2	10/10/25			
Edson	106	2	02/01/38			
	69	2	29/10/29			
	110	3	22/03/87			
	54	3	10/12/23			
	042	3	17/01/88			
	031	3	20/12/20			
	22	3	12/02/41			
	14	3				
	102	3	02/02/46			
	002	4	10/09/17			
	124	5	27/12/96			

Figura 4.14: Painel de Controle de Visitas de Acamados – NSF 3

CENTE	PAPIL	M.A	CADASTROS			GESTANTES			BEMESTAR		INCIDÊNCIAS	
			Total	Parto em casa	Parto em hospital	Total	Parto em casa	Parto em hospital	Total	Parto em casa	Total	Parto em casa
Carolina	529	01	109	169	40	01	02	00	15	110	43	67
Síria	603	02	120	153	37	02	01	01	26	39	32	22
Sandra	627	03	151	151	2	03	03	-	10	91	29	26
Maíra	649	04	177	153	23	01	01	01	121	104	39	34
Silvia	495	05	153	226	07	1	1	-	82	65	43	21
TOTAL	2939		Total de famílias: 384									

GESTANTE	ACOMPANHAMENTO	CONSULTA GINECOLÓGICA	DPP	MA	FAM	SIS PRENATAL	FAIXAS DE RISCO
Carolina	HC / USP	10/08/09	01	192	116	3503027461	Gravidez de risco
Síria	HC / USP	10/08/09	02	112	116	3503027461	Gravidez de risco
Sandra	HC / USP	10/08/09	03	192	116	3503027461	Gravidez de risco
Maíra	HC / USP	10/08/09	04	192	116	3503027461	Gravidez de risco
Silvia	HC / USP	10/08/09	05	192	116	3503027461	Gravidez de risco

GESTANTE	ACOMPANHAMENTO	CONSULTA GINECOLÓGICA	DPP	MA	FAM	SIS PRENATAL	FAIXAS DE RISCO
Carolina	HC / USP	10/08/09	01	192	116	3503027461	Gravidez de risco
Síria	HC / USP	10/08/09	02	112	116	3503027461	Gravidez de risco
Sandra	HC / USP	10/08/09	03	192	116	3503027461	Gravidez de risco
Maíra	HC / USP	10/08/09	04	192	116	3503027461	Gravidez de risco
Silvia	HC / USP	10/08/09	05	192	116	3503027461	Gravidez de risco

Figura 4.15: Painel de Controle de Visitas – NSF 4

HA	DIA	GES	$\leq LA_{n-1}$	(Z)A $\leq Z$	VIS	CAD n° Red	TICKET
162	15	0	4	7	127	200	302311
251	12	4	4	5	15569	32nd	Nº EXATO razões para 1.046
382632014	3	3	12	5	14	6	149
496	26	3	3	7	6	4	145
54328	3	7	6	2	13	8	15
							328
							251A
							189
							12nd

"Carangas"... Absteigens... mar não deve encara-
 los como um motivo de parada, e sim como um estímulo
 lo para sua caminhada... Amo você, e que Deus possa recompen-
 sar a cada uma. Não me esqueça de você. Beijos Sânha 5/10/04

Figura 4.16: Painel de Gestão à Vista de Visitas – NSF 1

As diferentes expressões de controles internos dos Núcleos de Saúde da família merecem destaque. Diferentemente do encontrado em São Paulo, onde os atendimentos e a relação da unidade com a população eram registrados apenas no SIAB e nos prontuários individuais, em Ribeirão Preto foram encontradas práticas inovadoras no controle e gestão das relações.

O prontuário da família é uma ferramenta simples que tem um efeito prático tremendo uma vez que consolida uma série de informações que são úteis no diagnóstico de doenças futuramente. Ele de fato permite que a equipe tenha um acompanhamento integral das situações que acometem à saúde das pessoas.

Os painéis de gestão à vista, por sua vez, representam a equidade no acesso à informação entre os ACS e os outros membros da equipe. Os coordenadores do NSF têm fácil acesso às metas de trabalho (discutida em conjunto por todos) e conseguem acompanhar a evolução das atividades de uma maneira simples e rápida.

4.6.7. Conclusões

O estudo de caso conduzido em Ribeirão Preto apresentou um cenário bem distante daquele encontrado em São Paulo, apesar da semelhança conceitual entre os serviços de saúde oferecidos nas duas unidades pesquisadas. Estas diferenças são sustentadas por duas razões principais: (i) maior amadurecimento das organizações da saúde de Ribeirão Preto; (ii) intenso e cooperativo vínculo entre os gestores de saúde municipais com a Universidade e membros da sociedade civil.

Como dito anteriormente, Ribeirão Preto foi um dos primeiros municípios brasileiros a municipalizar seu sistema de saúde e incorporar os preceitos do Sistema Único de Saúde em suas práticas locais. Já em 1997 o sistema de saúde municipal estava reformulado e consolidado sob uma única organização, que mantém até hoje suas características principais.

Diferentemente da cidade de São Paulo, que tem seu sistema de saúde marcado por sucessivas mudanças organizacionais, Ribeirão Preto apresenta relativa estabilidade e continuidade de projetos, gestão após gestão. A continuidade dos projetos e das ações conduzidas por diversos governantes em Ribeirão Preto tornou possível a construção de um sistema público de saúde integrado.

Deve-se destacar que a cidade conta desde 1994 com um sistema único de informações em tempo real (Hygia) que está presente em todos os equipamentos de saúde

municipais e concentra o cadastro completo dos usuários, principais informações sobre atendimentos, retirada de medicamentos nas farmácias, entre muitas outras funções.

Através de tal sistema, os gestores de saúde municipais podem traçar estratégias de expansão de rede priorizando locais com maior demanda, controlar a produtividade dos equipamentos, monitorar o estoque de medicamentos, entre outros. Por sua vez, os profissionais das unidades de saúde têm acesso ao histórico de atendimento do usuário em outros equipamentos, quantidade de atendimentos, principais queixas passadas, alguns prontuários, exames, e muitas outras funções que auxiliam diretamente o atendimento e tomada de decisão. Somente como referência, até hoje São Paulo não conseguiu integrar em tempo real os sistemas de atendimento utilizados pelos equipamentos da saúde. Um novo projeto de integração está sendo conduzido e deve ser finalizando ainda em 2007. Até lá, alguns equipamentos municipais, incluindo Jardim Cidade Pirituba continuarão a utilizar o sistema de atendimento do PAS para cadastrar seus usuários.

Além do Hygia, Ribeirão Preto destaca-se pela utilização de uma central de agendamento de consultas com especialistas, exames laboratoriais e internações hospitalares. O Complexo Regulador centraliza o registro de todas as ofertas de atendimento especializado do município e serve como plataforma de atendimento aos postos e centros de saúde que necessitam encaminhar pacientes para atendimentos em outros níveis de assistência.

Sob o ponto de vista da operação de serviço do PSF, tanto Hygia quanto o Complexo Regulador são elementos do sistema técnico que influenciam positivamente na implantação do PSF no município. Tais sistemas garantem tanto um importante fluxo de informações entre os equipamentos de saúde e outros níveis da administração municipal, quanto entre os próprios equipamentos, o que resulta na integração dos mesmos, tendo em vista o melhor atendimento ao usuário.

Além disso, o Hygia possibilita um monitoramento constante das necessidades de saúde de cada usuário, que está totalmente alinhado com o conceito de integralidade existente no PSF. Por sua vez, o Complexo Regulador permite maior agilidade no encaminhamento de usuários para atendimento especializado, fortalecendo a posição do PSF como “porta de entrada” do sistema de saúde pública e melhorando a solução dos casos.

Além de uma estrutura organizacional estável e contínua, que propicia o desenvolvimento de projetos importantes, o sistema de saúde de Ribeirão Preto é caracterizado pela participação ativa de sociedade na condução dos serviços de saúde, seja

através de representantes em conselhos locais, ou através das parcerias com a Faculdade de Medicina e FAEPA.

O Conselho de Saúde de Ribeirão Preto tem voz ativa. Formado por 50% de usuários, 25% de profissionais e 25% por representantes do governo, esse fórum discute estratégias e aprova ou desaprova ações na área da saúde do município. Supervisionam diretamente os trabalhos do Secretário Municipal de Saúde e analisam a prestação de contas das SMS. Conseguem desta maneira fiscalizar e garantir o funcionamento adequado dos postos de saúde do município.

Por sua vez, a parceria estabelecida com a Faculdade de Medicina também foi fundamental para a implantação do PSF na cidade, uma vez que a proposta partiu do Departamento de Medicina Preventiva da FMRP e até hoje as únicas unidades do tipo “PSF pura” estão ligadas diretamente à escola.

A dupla missão dos Núcleos de Saúde da Família – ensino e assistência – prejudica de certa maneira a comparabilidade entre eles e Jardim Cidade Pirituba. Os NSF estão inseridos em um contexto diferenciado, sendo muito favorecidos pela presença constante de docentes, pesquisadores, alunos e outros profissionais voltados para as atividades de ensino, pesquisa e extensão, além de contarem com recursos financeiros oriundos da FMRP que se transformam em um equipamento de saúde melhor estruturado do que JCP.

Contudo, algumas práticas observadas nos NSF, especialmente aquelas relativas ao treinamento e atendimento aos usuários destacaram-se pela grande contribuição que dão à implantação do PSF no município. Os NSF destacaram-se pela quantidade de horas dedicadas ao treinamento de todos os profissionais do PSF. A presença dos médicos consultores, especialistas em diferentes áreas da medicina que visitam regularmente as unidades para discussão de casos específicos e atendimento conjunto com médicos generalistas, cria uma ambiente de aprendizado contínuo que favorece a troca de experiências entre as unidades e uniformiza o conhecimento entre todos os membros de uma equipe e entre diferentes equipes espalhadas pelo município.

Como consequência, esta prática contribui de maneira significativa para o aumento da resolutibilidade local e para uniformização do atendimento entre todas as unidades, que passam a contar com profissionais igualmente preparados e doutrinados a atender de maneira semelhante, em linha com o desejado pelos gestores da organização. Por outro lado, os Médicos Consultores também criam um vínculo direto e permanente entre as unidades e os

gestores de saúde, servindo como plataforma para reportar problemas e práticas que sejam inviáveis dentro da realidade dos núcleos. Funcionam então como uma rodovia de mão-dupla: por um lado treinam, doutrinam e alinham práticas; por outro fazem o vínculo entre projetistas e operadores do sistema de saúde local.

A tabela a seguir destaca estes e outros pontos relevantes que impactam na implantação do PSF em Ribeirão Preto.

Atributo Crítico	Ocorrência	Influência na Implantação do PSF
Os NSF proporcionam um ambiente de aprendizado constante e troca de experiências de atendimento.	Nos NSF ocorrem reuniões regulares entre os profissionais PSF e médicos docentes especialistas, para a discussão conjunta de casos especiais.	Positiva uma vez que melhora a resolubilidade local e equaliza práticas de atendimento entre diferentes equipes.
Os NSF têm autonomia para modificar planos de trabalho para incorporar demandas específicas de sua região.	Núcleos com mais idosos intensificam visitas domiciliares, núcleos com mais gestantes e adolescentes favorecem o acontecimento de grupos de discussão.	Fortalece o conceito de serviço do PSF uma vez que permite a adequação das práticas às necessidades locais, mas sem perde de vínculo conceitual com o PSF.
Ribeirão Preto possui um sistema de referência / contra-referência centralizado que consegue agendar rapidamente exames e consultas de especialidade.	Usuários que necessitam de exames ou consultas com especialistas recebem em alguns dias informação sobre a data do atendimento. Quando o caso é urgente, o NSF quase sempre consegue um encaixe imediato.	Fortalece o conceito de serviço do PSF uma vez que abre porta para atendimento secundário e terciário, que completa o trabalho das equipes.
O tempo consumido com planejamento de atividades, especialmente de ensino e pesquisa é grande.	Os médicos necessitam fazer horas extras para conciliar planejamento com atendimentos à população.	Influencia negativamente, uma vez que o médico necessita dividir atenções entre duas frentes de atividade distintas.
O SIAB consome muitas horas da ESF no seu preenchimento e tem baixa utilidade prática na UBS	Faz parte da rotina dos ACS preencher a maior parte dos formulários presentes no SIAB	O SIAB não fornece subsídios para um melhor planejamento de atividade e faz com que os ACS tenham menos tempo para dedicar-se à ações de promoção e prevenção à saúde.
Hygia é um sistema de informação que consolida as informações de atendimento e ocorrências da saúde de todos os pacientes cadastrados no município.	Quando um usuário recebe qualquer tipo de atendimento na rede municipal de saúde, é registrado em seu cadastro Hygia o local, tipo de atendimento e remédios retirados na farmácia.	É muito positiva, uma vez que “salva” todo o registro de atendimento dos usuários, sendo importante para o acompanhamento integral de sua saúde, sendo uma importante meio de suporte do PSF.

Atributo Crítico	Ocorrência	Influência na Implantação do PSF
Os controles internos são importantes ferramentas de trabalho e facilitam a organização de atividades e gestão do NSF	Prontuário da família recebe informações coletadas durante as visitas dos ACS; painéis de gestão à vista comunicam metas e andamento das atividades a todos do NSF.	Positiva uma vez que estas ferramentas estão alinhadas com o conceito de serviço do PSF e facilitam a atenção integral à saúde das famílias.

Tabela 4.3: Atributos críticos, ocorrência e influência - NSF (elaborado pelo autor)

As práticas observadas nos Núcleos de Saúde da Família, principalmente aquelas relacionadas ao controle do trabalho e dos processos de atendimento, contrapõe as encontradas em Jardim Cidade Pirituba, descritas anteriormente.

O trabalho dos Médicos Consultores não restringe a autonomia dos profissionais dos NSF. Eles têm autonomia para alterar planos de trabalho de acordo com as especificidades de cada região. Por exemplo, NSF com maior concentração de idosos intensificam a frequência de visitas domiciliares, enquanto outro NSF, com maior número de usuários jovens favorece grupos de prevenção. Porém, como os Médicos Consultores transferem sempre as melhores práticas entre as unidades, acabam se transformando em agentes reguladores e de controle, uma vez que dado o surgimento de uma prática em desacordo com a proposta do PSF podem intervir, sugerindo alterações.

Outras formas de controle também puderam ser observadas em Ribeirão Preto. Em especial, pode-se observar que cada Núcleo de Saúde da Família contava com um painel de indicadores nos quais se registravam o agendamento das visitas domiciliares, quantidade de gestantes por região, idosos atendidos em domicílio, entre outros. Além disso, os prontuário da família largamente utilizados nos NSF são importantes no acompanhamento global dos atendimentos e visitas e servem como instrumento para médicos identificarem ameaças à saúde de seus usuários.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os estudos de caso realizados em Ribeirão Preto e São Paulo evidenciaram que alguns elementos do sistema de operações de serviço influenciam a implantação de um novo serviço profissional, especialmente no caso de um redesenho de serviço, como o Programa Saúde da Família.

Jardim Cidade Pirituba revelou dois aspectos: a autonomia presente em serviços profissionais, associada a um baixo controle organizacional é uma fonte de variabilidades na nova operação de serviço. Tais variabilidades, em muitos casos extrapolam as fronteiras da autonomia técnica-decisória, indiscutivelmente importante para serviços que dependem de conhecimento, como serviços de saúde, e acabam modificando o próprio conceito de serviço da organização. Por outro lado, JCP fortaleceu a teoria de que em serviços profissionais, os elementos técnicos atuam como coadjuvante no processo produtivo.

Contrapondo-se a São Paulo, os Núcleos de Saúde da Família ressaltaram que o controle do serviço pode ser feitos de maneira indireta, não por processos clássicos de acompanhamento como indicadores de produtividade, horas dedicadas a cada tarefa, número de reclamações. Os NSF utilizam o treinamento constante como forma de doutrinação e criação de processos de trabalho uniformes e mais eficientes.

Mas estas são apenas algumas observações iniciais. Tendo como ponto de partida os atributos críticos apresentados e discutidos no capítulo 2.9, faremos uma análise conjunta das realidades encontradas em São Paulo e Ribeirão Preto, objetivando evidenciar quais atributos críticos foram encontrados em cada caso, e de que forma eles influenciam o redesenho da Atenção Básica nestas cidades.

Através destas análises, poderemos construir um panorama que terá dois objetivos: levantar quais são as implicações práticas destas conclusões e como elas são tratadas pelo modelo de desenvolvimento de novos serviços de Edvardsson *et al* (2000).

É importante sempre ter em mente que as conclusões desta dissertação são baseadas em uma análise teórica, associada à experiências coletadas dois estudos de caso específicos. Por mais que o autor deseje generalizar suas conclusões para contribuir com o maior número possível de serviços, cientificamente isto não é possível. Elas estão sujeitas ao contexto dos estudos de caso. Cabe ao leitor avaliar a pertinência de nossas conclusões frente a seus próprios contextos e desafios, contribuindo para a expansão desta frente de pesquisa.

5.1. Visão Geral dos Resultados

Atributo 1: O cliente-usuário tem dificuldade para avaliar previamente os benefícios do redesenho de uma operação de serviços, em comparação ao serviço original.

Em Jardim Cidade Pirituba foi relatado que por diversas vezes usuários solicitavam para serem atendidos pelos “antigos” médicos especialistas que trabalharam no posto sob o modelo tradicional e estavam lá atualmente como médicos generalistas. Como regra, JCP atendia a solicitação dos usuários, mesmo que isso abrisse um precedente quanto a preferência do usuário de não utilizar o PSF. Da mesma maneira, ouvimos diversos relatos de ACs que não podiam visitar alguns usuários em suas residências por que os mesmos não queriam ser importunados ou achavam a visita sem propósito, mesmo quando eles utilizavam regularmente a UBS.

Em Ribeirão Preto, esses comportamentos não foram observados. Foi muito ressaltado por parte dos entrevistados que as pessoas que seriam atendidas pelo PSF foram extensamente comunicadas sobre as mudanças que ocorreriam, quais eram os benefícios que os usuários teriam se aderissem e quais seriam as modificações na relação deles com os NSF. Os entrevistados disseram que no início havia algumas pessoas reticentes com o novo serviço, mas com o passar do tempo sentiram-se mais seguras e aderiram integralmente ao PSF.

Em princípio, estas duas observações de pesquisa poderiam ser interpretadas como conflituosas, uma vez que apresentam dois comportamentos distintos dos usuários, frente a um mesmo contexto de mudança na prestação de um serviço. Na verdade, estas duas situações devem ser interpretadas como diferentes respostas do usuário ao sistema de operações, originadas a partir de um mesmo racional que rege a relação de ambos.

O Programa Saúde da Família, sendo um serviço tipicamente profissional, não consegue imprimir em seus usuários indicadores de resultado tangíveis. Ele depende das diferentes interpretações dos mesmos para ser conceituado e esta avaliação sempre será subjetiva, sujeita a comparabilidade com outros serviços experimentados pelos usuários. Ou seja, o serviço é sustentado por uma relação de confiança por parte de seus usuários, conforme teorizado por alguns autores (Mintzberg, 1989; Silvestro *et al*, 1992; Johnston e Clark, 2002).

No caso de Jardim Cidade Pirituba que ainda apresenta um sistema de operações deficiente em alguns aspectos (principalmente na questão de acesso a outros níveis de atenção), a confiança de alguns usuários no novo serviço fica evidentemente comprometida estes tentam resgatar o modelo de atendimento tradicional, com o qual eles já estão acostumados e confiantes. Isto não significa de qualquer maneira que estes usuários sejam contrários ao PSF. Significa que a experiência que eles tiveram (e isso depende não somente do conceito de serviço, mas também da relação com profissionais e elementos técnicos) não foi suficientemente adequada para imprimir resultados satisfatórios e levaram-nos a buscar, dentro de seu papel de co-produtor do serviço, a customização do mesmo para o modelo anteriormente oferecido.

Certamente por se tratar de um redesenho de serviço, o PSF parte de um referencial muito consolidado entre os usuários. O caso de Ribeirão Preto exemplifica de certa forma o esforço que a organização necessita dedicar para “convencer” seus usuários que o novo serviço é melhor, transferindo a confiança já estabelecida no modelo tradicional para a inovação.

Atributo 2: O cliente-usuário participa em diferentes níveis e formas como co-produtor do serviço.

Pelas observações realizadas, pudemos concluir que este atributo impacta a operação de serviços de duas maneiras distintas: a primeira está genericamente vinculada às particularidades do serviço profissional em si e depende basicamente do cumprimento do papel do usuário dentro do processo produtivo; a segunda, ligada especificamente à inovação do serviço quando existe uma mudança substancial no papel do usuário dentro do processo, estando vinculada ao conhecimento e preparo do mesmo para atuar sob novas lógicas.

Em qualquer serviço de saúde, o usuário é um importante elemento do processo produtivo: ele necessita traduzir suas necessidades, cumprir as recomendações feitas pelos profissionais como tomar corretamente remédios, fazer dietas específicas, fazer repouso ou atividades físicas, entre outras. Quando o usuário cumpre corretamente seu papel no seu tratamento, aumentam significativamente as chances de êxito do serviço e por consequência aumentam as chances dele avaliar de forma positiva a experiência que teve. Nesta linha, o usuário influencia constantemente o sistema de operações, e esta influência pode ser positiva,

quando o mesmo compreende seu papel e atua adequadamente ou negativa, quando o usuário atua sob suas próprias lógicas, trazendo para a operação variabilidades que precisam ser constantemente contornadas.

O Programa Saúde da Família alterou a forma pela qual o usuário se relaciona com o serviço de saúde. Partindo do modelo tradicional, de enfoque curativo por meio de consultas pontuais e individuais, o PSF passa a demandar uma postura mais passiva do usuário, uma vez que o mesmo recebe em sua residência periodicamente a visita de um Agente Comunitário que identifica problemas, agenda consultas, entrega medicamentos, ensina práticas de promoção e prevenção; por outro lado, ele necessita de envolvimento ativo dos usuários nos grupos de prevenção, caminhadas, oficinas de artesanato, grupos de terapia comunitária entre muitas outras atividades de promoção e prevenção que passam a ser oferecidas pelo sistema de saúde (Silva *et al*, 2006).

No caso do redesenho do serviço, que altera a participação do usuário no processo produtivo, quando o mesmo não tiver conhecimento suficiente de seu novo papel no novo serviço ele poderá atuar sob as lógicas do serviço original. Isto representará desvios na nova operação, que necessitará desenvolver mecanismos para (i) treinar melhor seus usuários para atuar sob a lógica adequada ou (ii) criar procedimentos alternativos que minimizem os impactos de uma má atuação do mesmo dentro de seu papel. Caso isso não seja realizado, o redesenho poderá ser negativamente influenciado uma vez que as referências do serviço original poderão fomentar a coexistência dos dois conceitos de serviços, como no caso de Jardim Cidade.

Atributo 3a: O trabalhador pode modificar aspectos do sistemas de operações e realizar a entrega do serviço ao cliente, sem que a organização consiga identificar previamente.

Esse talvez seja o ponto de maior relevância entre as questões que os estudos de caso permitiram analisar. Como ressaltado por diversos autores, a principal característica do serviço profissional é que sua execução depende essencialmente de conhecimentos técnicos e habilidades diferenciadas, encontrada somente em profissionais qualificados, que se tornam referências capazes de prover julgamentos técnicos para solucionar da melhor maneira os problemas dos clientes-usuários (Mintzberg, 1989; Silvestro *et al*, 1992). Frente a estas

características pode-se afirmar que serviços profissionais são marcados pela grande autonomia de seus profissionais dentro do sistema de operações.

Partindo desse contexto, pudemos presenciar em Jardim Cidade uma situação duplamente relevante: (i) a autonomia técnica dos profissionais era fundamental para a UBS contornar suas dificuldades originadas por falhas em seus elementos técnicos e cumprir sua missão institucional; e (ii) essa mesma autonomia permitia que os profissionais imprimissem suas percepções e até mesmo vontades pessoais no serviço, fato que causava alterações relevantes no serviço prestado, frente aos preceitos originais do PSF.

Serviços em massa e loja de serviços dependem fundamentalmente de elementos técnicos para sua realização. Imagine realizar uma ligação internacional sem centrais telefônicas ligadas via satélite; ou acender uma lâmpada sem ter ligação com uma rede de distribuição de energia elétrica, ou mesmo pedir batatas-fritas em um restaurante do McDonald's que não possua a famosa máquina de fritar batatinhas. Para estes tipos de serviço, os recursos técnicos são mandatários frente ao trabalho das pessoas. Mais do que ferramentas, eles moldam o processo produtivo e o trabalho passa a ser coadjuvante no sistema de operações, fazendo pontes entre as diferentes etapas e recursos ou fazendo a ligação do cliente com a organização.

Em serviços profissionais, estas relações alteram-se profundamente. O trabalho passa a ser peça-chave no processo e os recursos tornam-se secundários, servindo como balizador do trabalho, auxiliando na identificação das necessidades dos usuários ou facilitando os trabalhos burocráticos. Isto não significa que neste caso os elementos técnicos sejam dispensáveis. Eles continuam sendo a maneira pela qual a organização pode favorecer a prestação de serviço e imprimir na experiência do usuário elementos que reforcem suas características como organização e, principalmente, deixe transparecer seu conceito de serviço. Porém, os elementos técnicos deixam de ser mandatários no sistema de operações e o profissional assume uma posição de maior poder na condução dos processos que comporão o serviço entregue ao usuário.

Um dos componentes do sistema técnico são as regras e os procedimentos que suportam o conceito de serviço. Em Jardim Cidade Pirituba, o documento norteador cumpre o papel de estabelecer diretrizes claras sob como devem trabalhar médicos, enfermeiros, auxiliares e Acs, cada um dentro de sua função. O documento estabelece, por exemplo, quantas horas cada profissional deve dedicar-se a atividades externas como atendimentos e

visitas domiciliares ou internas, em consultas ou coletas de material para exame. Por outro lado, durante a fase de entrevistas todas as equipes citaram pelo menos um ponto de suas práticas de atendimento que divergiam do estabelecido no manual.

Por exemplo, uma equipe disse que não conseguia cumprir a quantidade de consultas diárias e fazia alguns atendimentos coletivos como entrega de resultados de exame; outra equipe disse que o auxiliar de enfermagem não realizava atendimentos domiciliares por que necessitava ficar no posto coletando material para exame para todas as três equipes; o médico da outra equipe disse que não realizava consultas domiciliares para idosos e acamados por que preferia priorizar o atendimento clínico na UBS. Ao ser entrevistado, o gerente de JCP deixou claro que a unidade tinha autonomia decisória para adequar os processos de atendimento às necessidades locais e que ele próprio permitia que as equipes PSF também tivessem tal liberdade, dentro de suas áreas de atuação.

Em partes, tais modificações nos processos eram feitas essencialmente para contornar falhas nos elementos técnicos que servem a organização: a questão da deficiência de equipes, a questão dos ambientes de trabalho, a questão de sistemas de informação, etc. Sob estes aspectos, a autonomia decisória influencia positivamente a implantação do PSF, uma vez que permite que o mesmo seja oferecido mesmo em condições adversas.

Por outro lado, quando autonomia deixa de ser utilizada estritamente como forma de adequação do conceito de serviço à realidade operacional, a organização pode sofrer algumas ameaças. Quando um profissional passa a desconsiderar as normas organizacionais e passa a atender seus usuários dentro de um ideal próprio, ele pode estar deixando de entregar os serviços nos moldes desejados pela organização, criando um conceito de serviço particular. Especialmente em Jardim Cidade, o fato de um médico não fazer consultas externas cria uma situação nesta linha: os usuários daquela região que necessitam recebem cuidados domiciliares não o têm, mesmo estando sendo servidos por um conceito de serviço que suporta estas necessidades. A autonomia deixa de ser um fator essencialmente positivo e passa a também contar com um viés negativo, uma vez que um profissional pode incluir desvios na operação de serviços que afasta do conceito originalmente proposto. Neste caso, a questão do controle organizacional passa a ser determinante para a identificação destas situações.

Novamente partindo de um paralelo com serviços em massa e loja de serviços, nos casos apresentados o controle do processo faz parte da própria especificação do serviço: para

telecomunicações temos a quantidade de vezes que uma ligação “cai”, nível de ruído nas ligações, tempo necessário para conseguir linha; no caso de distribuição de energia tem-se a tensão máxima e mínima da rede, a frequência, a amperagem, a quantidade de minutos mensais sem fornecimento, etc; no caso do restaurante, temos a temperatura que tais batatinhas foram fritadas, o tempo que elas ficam expostas antes de serem servidas, a quantidade de sal, o peso do produto por tipo de embalagem, entre muitos outros. Nestes casos, o controle da organização sobre o serviço oferecido por ser realizado durante praticamente todo o processo produtivo.

No caso de serviços de dependam de julgamento técnico, a organização está sujeita às interpretações do próprio profissional. Ela não tem como definir rigorosamente que uma consulta com médico deve demorar 15 minutos ou 35 minutos. Certamente existirão casos nos quais determinado médico conseguirá finalizar um atendimento em quinze minutos enquanto em outra situação ele talvez consuma 35 minutos ou até mais. Além disso, tal situação pode variar consideravelmente entre os próprios profissionais. Desta forma, o controle de um serviço profissional necessita de abordagens que transcendem a visão clássica de controle por processos: no caso de serviços profissionais, o que importa é o controle de resultados.

Nesta linha, o estudo de caso realizado em Ribeirão Preto apresentou uma contribuição muito significativa. Diferentemente de Jardim Cidade Pirituba que controla suas atividades pelo método clássico de controle de processos, nos Núcleos de Saúde da Família a produção de serviços é controlado de maneira indireta através do papel dos Médicos Consultores.

Sendo médicos altamente qualificados e treinados pela organização, os Médicos Consultores têm um papel muito maior do que serem disseminadores de conhecimentos e boas práticas médicas. Através destas atividades, eles conseguem transferir conhecimentos que se tornam referência organizacional que (i) uniformiza os diferentes padrões de atendimento que possam existir nos diferentes núcleos, (ii) doutrina os profissionais do PSF a respeito da organização que se inserem, cultivando as noções de resultado, valores e missão e (iii) funcionam constantemente como identificadores e disseminadores de boas práticas (florescidas com a autonomia) e minimizam a existência de práticas divergentes, que são rapidamente substituídas por outras mais adequadas.

Desta forma, em Ribeirão Preto não existe a preocupação de quantos minutos cada médico levou para fazer cada consulta. Esta variável não é relevante dentro do conceito de

controle existente nos núcleos. A preocupação maior é transmitir aos profissionais quais resultados a organização deseja entregar à seus usuários e de que forma esses resultados podem ser conseguidos.

Atributo 3b: Competências dos funcionários são importantes na definição de suas atribuições, na sua inserção organizacional e na percepção de seu trabalho.

Atributo 4b: Desempenho pessoal de cada trabalhador varia significativamente.

Estes dois atributos serão analisados conjuntamente, uma vez que têm a mesma origem. A questão do treinamento é chave em qualquer serviço profissional. Os conhecimentos e habilidades dos profissionais estabelecem a relação deles com a organização. Em consultorias, por exemplo, profissionais mais experientes tendem a dedicar a maior parte do seu tempo pensando em novos serviços, enquanto aqueles mais jovens dedicam-se a projetos específicos.

O Programa Saúde da Família altera profundamente a relação dos profissionais da saúde com seu trabalho. O modelo tradicional de enfoque curativo era voltado para a busca por problemas de saúde específicos e o médico concentrava-se na solução do problema. Dava maior valor aqueles profissionais que tinham mais experiência na identificação e solução das questões restritas à sua área específica de atuação, como ginecologia, pediatria e clínica-geral. “De uma atuação limitada à aplicação dos conhecimentos de sua especialidade, passou para uma atuação envolvida com o atendimento integral do paciente e de sua família, inclusive assumindo o encaminhamento às especialidades da rede referenciada e o retorno destes encaminhamentos. A prática médica [...] passa a ser de atuação em equipe, com responsabilidade não só de capacitação de outros profissionais (como os ACs), mas também de elaboração conjunta de levantamentos epidemiológicos e de protocolos de organização da UBS” (Mascia *et al*, 2006).

Em São Paulo, a implantação do PSF até foi acompanhada de programas específicos de atualização profissional. Os médicos contratados originalmente pela prefeitura que já trabalhavam nas unidades como especialistas tiveram a oportunidade de fazer alguns cursos

que transmitiam conceitos básicos de saúde da família. Contudo, segundo estudo realizado por pesquisadores de ergonomia, os médicos de JCP consideraram o treinamento muito teórico, sem ligação direta com a realidade que encontravam na UBS e focado no atendimento individual em consulta, e não para as situações de trabalho em grupo (Lancman *et al*, 2006; Mascia *et al*, 2006). Com isso, o treinamento não preparou esses profissionais para o novo serviço e sua nova participação no sistema de operações.

Lancman *et al* (2006) retrata o ponto de vista dos profissionais de Jardim Cidade Pirituba e outras UBS, a partir da abordagem da psicodinâmica do trabalho:

“Como priorizar ações na comunidade, em detrimento do atendimento curativo na unidade de saúde, quando a demanda da população é por atenção médica? Como, com a formação que possuem – resultante de um conhecimento especializado e de técnicas produzidas por esse tipo de enfoque – podem desenvolver o trabalho de promoção e atenção em saúde, quando as carências sociais são tão grandes que comprometem estas ações técnicas” (Lancman *et al*, 2006).

A análise de gestão de operações é em linha com a de psicodinâmica do trabalho. A observação do PSF em Jardim Cidade Pirituba revelou momentos no qual existe uma combinação de dois fatores: (i) a falta de preparo dos profissionais (especialmente o médico) em lidar com as ações preventivas e de enfoque sócio-cultural com (ii) a pressão da população para receber atendimento médico tradicional, principalmente por meio de consultas individuais¹.

Sob esse contexto, era visível que o médico, agora contratado para trabalhar sob o rótulo de Médico da Família, perdia-se nesta zona de conflito e passava a trabalhar segundo as lógicas do modelo tradicional, que é aquele que ele estava mais acostumado e sentia-se mais preparado para trabalhar. Do ponto de vista do redesenho de serviço, tal situação compromete significativamente a aderência do PSF como modelo de trabalho dominante, prejudicando inclusive seu conceito de serviço frente aos profissionais, que passam a questionar sua validade frente as demandas populacionais. Em casos extremos, a organização pode correr o risco de comprometer permanentemente seu novo conceito de serviço, dado o nível de falta de confiança que seus profissionais e seus usuários podem creditar nele.

¹ Igualmente à situação relatada no atributo 1.

Atributo 4a: Diferentes clientes têm diferentes expectativas em relação ao novo serviço.

Atributo 5: Operações de serviço estão sujeitas à significativas flutuações na demanda.

Estes dois atributos não puderam ser analisados através do método de pesquisa utilizados por esta dissertação. O primeiro implicaria em uma extensiva pesquisa com os usuários do PSF questionando suas preferências em relação ao serviço anterior e seus conhecimentos sobre a modificação de seu papel no novo serviço. O grande objetivo deste ponto seria de verificar como os usuários sentem-se ao terem seu papel profundamente modificado em um novo serviço e qual é a reação deles frente a esse novo contexto. Através disto, poder-se-ia verificar se as diferentes expectativas dos usuários transformam-se em variabilidades na nova operação, e de que modo estas variabilidades impactam no novo sistema de operações.

Por sua vez, a verificação do atributo cinco necessitaria de coleta de informações a respeito do perfil da demanda por atendimentos e filas nas UBS pesquisadas. Este atributo parte do pressuposto que a implantação do redesenho do serviço é acompanhada de uma perda temporária de produtividade, tanto por parte dos profissionais, que ainda estão se adequando as novas funções, quando da organização, que ainda necessita ajustar seus sistemas frente ao novo contexto operacional. Essa análise poderia indicar o impacto do incremento de filas na percepção do cliente sobre o novo serviço.

5.2. Implicações Práticas

Esta dissertação, com suas análises teóricas e práticas, pode transmitir algumas lições para os gestores de serviços profissionais. Nos serviços com características próximas ao do Programa Saúde da Família, observado na prática em Jardim Cidade Pirituba e nos NSF's de Ribeirão Preto, o projeto de um novo serviço necessita transcender a abordagem tradicional de desenvolvimento linear, que parte da identificação de um conjunto de “desejos” de um grupo de clientes-usuários e é finalizada com a determinação de um emaranhado de especificações técnicas, que são vistas com a tradução do conceito de serviço.

Conforme previsto pelas teorias e evidenciado nos estudos de caso, serviços profissionais possuem especificações técnicas tênues. Os profissionais sempre terão a

“palavra final” na operação de serviços, por mais que a organização tente estabelecer manuais de conduta, regras de trabalho e processos definidos. E esta fundamental diferença precisa ser considerada durante todo o projeto de desenvolvimento de um novo serviço.

A experiência observada por este trabalho mostrou que o projeto de inovação de serviço profissional deve ser concentrado em quatro frentes principais: (i) definição do conceito de serviço alinhado à estratégia e cultura organizacional; (ii) projeto dos elementos técnicos visando suporte operacional ao conceito de serviço e integração com outros elementos do sistema, especialmente usuários e profissionais; (iii) seleção, treinamento e doutrinação de profissionais, e (iv) definição de mecanismos de controle operacional por resultados.

Especialmente em serviços profissionais, o alinhamento cultural e estratégico é o ponto de partida para a organização desenvolver um novo serviço bem sucedido, conforme defendido por Edvardsson *et al* (2000). A cultura e os valores de uma organização de serviços profissionais são os elementos que unem diferentes pessoas e pontos de vista em torno de um objetivo comum. É a partir destes elementos que a organização consegue desenvolver mecanismos que embasem o trabalho cotidiano de seus profissionais para que eles transmitam uma mensagem única e clara sobre a missão, os valores e o conceito de serviço da organização para a sociedade em geral, especialmente para seus clientes-usuários.

O desenho de processos é secundário, uma vez que os profissionais são altamente capacitados e tem autonomia decisória sobre o mesmo. A unidade organizacional é fundamentalmente mantida pelo compartilhamento de crenças que permeiam todas as ações do processo produtivo. Daí vem a importância da organização ter claramente estabelecida qual é sua missão, cultura e valores, principalmente durante a expansão de suas atividades, geralmente atrelada ao desenvolvimento de um novo serviço.

Especificamente no caso de projeto de serviços profissionais, a questão dos elementos técnicos também é chave. Como argumentado anteriormente, em serviços massificados ou loja de serviços, quando não existe alinhamento entre conceito de serviço, trabalho e técnicas, os processos de produção simplesmente não acontecem e fica evidente para todos os envolvidos que existe um problema que precisa ser solucionado.

No caso de serviços profissionais, isso não fica tão claro. Mesmo com deficiências em partes dos recursos, os trabalhadores têm meios para desenvolver alternativas que contornam essas situações, e continuam prestando o serviço. Contudo, as alternativas nem sempre serão

as melhores para organização, que pode correr um sério risco de ter seu serviço significativamente modificado, dependendo dos julgamentos pessoais dos trabalhadores.

Além disso, em serviços profissionais os elementos técnicos possivelmente são os únicos meios que a organização tem de imprimir suas identidade própria, seus valores e sua missão na suas ofertas, independente das competências de seus profissionais (que podem ir para a concorrência a qualquer momento, no caso do setor privado, ou abrir seu próprio consultório, no caso do PSF).

Mais do que projetar bons sistemas técnicos, serviços profissionais necessitam de sistemas que balizem o trabalho dos profissionais e facilitem a relação do usuário com o processo produtivo, seja no traduzir de suas necessidades, na sua participação como co-produtor do serviço ou aumento da tangibilidade da experiência. Projetar a integração entre as três figuras do sistema de operações – usuários, trabalhadores e técnicas – é certamente o principal desafio de um projetista de novos serviços profissionais, maior até do que o desenho dos três elementos em separado. E sobre este ponto de vista, o modelo DNS de Edvardsson *et al* (2000) apresenta uma lacuna.

O terceiro ponto, refere-se a questão do trabalho e seus aspectos. Serviço profissional é o “serviço do conhecimento” e como tal depende altamente da qualificação e engajamento de seus profissionais. Nesta linha, o projeto de serviço precisa considerar de maneira diferenciada a questão do trabalho. Não basta considerar o trabalhador como um elo entre duas etapas distintas do processo produtivo ou como uma pessoa que deve seguir a risca um *script* desenhado. O projeto do novo serviço deve dedicar esforço e tempo na definição de perfis, discussão sobre formas pontuais e contínuas de desenvolvimento de competências (técnicas, habilidades e atitudes) e definição do trabalho não somente como mais um elemento do sistema de operações, mas também sob a ótica dos profissionais, que devem ser envolvidos diretamente no processo. Outras áreas de conhecimento como ergonomia e psicodinâmica do trabalho podem contribuir de maneira decisiva nesta etapa do projeto.

Por fim, a questão do controle deve ser cuidadosamente pensada durante o projeto de novos serviços profissionais. Controles por processos, conceitualmente semelhantes aos utilizados em serviços em massa, podem ser interessantes para fornecer uma visão geral do serviço para a organização. Por exemplo, se você tem um grupo de dez médicos que atendem em média 20 pacientes por dia e tem outro médico que só faz 5 atendimentos no mesmo período, certamente existe algum aspecto neste último, que deva ser investigado. Não

significa necessariamente que ele é pior do que os demais, mas tal indicador mostra rapidamente para a organização a existência de uma diferença de abordagem entre os grupos e possivelmente ambos devem possuir qualidades que podem ser potencializadas ou deficiências que precisem ser suprimidas. Tais indicadores podem ser mais ligados à produtividade geral, como o exemplificado acima, mas também pode estar relacionados à qualidade ou resultado do serviço, quando possível.

Contudo, em serviços profissionais dificilmente o controle exclusivo por processos será suficiente para a organização monitorar por completo seus serviços. A experiência dos Núcleos de Saúde da Família fortalece a idéia de que serviços profissionais demandam controles indiretos, muitas vezes até informais, que permeiem permanentemente os processos de trabalho. O caso estudado revelou, por exemplo, que profissionais mais experientes, com acesso livre a diferentes níveis organizacionais, tanto horizontais quanto verticais, responsáveis a princípio no treinamento técnico, podem constituir bons mecanismos de controle organizacional.

Grupos foco com profissionais também podem formar um bom mecanismo de acompanhamento e controle, especialmente se for concedido dentro dos conceitos de psicodinâmica do trabalho que visam interpretar o trabalhar sob a ótica do profissional. De qualquer maneira, o projeto do serviço precisa incorporar tais mecanismos e prever formas de ajustes nos processos frente a desvios e dificuldades.

5.3. Implicações Teóricas

Dos quatro pontos discutidos no tópico anterior, apenas um não é adequadamente tratado no modelo DNS de Edvardsson *et al* (2000): a questão do projeto integrado do sistema de operações de serviços, a partir das óticas dos três elementos – clientes-usuários, profissionais e organização – e não somente do terceiro elemento em si, subordinando os demais.

Os outros três pontos estão compreendidos de maneira geral pelo modelo. Necessitam apenas de pequenos ajustes de interpretação, no sentido de agregar as particularidades de serviços profissionais, conforme pontos de vista discutidos anteriormente.

O modelo de Edvardsson *et al* (2000) parte do pressuposto que o serviço é concebido por uma combinação de elementos, como elos de uma corrente. Ressalta a necessidade de segregar a produção do serviço em etapas menores, que devem ser testadas independentemente.

“O processo do serviço é uma corrente ou correntes de atividades que realizam o serviço. Clientes, parceiros [profissionais] e a organização de serviços em si conduzem estas atividades. Enquanto desenvolve-se o processo de serviço, as atividades que irão gerar o serviço são especificadas. É importante determinar qual será a extensão do contato do cliente com os profissionais, com outros clientes e com os recursos físicos e técnicos. A especificação das atividades é feita baseando-se nos recursos disponíveis e no conceito de serviço. Muitos pesquisadores enfatizam a necessidade de quebrar o serviço em etapas menores. Isto é visto como uma maneira para equipes internas e externas testarem o novo serviço” (Edvardsson et al, 2000).

Serviços profissionais necessitam de uma abordagem diferenciada. Ao invés de serem resultado da combinação de elementos especificáveis, serviços profissionais são concebidos através da interação destes elementos. Momentos da verdade originados a partir da interação de um mesmo cliente com diferentes profissionais possivelmente resultarão em duas produções de serviço distintas, e consequentemente experiências também distintas, tanto por parte do usuário, quanto pelo lado dos profissionais.

Então, mais do que projetar a e especificar a participação de usuários e profissionais no processo, tendo como ponto de partida a definição do arcabouço técnico (ou como os autores claramente colocam “recursos disponíveis”), o projetista de serviços profissionais necessita compreender como usuários e funcionários pensam e agem frente a diversidade de acontecimentos. A partir daí, ele terá subsídios para desenhar um novo serviço profissional melhor preparado para lidar com seus diferentes agentes.

E nesta linha, o modelo da lógica do serviço proposto por Kingman-Brundage; George e Bowen (1995) pode oferecer um ponto de vista complementar. Estes autores desenvolveram um modelo que interpreta o sistema de operação de serviços a partir das lógicas dos três elementos que o compõe: usuários, profissionais e técnicas. Cada um destes elementos constitui uma lógica distinta, que conduz suas ações no momento da prestação de serviços (momento da verdade). Além disso, as lógicas interagem entre si em três interfaces específicas: interface do encontro, interface técnica e interface de suporte (Kingman-Brundage, George e Bowen, 1995).

Lógica do cliente-usuário:

Em serviços privados, os clientes buscam valor, levando em consideração não somente os benefícios do serviço adquirido, mas também o custo da aquisição. De maneira similar, em serviços públicos, o usuário confronta suas necessidades com os benefícios de utilizar o serviço e também seus custos, que neste caso são transformados em questões como filas, qualidade do atendimento, localização, restrições diversas, etc. Em ambos os casos, a lógica do cliente-usuário pode ser expressa pelo seguinte questionamento: Como eu consigo aquilo que desejo? Atuando também como co-produto, passa a se questionar: Qual é meu papel e como eu devo proceder?

Para compreender o ponto de vista do cliente, o projetista do serviço pode-se questionar: O que o cliente-usuário está tentando fazer e porquê?

Lógica Técnica:

Os autores consideram esta lógica como o motor da operação de serviços. Impessoal e objetiva ela comporta os princípios que governam a produção de serviços. Quando esta lógica é consistente com o conceito de serviço, ela gera entregas que são valorizadas pelos clientes. Caso contrário, ela ganha “vida própria” e passa a desagradar tanto clientes como

profissionais. Esta lógica pode ser melhor compreendida através do seguinte questionamento: Como os serviços são produzidos e porquê?

Lógica do Empregado:

Reflete as atividades da linha de frente em todos seus aspectos. Consiste na racionalidade que guia o comportamento do profissional. A lógica do empregado inclui a visão que eles têm de seu trabalho (referindo-se a capacidade da organização em transmitir claramente seus papéis), a habilidade deles realizarem suas funções (referindo-se a questão do treinamento) e sua motivação (vinculando a questão de reconhecimento e benefícios). A lógica do empregado por ser melhor compreendida através da seguinte questão: O que o empregado está buscando fazer e porquê?

Interfaces:

- **Interface do encontro:** liga as lógicas do empregado e do cliente através dos elementos valor e atividade. Geralmente, essa interface é traduzida em relações inter-pessoais e é predominante em serviços profissionais;
- **Interface técnica:** liga o cliente com os recursos técnicos da organização, através dos elementos valor e tarefa. Representa a relação direta do usuário com os sistemas e tecnologias da organização e tipicamente são predominantes em serviços de massa;
- **Interface de suporte:** liga as lógicas do empregado e técnica, através dos elementos atividade e tarefa. Os profissionais de linha de frente baseiam-se na interface de suporte para acessar os sistemas e tecnologias da organização, em benefício dos clientes. Equipes de retaguarda acessam os sistemas em benefício dos profissionais de linha de frente.

Figura 5.1: Modelo de desenvolvimento de novo serviço de Edvardsson *et al* (2000), integrado com lógicas de serviço de Kingman-Brundage; George e Bowen (1995) (elaborado pelo autor)

Durante a fase de desenho do novo serviço profissional, o delineamento das três lógicas, assim como a compreensão de suas interfaces, podem auxiliar projetistas de serviços profissionais a melhor interpretar como se dão das interações entre os elementos do sistema de operações de serviço nos momentos da verdade e quais são suas possíveis formas de atuação frente a diferentes estímulos.

Assim, é possível desenvolver um novo serviço profissional que dependa menos de especificações técnicas e esteja pautado pelo melhor conhecimento e previsibilidade no comportamento de seus agentes, o que possivelmente facilitará o processo de implantação e aderência do novo serviço a seus objetivos.

5.4. Limitações e Pesquisas Futuras

Dada as limitações metodológicas e de recursos, essa dissertação não consegue generalizar cientificamente suas conclusões para todos os tipos de serviços profissionais. A primeira sugestão de pesquisa consiste na realização de análises semelhantes em outros serviços como consultorias e empresas de projetos.

Além disso, não pudemos verificar a pertinência dos atributos críticos 4.a e 5 devido ao método de pesquisa escolhido por essa dissertação, que desde seu princípio tem um caráter exploratório no tema, dada sua originalidade. Também fica a sugestão para que pesquisadores realizem pesquisas quantitativas no intuito de provar ou rejeitar as questões relativas a estes atributos.

Por fim, as contribuições ao modelo DNS de Edvardsson *et al* (2000) foram pautadas em uma interpretação puramente teórica do autor, apesar dos questionamentos a respeito de suas propriedades terem sido originados através de experiências práticas observadas em campo. Com isso, estas contribuições poderão ser consideravelmente fortalecidas se for realizado um estudo de caso que foque não somente a fase de pós-implantação de um novo serviço profissional, mas também as etapas de seu desenvolvimento.

LISTA DE REFERÊNCIAS

- ALAM, I. **An exploratory investigation of user involvement in new service development.** Academy of Marketing Science. Journal, v.30, n.3, p.250, Summer 2002. ISSN: 00920703.
- BERRY, L. L. **Services Marketing Is Different.** Business, v.30, n.3, p.24, May 1980-June 1980. ISSN: 0163531X.
- BERRY, L. L.; LAMPO, S. K. **Teaching an old service new tricks: The promise of service redesign.** Journal of Service Research : JSR, v.2, n.3, p.265, Feb. 2000. ISSN: 10946705.
- BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Listening to the Customer -- The Concept of a Service-Quality Information System.** Sloan Management Review, v.38, n.3, p.65, Spring 1997. ISSN: 0019848X.
- BOUSQUAT, A., COHN, A. e ELIAS, P. E. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A. L. A., ELIAS, P. E. e IBANEZ, N., Organizadores. **Proteção Social: Dilemas e desafios.** São Paulo: Editora Hucitec, 2005, p.pp. 244-265.
- BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E. **Implantação do Programa Saúde de Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo.** Caderno De Saúde Pública, v.22, n.9, p.1935-1943, Sept. 2006.
- BOWEN, D. E. **Interdisciplinary Study of Service: Some progress, some prospects.** Journal of Research, v.20, p.71-79, 1990.
- BOWEN, D. E.; LAWLER, E. E. I. **The Empowerment of Service Workers: What, Why, How, and When.** Sloan Management Review, v.33, n.3, p.31, Spring 1992. ISSN: 0019848X.
- BOWEN, J.; FORD, R. C. **Managing Service Organizations: Does Having a "Thing" Make a Difference?** Journal of Management, v.28, n.3, p.447-469, 2002. ISSN: 0149-2063.
- BOWERS, M. R. **An Exploration into New Service Development, Process, Structure and Organization.** 1985. Tese (Ph.D.) - Texas A&M University. United States -- Texas, 1985.
- BRASIL. **Orientação para Organização dos Centros de Saúde.** Brasília: Normas e Manuais do MS, 1982.
- . **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Casa Civil, 1988.
- . **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, 1990a. p. 20p.
- . **Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Brasília: Casa Civil, 1990b. p. 36p.
- . **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** 2 edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- . **Do Sanitarismo a Municipalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CHASE, R. B. **Where Does the Customer Fit in a Service Operation?** Harvard Business Review, v.56, n.6, p.137, Nov. 1978-Dec. 1978. ISSN: 00178012.

- CHASE, R. B.; TANSIK, D. A. **The Customer Contact Model for Organization Design.** Management Science (Pre-1986), v.29, n.9, p.1037, Sept. 1983. ISSN: 00251909.
- COHN, A.; ELIAS, P. **O Público e o Privado na Saúde: O PAS em São Paulo.** 1999.
- COOK, D. P.; GOH, C.-H.; CHUNG, C. H. **Service typologies: A state of the art survey.** Production and Operations Management, v.8, n.3, p.318, Fall 1999. ISSN: 10591478.
- COOPER, R. G. **Third-generation new product processes.** Journal of Product Innovation Management, v.11, p.3-14, 1994.
- COOPER, R. G.; DE BRENTANI, U. **New Industrial Financial Services: What Distinguishes the Winners.** The Journal of Product Innovation Management, v.8, n.2, p.75, June 1991. ISSN: 07376782.
- COWELL, D. W. **New Service Development.** Journal of Marketing Management, v.3, n.3, p.296-312, 1988.
- DE BRENTANI, U. **Success Factors in Developing New Business Services.** European Journal of Marketing, v.25, n.2, p.33, 1991. ISSN: 03090566.
- DE JONG, J. P. J.; VERMEULEN, P. A. M. **Organizing successful new service development: A literature review.** Management Decision, v.41, n.9, p.844, 2003. ISSN: 00251747.
- EASINGWOOD, C. J. **New Product Development for Service Companies.** The Journal of Product Innovation Management, v.3, n.4, p.264, Dec. 1986. ISSN: 07376782.
- EDGETT, S.; PARKINSON, S. **Marketing for Service Industries - A Review.** The Service Industries Journal, v.13, n.3, p.19, July 1993. ISSN: 02642069.
- EDGETT, S.; PARKINSON, S. **The development of new financial services: Identifying determinants of success and failure.** International Journal of Service Industry Management, v.5, n.4, p.24, 1994. ISSN: 09564233.
- EDVARDSSON, B. *et al.* **New Service Development and Innovation in the New Economy.** Lund, Sweden: Studentlitteratur, 2000. ISBN: 91-4401559-3.
- EDVARDSSON, B.; HAGLUND, L.; MATTSSON, J. **Analysis, planning, improvisation and control in the development of new services.** International Journal of Service Industry Management, v.6, n.2, p.24, 1995. ISSN: 09564233.
- EDVARDSSON, B.; OLSSON, J. **Key concepts for new service development.** The Service Industries Journal, v.16, n.2, p.140, Apr. 1996. ISSN: 02642069.
- EISENHARDT, K. **Building Theories from Case Study Research.** Academy of Management. The Academy of Management Review, v.14, n.4, p.532, Oct. 1989.
- ELIAS, P. E. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, A. e ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização.** 1 ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- ELIAS, P. E. **PAS: Um perfil neoliberal de gestão do sistema público de saúde.** Estudos Avançados, v.13, n.35, 1999.

- ELIAS, P. E. *et al.* **Atenção Básica em Saúde: Comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo.** *Ciencia e Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.633-641, Sept. 2006. ISSN: 1413-8123.
- FITZSIMMONS, J. A.; FTIZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação.** 2^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2000. ISBN: 85-7307-532-5.
- FROEHLE, C. M. *et al.* **Antecedents of new service development effectiveness: An exploratory examination of strategic operations choices.** *Journal of Service Research* : JSR, v.3, n.1, p.3, Aug. 2000. ISSN: 10946705.
- FRYAR, C. R. **What's Different About Services Marketing?** *The Journal of Services Marketing*, v.5, n.4, p.53, Fall 1991. ISSN: 08876045.
- GADREY, J. Emprego, Produtividade e Avaliação do Desempenho dos Serviços. In: SALERNO, M. S., Organizador. **Relação de Serviço: produção e avaliação.** 1 ed. São Paulo: Editora SENAC, 2001.
- GADREY, J.; GALLOUJ, F.; WEINSTEIN, O. **New modes of innovation: How services benefit industry.** *International Journal of Service Industry Management*, v.6, n.3, p.4, 1995. ISSN: 09564233.
- GHOBIADIAN, A.; SPELLER, S.; JONES, M. **Service quality - Concepts and models.** *The International Journal of Quality & Reliability Management*, v.11, n.9, p.43, 1994. ISSN: 0265671X.
- GIANESI, I. G. N.; CORREA, H. L. **Administração Estratégica de Serviços.** São Paulo: Editora Atlas, 1994. ISBN: 85-224-1152-2.
- GOLDBAU, M. *et al.* **Utilização de Serviços de Saúde em Áreas Cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo.** *Revista De Saúde Pública*, v.39, n.1, p.90-99, 2005 .
- GOLDSTEIN, S. M.; JOHNSTON, R.; DUFFY, J. **The service concept: The missing link in service design research?** *Journal of Operations Management*, v.20, n.2, p.121, Apr. 2002. ISSN: 02726963.
- GOLDSTEIN, S. M. *et al.* **The service concept: the missing link in service design research?** *Journal of Operations Management*, v.20, n.2, p.121-134, Apr. 2002.
- GRIFFIN, A. **PDMA research on new product development practices: Updating trends and benchmarking best practices.** *The Journal of Product Innovation Management*, v.14, n.6, p.429, Nov. 1997. ISSN: 07376782.
- GRIFFIN, A.; PAGE, A. L. **An interim report on measuring product development success and failure.** *The Journal of Product Innovation Management*, v.10, n.4, p.291, Sept. 1993. ISSN: 07376782.
- GRONROOS, C. **Designing a Long Range Marketing Strategy for Services.** *Long Range Planning*, v.13, n.2, p.36, Apr. 1980. ISSN: 00246301.
- GUMMESSON, E. **Service management: An evaluation and the future.** *International Journal of Service Industry Management*, v.5, n.1, p.77, 1994. ISSN: 09564233.

- HECKERT, C. R. **Qualidade de Serviços nas Organizações do Terceiro Setor.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- HESKETT, J. L. **Managing in the Service Economy.** Boston: Harvard Business Scholl Press, 1986.
- HESKETT, J. L.; SASSER JR., W. E.; HART, C. W. L. **Service Breakthroughs: Changing the rules of the game.** New York: The Free Press, 1990.
- HILL, P. **Tangibles, Intangibles and Services: a new taxonomy for the classification of output.** Canadian Journal of Economics, v.32, n.2, Apr. 1999.
- HILL, T. P. **On Goods and Services.** Review of Income and Wealth, v.23, n.4, p. 315-338, 1977.
- HSIEH, A.-T. *et al.* **Participative Customers as Partial Employees and Service Provider Workload.** International Journal of Service Industry Management, v.15, n.2, p.187, 2004. ISSN: 09564233.
- JOHNE, A.; STOREY, C. **New service development: a review of the literature and annotated bibliography.** European Journal of Marketing, v.32, n.3/4, p.184, 1998. ISSN: 03090566.
- JOHNSTON, R.; CLARK, G. **Administração de Operações de Serviços.** São Paulo: Editora Atlas, 2002. ISBN: 85-224-3210-4.
- KARWAN, K. R.; MARKLAND, R. E. **Integrating service design principles and information technology to improve delivery and productivity in public sector operations: The case of the South Carolina DMV: Operations Management in Not-For-Profit, Government and Public Services: Innovative Applications and Case Studies.** Journal of Operations Management, v.24, n.4, p.347-362, June 2006.
- KELLY, D.; STOREY, C. **New service development: initiation strategies.** International Journal of Service Industry Management, v.11, n.1, p.45, 2000. ISSN: 09564233.
- KINGMAN-BRUNDAGE, J.; GEORGE, W. R.; BOWEN, D. E. **"Service logic": Achieving service system integration.** International Journal of Service Industry Management, v.6, n.4, p.20, 1995. ISSN: 09564233.
- KLEIJNEN, M.; DE RUYTER, K.; ANDREASSEN, T. W. **Image Congruence and the Adoption of Service Innovations.** Journal of Service Research : JSR, v.7, n.4, p.343, May 2005. ISSN: 10946705.
- LANCMAN, S. *et al.* **O Trabalho no Programa Saúde da Família: um estudo em psicodinâmica do trabalho.** In: VIANA, A. L., coordenação-geral. **Cadernos de Atenção Básica: Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006.
- LENGNICK-HALL, C. A. **Customer Contributions to Quality: A different view of the customer-oriented firm.** Academy of Management. The Academy of Management Review, v.21, n.3, p.791, July 1996. ISSN: 03637425.
- LONGEST JR., B. B. **Mananging Health Programs and Projects.** San Francisco: Jossey-Bass, 2004. ISBN: 0-7879-7185.

- LOVELOCK, C. H.; YOUNG, R. F. **Look to Consumers to Increase Productivity.** Harvard Business Review, v.57, n.3, p.168-178, 1979.
- LOVELOCK, C. H. **Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights.** Journal of Marketing, v.47, n.3, p.9, Summer 1983. ISSN: 00222429.
- LOVELOCK, C. H.; GUMMESSON, E. **Whither Services Marketing? In Search of a New Paradigm and Fresh Perspectives.** Journal of Service Research : JSR, v.7, n.1, p.20, Aug. 2004. ISSN: 10946705.
- MARSIGLIA, R. M. G. **Atenção Básica - Estratégia de Saúde da Família.** Projeto Unesco (91BRA1079), 2005.
- MARTIN, C. R. J.; HORNE, D. A. **Services innovation: Successful versus unsuccessful firms.** International Journal of Service Industry Management, v.4, n.1, p.49 , 1993. ISSN: 09564233.
- . **Level of success inputs for service innovations in the same firm.** International Journal of Service Industry Management, v.6, n.4, p.40, 1995. ISSN: 09564233.
- MASCIA, F. L. *et al.* O Trabalho no Programa Saúde da Família sob a Ótica da Ergonomia. In: VIANA, A. L., coordenação-geral. **Cadernos de Atenção Básica: Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006.
- MATTHING, J.; SANDEN, B.; EDVARDSSON, B. **New service development: learning from and with customers.** International Journal of Service Industry Management, v.15, n.5, p.479, 2004. ISSN: 09564233.
- MCADAM, R.; O'NEILL, L. **Evaluating best value through clustered benchmarking in UK local government: Building control services.** The International Journal of Public Sector Management, v.15, n.6/7, p.438, 2002. ISSN: 09513558.
- MCDOUGALL, G. H. G.; SNETSINGER, D. W. **The Intangibility of Services: Measurement and Competitive Perspectives.** The Journal of Services Marketing, v.4, n.4, p.27, Fall 1990. ISSN: 08876045.
- MENOR, L. J. **An Empirical Investigation of New Service Development Competence and Performance.** 2000. Tese (Ph.D.) - University of North Carolina at Chapel Hill. United States -- North Carolina, 2000.
- MENOR, L. J.; TATIKONDA, M. V.; SAMPSON, S. E. **New service development: areas for exploitation and exploration.** Journal of Operations Management, v.20, n.2, p.135-157, Apr. 2002.
- MILLS, P. K.; CHASE, R. B.; MARGULIES, N. **Motivating the Clientemployee System as a Service Production Strategy.** Academy of Management. The Academy of Management Review, v.8, n.2, p.301, Apr. 1983. ISSN: 03637425.
- MILLS, P. K.; POSNER, B. Z. **The Relationships Among Self-Supervision, Structure, and Technology in Professional Service Organizations.** Academy of Management Journal, v.25, n.2, p.437, June 1982. ISSN: 00014273.

- MILOFSKY, C. **Strategic Management for Nonprofit Organizations: Theory and Cases.** Academy of Management. The Academy of Management Review, v.22, n.2, p.568, Apr. 1997. ISSN: 03637425.
- MINTZBERG, H. **Mintzberg on Management: Inside our strange world of organizations.** New York: The Free Press, 1989. p. 417p. ISBN: 0-02-921371-1.
- MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes: Estruturas em cinco configurações.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 1995. ISBN: 85-224-1258-8.
- NAMASIVAYAM, K. **The Consumer as "Transient Employee": Consumer satisfaction through the lens of job-performance models.** International Journal of Service Industry Management, v.14, n.3/4, p.420, 2003. ISSN: 09564233.
- NG, I. C. L.; WIRTZ, J.; LEE, K. S. **The strategic role of unused service capacity.** International Journal of Service Industry Management, v.10, n.2, p.211-238, 1998. ISSN: 09564233.
- NORMANN, R. **Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços.** São Paulo: Editora Atlas, 1993. ISBN: 85-224-0967-6.
- NUTT, P. C. **Calling out and calling off the dogs: Managerial diagnosis in public service organizations.** Academy of Management. The Academy of Management Review (Pre-1986), v.4, n.000002, p.203, Apr. 1979. ISSN: 03637425.
- P. MELLO, C. H. P. **Modelo para Projeto e Desenvolvimento de Serviços.** 2005. 315p. Tese (Doutorado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- PERKS, H.; RIIHELA, N. **An Exploration of Inter-Functional Integration in the New Service Development Process.** The Service Industries Journal, v.24, n.6, p.37, Nov. 2004. ISSN: 02642069.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Painel sobre as Relações entre a Secretaria Municipal da Saúde Gestora do SUS & Universidades Sediadas na Cidade de Ribeirão Preto Projeto "ETHOS" de Atenção a Saúde.** Ribeirão Preto: 2003a.
- . **Projeto Ethos de Atenção a Saúde.** Ribeirão Preto: 2003b.
- . **Projeto para Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF).** Ribeirão Preto: 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Comunicado No 1 Ano: 2001 Secretaria: SMS.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2001.
- . **Documento Norteador: Gerenciamento e Administração dos Recursos Financeiros de PSF / Convenios.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Apresenta informações sobre a área da saúde no município.** Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 15/9/2005.
- QUAGGIO, F. M.; SILVA, M. T.; SZNELWAR, L. I., e MASCIA, F. L. **Relating Service Operations and Work in Professional Services.** In. 16th World Congress on Ergonomics; Maastricht, The Netherlands. Maastricht: Elsevier Science; 2006.
- QUINN, J. B. **Empresas Muito Mais Inteligentes.** São Paulo: Makron Books, 1996.

- QUINN, J. B.; GUILLE, B. R. **Managing Innovation: Cases from the services industries.** 1 ed. Washington, DC: National Academy Press, 1988. ISBN: 0-309-03926-6.
- R. MELLO, M. S. R. **Estratégia de Expansão nos Serviços de Educação Especial no Terceiro Setor: Experiências em franquia social.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- RATHMELL, J. M. **Marketing in the Service Sector.** Cambridge, MA: Winthrop Publishers, 1974.
- REES, P. L. **Marketing in the UK and US not-for-profit sector: The import mirror view.** The Service Industries Journal, v.18, n.1, p.113, Jan. 1998. ISSN: 02642069.
- REGAN, W. **The Service Revolution.** Journal of Marketing, v.47, n.July, p.57-62, 1963.
- ROYSTON, G. *et al.* **Operational Research for informed innovation: NHS Direct as a case study in the design, implementation and evaluation of a new public service.** The Journal of the Operational Research Society, v.54, n.10, p.1022, Oct. 2003. ISSN: 01605682.
- SALERNO, M. A Seu Serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviços. In: SALERNO, M. S., Organizador. **Relação de Serviço: produção e avaliação.** 1 ed. São Paulo: Editora SENAC, 2001.
- SANDERSON, I. **Evaluation, learning and the effectiveness of public services Towards a quality of public service model.** The International Journal of Public Sector Management, v.9, n.5,6, p. 90, 1996. ISSN: 09513558.
- SASSER JR, W. E. *et al.* **Management of Service Operation.** Boston: Ally & Bacon, 1978.
- SASSER, W. E. **Match Supply and Demand in Service Industries.** Harvard Business Review, v.54, n.6, p.133, Nov. 1976-Dec. 1976. ISSN: 00178012.
- SCHEUING, E. E.; JOHNSON, E. M. **A Proposed Model For New Service Development.** The Journal of Services Marketing, v.3, n.2, p.25, Spring 1989. ISSN: 08876045.
- SCHMENNER, R. W. **How Can Service Businesses Survive and Prosper?** Sloan Management Review, v.27, n.3, p.21, Spring 1986. ISSN: 0019848X.
- SCHWEPKER JR, C. H.; HARTLINE, M. D. **Managing the Ethical Climate of Customer-Contact Service Employees.** Journal of Service Research : JSR, v.7, n.4, p.377, May 2005. ISSN: 10946705.
- SHOSTACK, G. L. **Breaking Free from Product Marketing.** Journal of Marketing, v.41, n.2 , p.73-80, 1977.
- SHOSTACK, G. L. **How to Design a Service.** European Journal of Marketing, v.16, n.1, p.49 , 1982. ISSN: 03090566.
- . **Designing Services That Deliver.** Harvard Business Review, v.62, n.1, p.133, Jan. 1984-Feb. 1984. ISSN: 00178012.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: O ser, o saber, o fazer.** São Paulo: Editora Fiocruz, 2002. p. 240p.
- SILVA, M. T. *et al.* **Análise da Organização do Trabalho no Programa Saúde da Família.** In: VIANA, A. L., coordenação-geral. **Cadernos de Atenção Básica: Inquérito com usuários e**

- profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006.
- SILVA, M. T.; DAVISON, G. **Relating configuration and learning in Brazil and Australia.** Journal of Health Organization and Management [NLM - MEDLINE], v.19, n.2, p.148, 2005. ISSN: 14777266.
- SILVA, M. T. **Organização do Trabalho em Serviços. A questão da autonomia em postos de serviços.** 1995. Tese (Doutorado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.
- SILVEIRA, C. **O Significado da Prática Profissional em Unidade Básica de Saúde: um estudo da cultura organizacional no Centro de Saúde Escola Barra Funda.** 1999. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.
- SILVESTRO, R. **Positioning Services Along the Volume-Variety Diagonal: The contingences of service design, control and improvement.** International Journal of Operations and Production Management, v.19, n.4, 1999.
- SILVESTRO, R. *et al.* **Towards a Classification of Service Processes.** International Journal of Service Industry Management, v.3, n.3, p.62, 1992. ISSN: 09564233.
- SUNDBO, J. **Management of innovation in services.** The Service Industries Journal, v.17, n.3, p.432, July 1997. ISSN: 02642069.
- SYSON, F.; PERKS, H. **New service development: A network perspective.** The Journal of Services Marketing, v.18, n.4/5, p.255, 2004. ISSN: 08876045.
- SZNELWAR, L. I. *et al.* Programa Saúde da Família: Pontos de vista da organização de serviços, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. In: VIANA, A. L., coordenação-geral. **Cadernos de Atenção Básica: Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006.
- TAX, S. S.; STUART, I. **Designing and implementing new services: The challenges of integrating service systems.** Journal of Retailing, v.73, n.1, p.105-134, 1997.
- TECHNE. **Caso de Sucesso: Prefeitura de Ribeirão Preto.** Disponível em: <http://www.techne.com.br/casos/CaseHygia_RibeiraoPreto.pdf>. Acesso em: 5/12/1912.
- THOMAS, D. R. E. **Strategy is different in service businesses.** Harvard Business Review, v.56, n.4, p.158, July 1978-Aug. 1978. ISSN: 00178012.
- UPAH, G. D. **Mass Marketing in Service Retailing: A Review and Synthesis of Major Methods.** Journal of Retailing, v.56, n.3, p.59, Fall 1980. ISSN: 00224359.
- VERMA, R.; FITZSIMMONS, J.; HEINEKE, J. **New issues and opportunities in service design research.** Journal of Operations Management, v.20, n.2, p.117-120, Apr. 2002.
- VERMA, R.; LOUVIERE, J. J.; BURKE, P. **Using a market-utility-based approach to designing public services: A case illustration from United States Forest Service: Operations Management in Not-For-Profit, Government and Public Services: Innovative Applications and Case Studies.** Journal of Operations Management, v.24, n.4, p.407-416, June 2006.

- VIANA, A. L. A. *et al.* **Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p. 577-606, Apr. 2004.
- VIANA, A. L. A.; POZ, M. R. D. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** *PHYSIS: Revista De Saúde Coletiva*, v.15, p.225-264, 2005.
- VIANA, A. L. *et al.* São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006.
- VIGODA-GADOT, E. *et al.* **Public Sector Innovation for the Managerial and Post-managerial Era: promises and realities in a globalizing public administration.** *International Public Management Journal*, v.8, n.1 , p.57, 2005. ISSN: 10967494.
- VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. **Case Research in Operations Management.** *International Journal of Operations & Production Management*, v.22, n.2, p.195-219, 2002.
- VOSS, C. *et al.* **Managerial choice and performance in service management - a comparison of private sector organizations with further education colleges.** *Journal of Operations Management*, v.23, n.2, p.179, Feb. 2005. ISSN: 02726963.
- YOUNGDAHL, W. E. *et al.* **Revisiting customer participation in service encounters: does culture matter?** *Journal of Operations Management*, v.21, n.1, p.109-120, Jan. 2003.
- ZARIFIAN, P. **Mutação dos Sistemas Produtivos e Competências Profissionais: a produção industrial do serviço.** In: SALERNO, M. S., Organizador. **Relação de Serviço: produção e avaliação.** 1 ed. São Paulo: Editora SENAC, 2001a.
- . **Valor, Organização e Competencia na Produção de Serviço: esboço de um modelo de produção de serviço.** In: SALERNO, M. S., Organizador. **Relação de Serviço: produção e avaliação.** 1 ed. São Paulo: Editora SENAC, 2001b.
- ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. **Problems and Strategies in Services Marketing.** *Journal of Marketing*, v.49, n.2, p.33, Spring 1985. ISSN: 00222429.

ANEXO I: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Roteiro de Entrevista – Gerente da UBS

Objetivo: Entender a UBS como organização. Conhecer a relação da unidade com instâncias superiores da organização. Mapear aspectos organizacionais.

- Quais são as diretrizes que a unidade recebe da coordenadoria de atenção básica / SMS?
- Como as estratégias operacionais são definidas, implantadas e controladas?
- Existem metas de produção mensal ou semanal? O trabalho das equipes é baseado nas metas? Como isto é organizado?
- Qual é o produto/unidade de produção da UBS? Quais são os indicadores de produtividade mais importantes e por quê?
- Qual é a curva de demanda da UBS? Existem mudanças de processos / organização frente a um diferente perfil de demanda?
- Como o trabalho das equipes é organizado? Existe uma programação prévia do trabalho?
- Existe algum tipo de especialização, mesmo informal entre as equipes? Algum médico repassa ou apóia internamente outro quando surge um caso que saia do padrão?
- Como o trabalho das equipes é controlado? Existe supervisão direta ou as equipes auto-gerenciam suas atividades no dia-dia?
- Como a qualidade é controlada na unidade? Existem indicadores específicos? Existe responsável direto?

Roteiro de Entrevista – Representante da Parceira

Objetivo: Entender a relação SMS - Parceira. Conhecer o papel da parceira na organização, gestão e processos do Programa Saúde da Família.

- Quais foram os motivos que levaram a prefeitura a firmar as parcerias com instituições de ensino e assistência, para atuarem em conjunto no PSF?
- Como a PARCEIRA analisou a parceria proposta e quais foram as razões que a levaram a aceitar tal acordo?
- Quais são os benefícios para a PARCEIRA do acordo firmado com a SMS?
- Como é organizada a parceria PARCEIRA – SMS? (organograma, centros de decisão, processos)
- Quais são as responsabilidades da PARCEIRA no PSF?
- Como é feita a gestão das equipes de PSF?
- Como é a relação da PARCEIRA com o interlocutor regional?