**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**UM OLHAR MERCADOLÓGICO SOBRE A ESTRATÉGIA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS**

SONIA FRANCISCA MONKEN DE ASSIS

Tese de doutorado apresentada ao Departamento de
Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do Grau de Doutor.

Área de Concentração:
Saúde Materno-Infantil

Orientador
Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo

São Paulo
2005

46091/2005 doc

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kunze', written over the 'Assinatura:' label.

Data: 10/04/2005

AGRADECIMENTOS

“ Agradecer não será tão somente problema de palavras brilhantes; é sentir a grandeza dos gestos, a luz dos benefícios, a generosidade da confiança e corresponder , espontaneamente , estendendo aos outros o tesouro da vida ..”

XAVIER, FC. (2001)

Agradecer é um ato muito singelo pela grandeza das atitudes que encontrei ao longo do caminho.

Ao Assis e o Guilherme pelo carinho, respeito e admiração a este desafio.

A Patrícia pela paciência e ajuda imprescindível na formatação final do trabalho.

Aos Professores , no incentivo à busca do conhecimento e pela tolerância aos questionamentos e correções valiosas.

Especial agradecimento ao Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo, pela sua orientação , pelo auxílio no entendimento do real valor do Sistema Único de Saúde , paciência e humanização do trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, por possibilitar a realização deste trabalho, adicionando as competências técnicas.

Ao Dr. Sylvain Levy pelo apoio e contribuições importantes no processo de pesquisa. À Prof. Dr. Bellkiss W. Romano, pela presença nos momentos mais difíceis, nas correções e críticas construtivas. Ao Prof. Dr. Julio César Pereira e Prof. Ms. José Fausto Moraes, pelos ensinamentos e tratamentos estatísticos.

A todos que – direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse possível .

RESUMO

Monken SF. **Um olhar mercadológico sobre a estratégia do Sistema Único de Saúde- SUS São Paulo**; 2005.[Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde da USP].

A partir da demanda feminina à Unidade Básica de Saúde, baseando-se nas tecnologias disponíveis nas Ciências Sociais Aplicadas e considerando que Saúde é um produto social, que requer na gestão o conhecimento dos desejos e necessidades dos usuários com vistas a definição de prioridades e otimização dos recursos da assistência local. **Objetivo** : analisar a demanda feminina da UBS-Jd. Satélite, no município de São José do Campos- SP, do ponto de vista da prestação dos serviços de saúde e das necessidades percebidas pelas usuárias do Sistema Único de Saúde.

Método: Trata-se de uma pesquisa com delineamento básico, transversal, exploratória e descritiva. Público-alvo mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de uma UBS, contextualizou-se a estratégia mercadológica do Sistema Único de Saúde, identificaram-se fatores de utilização do serviço médico pelas maiores usuárias (mais frequentes construindo-se uma escala de propensão ao Uso (Uso Social do Sistema de Saúde- EPSSS), ao final, determinou-se grau de correlação das características socioeconômicas e culturais (SEC)s das usuárias com os valores da EPSSS. Desenvolveu-se uma abordagem tanto quanti quanto qualitativa . O método

Quantitativo foi empregado, na realização de um censo das mulheres atendidas na UBS Jardim Satélite no ano de 2002 (30184 usuárias), caracterizando por meio do código de identificação (ID) do Cartão Nacional de Saúde (CNS), as variáveis idade, situação familiar, local de nascimento e frequência de utilização do serviço.. Em outro momento, para classificar os fatores associados à utilização do serviço de saúde e validação da EPSSS. O Método **Qualitativo**, foi adotado no levantamento dos fatores de maior utilização dos serviços da UBS, em depoimento espontâneo das usuárias, elegendo-se a amostra formada pelas mulheres que mais utilizaram os serviços no ano de 2002, considerando-se “maior utilização” o número médio de consultas per capita no ano para a UBS , acrescido de dois desvios padrão. **Análise:** Foi utilizada distribuição de frequência simples, valores de tendência central e análise fatorial, para avaliar a importância dos fatores SECS no perfil da demanda. A EPSSS construída por meio do uso da técnica de discurso do sujeito coletivo, definiu 5 domínios de análise (Saúde; Social, CNS, Sistema e relação médica). A confiabilidade da EPSSS foi medida pelo Alfa de Cronbach (0,8105) e coeficiente de Spearman (10%) **Resultados:** A idade média da usuária foi de 42,18 anos de idade (DP 2,86); 68% das tinham escolaridade fundamental; 52% viviam com companheiro e filhos; 4% viviam sozinhas. 50% das usuárias tinham ocupação em empresas privadas. Foram identificados 12 discursos sínteses. Percebe-se, no conjunto, o papel de apoio social que a UBS desempenha no tocante à Saúde da mulher. A EPSSS evidencia que a falta de laços familiares está associada a maior utilização do serviço de saúde ($p=0,021$). **Conclusões:** 1. Não foi observada relação direta entre idade da mulher e utilização social da UBS 2. A maior escolaridade da mulher não mostrou associação com uma menor utilização da UBS. 3. Usuárias que vivem sozinhas tendem a fazer maior uso da UBS. 4. O laço familiar mostrou fator de inibição ao uso da UBS. 5. A ocupação da mulher não mostrou correlação com o uso da UBS.

Descritores: Marketing, Saúde Mulher, Cartão Nacional Saúde

SUMMARY

Monken SF. **A Marketing Bird's Eye View Of The Single Health System -SUS** (Um olhar mercadológico sobre a estratégia do SUS). São Paulo; 2005. [Doctorate Thesis – Health Faculty – University of São Paulo]

Starting from the feminine demand at the Basic Health Unit (UBS) and based upon the perspective of making use of the technologies made available by the Applied Social Sciences and finally, taking into consideration that Health is a social product, and therefore its management requires the knowledge of the wishes, needs of the individuals of a community aiming at defining the priorities and the optimization of the services resources of the local assistance. **Objective:** to analyze the female demand at the “UBS- Jardim Satélite” located in São José dos Campos – SP, under the view point of rendering health services and the needs noticeable from the users of the Single Health System (SUS). **Method:** This is a research with a basic delineation, transversal, exploratory and descriptive outlining. Starting from a complementary sampling from women users of the services supplying basic attention by the UBS, it was contextualized the marketing strategy of the Single Health System, the factors of usage of the medical services by the major users (the most frequent ones, building a scale of propensity to the use (Social use of the Health System –EPSSS), were identified, at the end, it was established the degrees of correlativity between the socio-economical and the cultural characteristics (SEC's) of the users, with the values from the EPSSS. In order to embrace the spectrum of the information required by the proposed objectives, it was made an option to develop a quantitative-qualitative approach. The **Quantitative** method was applied during the realization of the census of the women that were attended at the UBS, during the year 2002 (30,184 users), characterized by means of an identification code (ID) of the National Health Card (CNS) bearing the variables age, family status, place of birth and frequency at using the service. At another moment the method was applied in order to classify the factors associated to the usage of the health service and the validation of the EPSSS. The **Qualitative** method: it was adopted during the survey of the factors regarding major usage of the services of the UBS, by means of obtaining spontaneous statements from users. From these data it was elected the sample formed by the women that most applied to the services of UBS during the year of 2002, taking into consideration “major frequency”, the average number of consultations per capita in that year for that UBS, increased by two standard deviation. **Analysis.** It was used a simple distribution frequency, values for the central trend and factorial analysis, in this case, specifically, in order to evaluate the importance of the SECS' factors upon the profile of the demand. The EPSSS structured by means of using the technique of the discussion of the collective subject, established 5 domains of analysis (Health; Social; CNS; System and Medical relation) the trustworthiness of the EPSSS was measured by Crombach's Alfa (0,8105) and Spearman's coefficient (10%). **Results:** The user's average age 42,18 years (DP 2,86) 68% of the women had elementary school education; 52% lived with a companion and children; 4% lived alone. 50% of the users were employed by privately owned enterprises. It was identified 12 synthesis discourses. It was noticeable in the whole, that the UBS plays a role of social support regarding the health of the women. The EPSSS shows clearly that the lack of family ties is associated to the greater use of the health service. ($p=0,021$). **Conclusions:** 1. It was noticed a direct relation between the age of the woman and the social usage of the UBS. 2. The greater level of education of the woman did not show any association regarding a lesser use of the UBS. 3. The users that live alone tend to make more use of the UBS. 4 The family tie proved to be a factor of inhibition to the use of the UBS. 5. The nature of occupation of the woman did not show any correlation with the use of the UBS.

Describers: Marketing, Woman's Health, National Health Card, Information Service; Databench.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	6
2.1 OS CAMINHOS DA ESTRATÉGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	6
2.1.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA SAÚDE	7
2.1.2 GESTÃO DA SAÚDE	9
2.1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO – ASPECTOS FUNDAMENTAIS.....	10
2.1.4 BREVE HISTÓRICO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS	11
2.1.5 RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE	16
2.1.5.1 ESFERA FEDERAL	17
2.1.5.2 ESFERA ESTADUAL	18
2.1.5.3 ESFERA MUNICIPAL	19
2.1.6 MODELOS ASSISTENCIAIS.....	20
2.2 ADMINISTRANDO PACOTES DE SERVIÇOS.....	23
2.2.1 SERVIÇOS: CARACTERÍSTICAS E PROCESSOS	23
2.2.2 PACOTE DE SERVIÇOS	27
2.3 MARKETING DE SERVIÇOS FRENTE AO SISTEMA.ÚNICO	
DE SAÚDE.....	31
2.3.1 A ESTRATÉGIA DE MARKETING DE SERVIÇOS.....	31
2.3.2 SERVIÇOS E MARKETING	32
2.3.3 O CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO SERVIÇOS DO SUS	43
2.3.4 A CAPACIDADE PRODUTIVA E A RELAÇÃO OFERTA-DEMANDA	44
2.4 O MARKETING BASEADO EM BANCO DADOS.....	46
2.4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM MARKETING E GESTÃO RELACIONAMENTO COM O CLIENTE	49
2.4.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	52
2.4.3 CARTÕES DE SAÚDE: PANORAMA MUNDIAL	54
2.4.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE.....	60
2.4.5.1 BENEFÍCIOS IDEALIZADOS PELO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	61

2.4.5.2 CADASTRAMENTO	63
2.4.5.3 O PROJETO PILOTO DO CNS E A ESCOLHA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.....	64
2.5 PANORAMA DA CIDADE	65
2.5.1 LOCALIZAÇÃO.....	65
2.5.2 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	68
2.5.3 DADOS POPULACIONAIS.....	72
2.5.4.1 EDUCAÇÃO.....	77
2.5.4.2 RENDA	79
2.5.4.3 DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	79
2.5.5 A SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	80
3 OBJETIVOS.....	82
3.1 GERAL.....	82
3.2 ESPECÍFICOS.....	82
4.0 MÉTODO CASUÍSTICA.....	83
4.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	83
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	83
4.3 MÉTODO DE PESQUISA	83
4.4 LOCAL DE PESQUISA	84
4.5. PESQUISA QUANTITATIVA.....	85
4.6 PESQUISA QUALITATIVA.....	85
4.7 POPULAÇÃO ALVO.....	85
4.8 AMOSTRA.....	85
4.9 VARIÁVEIS.....	87
4.10 INSTRUMENTOS DE COLETA.....	90
4.11 PROCEDIMENTOS DE COLETA	90
4.12 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DO ESTUDO	91
4.13 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	92

4.13.1 PARA A PESQUISA QUANTITATIVA	92
4.13.2 PARA QUALITATIVA.....	94
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	96
5.1 ANÁLISE QUALITATIVA	96
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	96
5.2 ANÁLISE QUANTITATIVA	126
5.2.1 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA CLÁSSICA	126
5.2.2 CONFIABILIDADE	128
5.2.3 VALIDADE CONCORRENTE.....	129
5.2.4 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO...	130
5.2.5 ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES EPSS PADRONIZADOS ..	135
5.2.6 ANÁLISE DE REGRESSÃO	137
6 CONCLUSÕES.....	140
7 RECOMENDAÇÕES.....	141
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura do problema de pesquisa	3
Figura 2	Diferenciação entre Serviços e Bens Quanto às Características	25
Figura 3	Matriz de processos de Serviços	27
Figura 4	Pacote de Serviços	28
Figura 5	Características únicas dos serviços e problemas de marketing resultantes	29
Figura 6	Fatores que influenciam as expectativas de serviço	34
Figura 7	A Relação entre Expectativas, Satisfação do Usuário e Qualidade Percebida no Serviço	35
Figura 8	Sete Lacunas na Qualidade que Resultam em Insatisfação do Usuário	36
Figura 9	Qualidade Total Percebida	40
Figura 10	Qualidade percebida do serviço	42
Figura 11	Diagrama da Pesquisa	90
Figura 12	Distribuição das usuárias segundo a idade e o correspondente Box-plot	131
Figura 13	Distribuição das usuárias segundo sua escolaridade	133
Figura 14	Distribuição das usuárias segundo a situação familiar	134
Figura 15	Distribuição das usuárias segundo a ocupação	135
Figura 16	Box-plot para os escores padronizados da escala	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Área total, urbana e rural de São José dos Campos – 1997	68
Tabela 2	Evolução da população e da sua participação relativa no Vale do Paraíba e no Estado de São Paulo – Município de São José dos Campos –1940/1950/1960/1970/1980/1991/2000.	72
Tabela 3	Evolução populacional total, urbana e rural, do município de São José dos Campos entre os anos de 1940/1950/1960/1970/1980/1991/1996/ 1998/2000	74
Tabela 4	Distribuição populacional por sexo e faixa etária – São José dos Campos – SP, 1991	75
Tabela 5	Distribuição populacional por sexo e faixa etária – São José dos Campos – SP, 1996	76
Tabela 6	Taxas de natalidade, natimortalidade, nupcialidade e fecundidade – São José dos Campos – SP – 1980/1987 – 2000	77
Tabela 7	Distribuição da população a partir de 7 anos, em nível de escolaridade – São José dos Campos-SP, 1999.	78
Tabela 8	Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade, 1991 e 2000	79
Tabela 9	Porcentagem da Renda Apropriada por Extratos da População, 1991 e 2000	79
Tabela 10	Desenvolvimento Humano	79
Tabela 11	Distribuição da variância total por fator extraído na análise	122
Tabela 12	Matriz de Componentes Rotados – Método Varimax	128
Tabela 13	Matriz de Correlações Ordinais de Spearman para os escores dos domínios da escala	130
Tabela 14	Distribuição das usuárias segundo a sua Idade	131
Tabela 15	Distribuição dos escores padronizados para a escala EPSSS	137
Tabela 16	Coefficientes de Regressão Linear Múltipla da EPSSS sobre as variáveis independentes.	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição das variáveis do estudo. São Paulo, 2003.	88
-----------------	---	----

1 INTRODUÇÃO

No campo da Saúde, pouco se avançou, em relação aos demais setores da Economia, no que diz respeito às pesquisas e ações mercadológicas de utilização de serviços. Isto é importante porque, considerando que estes devam atender às demandas populacionais advindas das interações sociais e culturais e suas predisposições para o uso (McCRACKEN 1998). Acrescente-se que o conhecimento do padrão de utilização dos serviços de saúde contribui para a adoção de medidas estratégicas envolvendo custos, e de ações de Saúde específicas para grupos, de acordo com seus perfis e necessidades. Desta maneira, pode-se afirmar que ao partir do compromisso de atender um público-alvo particular em suas necessidades específicas, uma Instituição desenvolve a maneira mais eficiente e eficaz de prestação de serviços do que outras, instituições com estratégia de mercado mais ampla. Nos últimos anos pesquisadores têm reconhecido a grande importância da tecnologia na prestação dos serviços, (BITNER, BROWN, e MEUTER 2000; PARASURAMAN 1996), da mesma forma, é ressaltada a importância fundamental, da interação interpessoal nessa atividade. Contudo, a caracterização do papel da instituição deve levar em consideração os perfis e necessidades dos usuários bem como dos funcionários da Instituição (SOLOMON e col. 1985), das relações entre os próprios usuários (CHURCHILL e PETER, 2000) e do conhecimento das dinâmicas que envolvem o contexto de serviços e seus impactos nos resultados finais, sejam eles econômicos (tangíveis) ou no sentimento de satisfação ou insatisfação do cliente (intangíveis) (TAX e BROWN 1998).

Os estudos, na área da Saúde, costumam ser dirigidos para a definição de variáveis associadas à mensuração da utilização, seja sob o enfoque da acessibilidade (envolvendo a disponibilidade, estruturação e financiamento)(WENNBERG 1985;), seja sob o enfoque da demanda (envolvendo características individuais de comportamentos, percepções da doença, suas expectativas em relação aos serviços prestados) TRAVASSOS e col. 2000, TANAKA e ROSEMBURG, 1990). De qualquer forma, esses estudos tendem a se circunscrever ao "aspecto técnico-assistencial, seja na valorização dos diagnósticos prévios, na demanda espontânea por estado patológico ou ainda pela demanda induzida pelos próprios profissionais (2000).

O referencial teórico utilizado para este estudo contribui para o entendimento das interfaces do marketing de serviços, as implicações diante da estratégia implementadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, dentro da perspectiva da descentralização e controle social, caracterizando-o como campo fértil para adoção das práticas de marketing peculiares ao setor de serviços. O panorama de ascensão da mulher e a evolução dos seus papéis na sociedade, foi definido como eixo de preocupação nesse estudo

Na gestão dos serviços ambulatoriais de Saúde, a situação-problema sob o enfoque mercadológico pode ser expressa com a seguinte indagação:

- Qual a forma adequada de aferir a real necessidade de utilização das Unidades Básicas de Saúde pelas mulheres?

Essa questão resume o principal foco de um gestor de serviço que lida com a questão da acessibilidade e disponibilidade, no sentido de otimizar seus recursos para atender com efetividade a população feminina, face à real necessidade da

mulher de procurar um serviço de saúde. E mais, compatibilizar desejos das usuárias com as ações de Saúde possibilita a administração do binômio demanda-capacidade produtiva, fatores essenciais não só ao uso produtivo dos recursos de Saúde mas também, ao alcance de um padrão de qualidade determinado pelos técnicos e desejado pelos clientes (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000), aproximar a estratégia mercadológica da intersectorialidade das necessidades da população da área de planejamento de Saúde poderá auxiliar na perspectiva do atendimento integral da demanda (LOVELOCK e WRIGHT, 2001). Como ressaltado por CARVALHO (1997), que o direito universal à Saúde deveria ser acompanhado, garantido pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a participação social.

Em vista do exposto definiu-se para este estudo o seguinte problema de pesquisa: O Perfil sócio econômico e cultural das usuárias do sistema de Saúde é fator determinante da Propensão ao Uso do Sistema de Saúde?

Neste estudo a análise da Propensão à Utilização Social do Sistema de Saúde será conferida por meio da construção de uma escala - EPSSS Escala de Propensão ao Uso Social do Sistema de Saúde-, enquanto que o Perfil das usuárias será avaliado a partir das variáveis, Idade, Escolaridade, Situação Familiar e Ocupação.

Figura 1- Estrutura do Problema de Pesquisa

É preciso ainda destacar a incipiente preocupação dos gestores com a organização de modelos de atenção, efetivamente baseados nas necessidades de Saúde da população ou em sua expressão, capazes de promover a experimentação criativa de alternativas locais, ou mesmo, a utilização de instrumentos para a avaliação dos resultados e impacto das intervenções concretas. No que diz respeito à eficiência na gestão de recursos, não existem dados para dimensionar o percentual de Unidades Básicas de Saúde e Hospitais que vêm implementando medidas padronizadas com vistas a racionalizar e otimizar a utilização dos recursos assistenciais.

O Cartão Nacional de Saúde (CSN) surgiu como alternativa instrumental de planejamento de informações estratégicas na vinculação entre usuário, profissional de Saúde, estabelecimento de Saúde e a entrega de serviço concretizada, com a finalidade de:

- a) otimizar os insumos utilizados no atendimento à população
- b) geração de informações gerenciais de acompanhamento de programas – aderência, abandono e coberturas assistenciais -,
- c) frequência de ocorrência de eventos, para melhorar o atendimento dos usuários do SUS, entre outros objetivos, racionalizar os gastos, combater fraudes e aperfeiçoar o planejamento das ações de Saúde.

Foi implementado, em 44 municípios, que possuíam 13 milhões de habitantes.(OPAS 2001); assim o Projeto do Cartão Nacional de Saúde seria um passo importante em direção à individualização de ações dentro de um pacote de

serviço de massa. E se efetivamente implementado, reforçaria o Sistema de Informação em Saúde como valioso subsídio ao estabelecimento de políticas, diretrizes e planejamento das ações de Saúde.

A pesquisa desenvolveu-se, a partir de 2002, no município de São José dos Campos, interior do Estado de São Paulo, por ter sido um dos municípios modelos da implantação do Cartão Nacional de Saúde e por ter sido eleito um dos municípios do Estado de São Paulo com melhores resultados na implementação e gestão do Sistema Único de Saúde. (SECRETARIA DE SAUDE, 2002).

Finalmente, como foco desta pesquisa , elegeu-se a população feminina , uma vez que estudos realizados com base no PNAD/98 (Pesquisa Nacional Amostra de Domicílios) demonstram que mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, bem como retornam com mais frequência do que os homens que utilizam regularmente um mesmo serviço de saúde (PINHEIRO e col. 2002).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 OS CAMINHOS DA ESTRATÉGIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O pensar estratégico refere-se aos planos da alta administração para alcançar resultados concernentes com a missão e com os objetivos gerais de uma organização (WRIGTH e col. 2000). Para isto, três pontos importantes devem ser considerados: a formulação, a implementação e por fim o controle estratégico, ou seja, promover ajustes necessários a fim de assegurar que os resultados da estratégia sejam alcançados (WRIGTH e col. 2000). Sob a ótica da administração estratégica, além destes pontos, há a preocupação com os estágios iniciais de determinação da missão, dos objetivos e valores da Instituição nos contextos de seus ambientes externos (Sociedade) e internos (Ambiente Organizacional). Como consequência, a estratégia evolui para um pensar que visa atingir uma posição, a definição de localização de determinados serviços no mercado; uma perspectiva, ou seja, uma maneira fundamental de uma organização atuar. O pensar estratégico está vinculado ao conhecimento do passado e seu relacionamento com o presente para poder identificar e explicar as alterações ocorridas, estimando seu impacto nos panoramas futuros, tornando-se ferramenta que oferece importante ajuda para lidar com a turbulência enfrentada pelas instituições, em todos os setores da sociedade, inclusive o SUS, que não é imune a estas turbulências. Enfrentando o declínio de sistemas de apoio à Saúde, o congestionamento dos serviços de saúde, ou seja, o impacto do macroambiente no setor e na Instituição propriamente dita. (OPS/OMS 1992, WRIGHTe col. 2000)

A estratégia merece assim, a atenção como uma ferramenta de gestão, não apenas para o setor privado como também para uma ampla gama de Instituições, nas distintas esferas de atenção ao usuário, relacionando problemas e necessidades de Saúde nas comunidades, descobrindo oportunidades para introdução de inovações e transformação dos sistemas (OPS/OMS 1992). Além disto, avaliando riscos e recursos disponíveis, quanto ao valor desses recursos, sua competência, capacidade de ineditismo e capacidade de organização. Nesse caso, a questão de estratégia focada nos recursos, cria diferencial na sua gestão.

2.1.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA SAÚDE

O planejamento estratégico na Saúde toma relevância na década de 70, com o objetivo de superar barreiras relativas à formulação de normas e planos, oriundos do método preconizado pelo OPAS/CENDES – Organização Pan-americana de Saúde/Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - (TESTA 1960). Acrescenta o autor, que a partir de então surge um processo evolutivo do planejamento estratégico aplicado ao planejamento de Saúde, consolidando-se na questão epidemiológica, em que o sujeito é independente e externo ao fenômeno estudado. Este olhar estratégico para a Saúde, exige do planejador o interrelacionamento das variáveis sociais com o sistema de Saúde.

Conforme TEIXEIRA e SANTANA (1995), a gestão sob a ótica estratégica, compreende: a) sistemas integrados de planejamento (nos aspectos táticos e operacionais), que dêem suporte aos planos estabelecidos por diretrizes de curto, médio e longo prazo. b) sistemas de informação gerencial para análises estratégicas;

c) adoção de gestão transparente (com maior participação da comunidade no controle), c) elaboração de planos e políticas.

Portanto, a ótica estratégica torna-se fundamental para aumentar a eficiência e a efetividade da gestão, além de tornar as ações executadas pelas esferas de governo local, compatível com a estrutura física e com os recursos financeiros e humanos disponíveis.

Assumindo as características das políticas de autoritarismo, o modelo centralizado e burocrático, implantado nas Instituições em décadas anteriores, concentrava o poder decisório nas mãos de chefias, acarretando sobrecarga de trabalho individual e personificando a missão da Instituição. Desta forma, desviava a atenção das questões centrais de planejamento e a avaliação das ações.

Este modelo atendeu às necessidades do passado e vem sendo substituído por uma nova forma de gestão que acompanha as necessidades atuais, como a disponibilidade de informações de melhor qualidade, maximização de recursos, responsáveis em parte, pela melhoria do desempenho e qualidade do serviço público.

Em oposição ao antigo modelo, surge a estratégia da descentralização relacionada à tomada de decisões estratégicas e operacionais, no âmbito das unidades gestoras finais do Sistema, promovendo vantagens consideradas por OSBORNE E GAEBLER (1998), como flexibilidade e rapidez na tomada de decisões, eficiência, inovação e elevação da moral.

2.1.3 GESTÃO DA SAÚDE

O setor de Saúde brasileiro permanece complexo, carente de especialistas para desenvolver mecanismos de gestão adequados ao atendimento e, sobretudo, que atendam aos princípios delineados pelo Sistema de Saúde brasileiro, tanto privado quanto público, especificamente, o Sistema Único de Saúde- SUS, panorama desta tese.

Segundo TEIXEIRA E SANTANA (1995), países como o Brasil possuem problemas de Saúde envolvendo a insuficiência de recursos financeiros, iniquidade nas ações, além da falta de controle social, por parte da população, embora as políticas e programas de Saúde tenham como objetivo a qualidade de vida da sociedade. A partir da Constituição de 1988, se estabelece uma significativa transferência da capacidade decisória, funções e recursos do governo federal para Estados principalmente para os municípios, criando meios para descentralização dos recursos e dando coerência efetiva do sistema. (AFFONSO e col. 1996).

Os municípios tornaram-se novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades. São condições fundamentais para melhorar o acesso dos usuários e incorporá-lo nos níveis decisórios da gestão do Sistema: a) a aproximação com a população, b) a capacidade de dimensionar a demanda real, c) a aplicação dos recursos dirigidos às áreas prioritárias. Sendo assim, o acesso e a descentralização são utilizados como categorias para construção da estratégia de prestação de serviços de saúde sob duas dimensões: a social e a política.

2.1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO – ASPECTOS FUNDAMENTAIS

A diversidade de ambientes englobados pelo sistema de Saúde exige modelos adequados a cada realidade local. A opção por um modelo assistencial depende, entre outras coisas, da capacidade de gestão municipal em estabelecer as relações consistentes com os demais níveis de operacionalização do SUS.

Para enfrentar esta complexidade do sistema, há que se ter competência de gestão, abrangendo principalmente o planejamento e o processo de entrega, financiamento e gerenciamento dos serviços nos diversos níveis de governo. O SUS depende de quem está na ponta – a gestão municipal.

Outro aspecto fundamental do SUS, está relacionado ao financiamento do sistema ainda atrelado, em parte, à lógica das políticas de Saúde estabelecidas pelo Ministério de Saúde, não reconhecendo a competência dos municípios para gerir com eficácia os recursos da Saúde e portanto não respeitando as necessidades locais. Sendo assim, o Estado estabelece e mantém, a contragosto do espírito da Constituição federal, uma relação hierárquica entre o governo municipal, estadual e federal, no âmbito da Saúde.

2.1.5 BREVE HISTÓRICO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Do início do século XX até meados de 1945, o país vivenciou a tendência do sanitarismo campanhista, que se iniciou a partir das necessidades estabelecidas pela política econômica voltada à exportação do café, exigindo saneamento das áreas

portuárias e o controle de doenças que prejudicassem o comércio exterior. (ANDRADE, SOARES e CORDONI Jr. 2001)

Em 1923, são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), já dando indícios de priorização das ações voltadas para um modelo médico assistencial. Estas Caixas apesar de serem organizadas pelas Instituições eram administradas e financiadas em ação conjunta: empregado e empregador. (ANDRADE e col. 2001),

O modelo seguinte, denominado de “transição“, engloba o período de 1945 a 1960, em que a dicotomia entre Saúde e atenção médica individual é reforçada principalmente pelas transformações por que passam os órgãos governamentais, reflexo de uma economia industrializada, fruto da desvalorização do café no mercado exterior. As CAP's são então substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), estruturados por categorias de trabalhadores.

Durante este percurso, a atenção à Saúde coletiva continua sendo reforçada pela centralização do Estado.

As décadas transcorridas a partir de 1960 marcaram um processo de transformação das Políticas de Saúde no país.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que proporcionava o direito de utilização dos serviços de saúde apenas aos trabalhadores que tivessem a carteira de trabalho assinada. Posteriormente, o INPS foi substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – Inamps. Estas transformações, decorreram da necessidade do Estado, sob a égide da racionalidade

financeira (CORDEIRO, 2001), propagar uma estrutura que privilegiava a atenção curativa individualizada em detrimento da Saúde (MENDES, 1996).

Nos anos 70, a insatisfação da Sociedade com o sistema político, leva diversos setores a promoverem debates, manifestações, exigindo reformas. A Saúde participa deste movimento através da chamada Reforma Sanitária (CORDONI Jr., 1989), implementa-se a partir de então, o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS).

Já em 1974, por meio do Decreto Federal nº 74.891, foi determinado que as Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério da Saúde, deveriam atuar como entidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde.

Em 1975, consagram-se ações de Saúde, com foco sanitário e preventivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (ações de alcance coletivo), e aquelas de natureza curativa (ações individuais), a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Estas experiências marcaram o movimento sanitário brasileiro, seguido ao processo de redemocratização a partir da década de 1980, ao mesmo tempo da crise econômico-financeira vivida pelo país.

Com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – Inamps, Lei Federal no. 8689 de 07/93 (CARVALHO 2002), há um movimento em direção à consolidação de um sistema único de Saúde, com o repasse dos serviços desse órgão para Estados e municípios, pela rede de recursos assistenciais, por delegação do Ministério da Saúde. (COHN E COHN, 2001)

Foi sendo assumida, paulatinamente, maior responsabilidade pelo Estado, pela assistência individualizada. O processo iniciou-se com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976). Em 1980 foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev – Saúde), que, entretanto, não foi implementado. Em seguida foi criado o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – Conasp (1982).

Visando alcançar melhores níveis de articulação institucional, foi implementada, em 1983, a política de Ações Integradas de Saúde – AIS. Esta pode ser considerada como o princípio estratégico da reforma sanitária, implantada efetivamente no país.

Em 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, adotando como princípios a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade das ações, a regionalização dos serviços de saúde, a implementação dos distritos sanitários, a descentralização das ações de Saúde, o desenvolvimento de instituições gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (COHN E COHN, 2001).

No ano seguinte, em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, promulgado na Constituição em Outubro, prevendo, entre outras atribuições, que o SUS, nas três esferas de governo, deve buscar dar ocorrência à idéia de sistema, inclusive com a transferência das ações de Saúde para o gerenciamento dos municípios, com redes próprias e competências definidas. (BRASIL, 1988).

O processo de reforma do Sistema de Saúde Brasileiro tem como objetivo ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde, a participação da comunidade na

gestão, além de buscar um sistema de Saúde universal. A Constituição de 1988 reafirma o conceito de descentralização para a esfera municipal, com autonomia e participação da comunidade (ANDRADE e col. 2001). Quanto ao Estado e à União, cabe garantir a gestão técnica e financeira em complemento às responsabilidades municipais. (MALIK E SCHIESARI, 1998).

Para os municípios, as barreiras para a implantação definitiva da descentralização ocorrem, sobretudo por questões financeiras e técnicas dos governos municipais, (ANDRADE e col. 2001). A Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada em dezembro de 1990 (CARVALHO G. 2002) , dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde e para o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras, estabelecendo a participação da comunidade e as formas de financiamento do setor Saúde. Estabelece ainda o planejamento ascendente, do nível local até o federal, adequando as necessidades das políticas de Saúde com a disponibilidade dos recursos nos três níveis de governo, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução das doenças, assim como promover o acesso à promoção, proteção e recuperação da Saúde individual e coletiva da população. (ANDRADE e col. 2001).

Posteriormente, em 28 de dezembro de 1990, a Lei Federal nº 8.142, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área de Saúde, além de outras providências, estabelece o Conselho de Saúde, responsável pelo controle social, é através da participação da sociedade, que se materializa a Reforma Sanitária, através de seus Conselhos de Saúde (CARVALHO A. 1997).

A promulgação das Leis Orgânicas da Saúde serve para definir o andamento do Sistema Único de Saúde – SUS e o papel de cada esfera de governo (PEDROSA, 1999).

PEDROSA (1999), justifica, ainda que para o aperfeiçoamento do SUS, a edição das Normas Operacionais Básicas NOBs – a de 1991, a de 1993 e a de 1996 –, assim como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS, visam a melhoria do desempenho do SUS e a melhor definição das competências de cada esfera de governo. Este conjunto de iniciativas parlamentares vem permitindo modificações necessárias, para aperfeiçoar mecanismos de avaliação das necessidades do sistema, e incluir as esferas de gestão no processo de avaliação, orientação e operacionalização, mediante o exercício de funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação, contínua do SUS (Conselhos gestores locais, Comissões técnicas bi e tri-partites). “...consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à Saúde de seus munícipes. O município é considerado o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de Saúde de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (MS 1996, p. 6).

Em setembro de 1996, foi realizada a Conferência Nacional de Saúde – CNS, cujo tema foi “Gestão e Organização dos Serviços de saúde”, com questões importantes sobre “Saúde, Cidadania e Políticas”, além do Controle Social e da Qualidade para consolidação do sistema, assim como sobre o financiamento do setor, os “Recursos Humanos para a Saúde” e “Atenção Integral à Saúde”, buscando

intensificar os esforços para garantia dos princípios do SUS e implementação do sistema em todo o país.

Em relação à Gestão e Organização dos Serviços de saúde, a intenção foi o aprofundamento do processo de descentralização e de municipalização, com questões para nortear os gestores na consolidação do SUS.

É preciso destacar que cada município se encontra em uma fase diferente em relação à descentralização e à regionalização em Saúde. O estabelecimento de diretrizes gerais para o processo de regionalização da assistência busca avançar na consolidação do SUS, por meio de medidas que melhorem o acesso da população, com equidade, às ações de Saúde. (NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS, Nº 16, MS, 2001)

2.1.6 RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE

Desde de 1994, técnicos do Ministério da Saúde e secretários estaduais e municipais de Saúde defendem a criação de uma fonte vinculada dos recursos para a Saúde. A área econômica justifica a impossibilidade da vinculação devido à necessidade de reduzir os gastos públicos. A aprovação da vinculação para a Saúde, por meio da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), de 13 de setembro de 2000, vem no sentido de corroborar a necessidade apontada pelos técnicos e gestores. Segundo esta Emenda, preocupada com a sustentabilidade do Sistema, o investimento mínimo municipal para a Saúde é de 15%, e seria atingido até 2004 aumentando ano a ano, de forma escalonada a partir do ano de publicação da EC-29.

Segundo HEIMAN e col (2000), comentar sobre a gestão de Saúde no município passa pelo conhecimento da dinâmica de financiamento nas esferas de governo.

2.1.6.1 ESFERA FEDERAL

No âmbito central, cabe o comprometimento principal com as ações de planejamento, regulação, normatização, cooperação técnica, controle, avaliação, o estabelecimento de regras entre o setor público e o privado (AFFONSO e col. 1996), e a responsabilidade das ações de vigilância epidemiológica inerente a todo o Sistema, devendo as ações serem executada em nível local.

Para isso o Ministério da Saúde transfere recursos aos municípios, sob o título de Teto Financeiro Global do Município (TFGM), e que são classificados como:

PAB – Piso de Atenção Básica. As transferências dos recursos PAB significam mais um passo rumo à descentralização, visando garantir a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população, além de tornar o sistema mais eficiente, com garantia de acesso aos serviços e à integralidade da assistência. As responsabilidades dos municípios aumentam na medida em que adquirem capacidade de gestão, além de condições de ampliar suas ações e atividades. O PAB é entendido como um repasse financeiro, da esfera federal para o município, que, ao somar com as outras modalidades de financiamento, visa garantir um mínimo de ações e procedimentos executados. É dos municípios a responsabilidade em relação aos recursos PAB.

FAE – Fração de Assistência Especializada, remunera procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, segundo a tabela SIA/SUS, como atendimento médico em especialidades, de acordo com a capacidade instalada de produção, para os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal.

2.1.6.2 ESFERA ESTADUAL

No âmbito estadual, cabe a responsabilidade de complementaridade na gerência, na prestação e controle dos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares, que garantem o acesso da população aos serviços que estejam fora do alcance municipal. Na esfera estadual, cabe a formulação da política estadual de Saúde, a coordenação e o planejamento do Sistema Estadual de Saúde. (COHN e COHN, 2001, p. 68).

O Estado realiza, ainda, transferências de recursos financeiros e materiais aos municípios, conforme contratos firmados entre as partes, como os Termos de Cessão de Uso de Materiais, Termo de Transferência de Imóveis, disponibilidade de funcionários do governo do Estado para prestar serviços em outras esferas do governo e Termos Aditivos de Repasses de recursos financeiros, destinados a algum objetivo específico, geralmente relacionado à construção ou à reforma de imóveis, além da aquisição de equipamentos e veículos. O Estado repassa também Cesta Básica de Medicamentos, além de arcar com os custos de internações hospitalares em hospitais públicos estaduais.

“As transferências foram a principal forma de financiamento dos gastos em Saúde sob responsabilidade dos Estados” (AFFONSO e col. 1996,p.59).

2.1.6.3 ESFERA MUNICIPAL

Os governos municipais possuem grande autonomia em relação às demais esferas do governo, possibilitando maior poder decisório na implantação das políticas locais. Os municípios passaram a aplicar grande parte dos seus recursos em Saúde. As secretarias municipais, na implantação do SUS, ofereciam resistência em criar estruturas com autonomia financeira e decisória, inclusive perdendo o poder local.

O município é responsável, em primeira instância, pela situação da Saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando e encaminhando aos demais serviços (dentro e fora do município), conforme as necessidades.

As ações e os serviços de atenção à Saúde devem ser desenvolvidos em uma série de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, visando ao atendimento integral da população vinculada ao SUS, possibilitando ainda a implantação de um sistema municipal, com uma parcela maior de responsabilização dos municípios com sua população. Considerando a variação da realidade de cada município, o poder público possui diferentes características em seus modelos de organização, diversidade de atividades, de disponibilidade de recursos, além de variada capacidade gerencial, configurando-se em diferentes formas de gestão. Este modelo visa a transformação da relação entre o usuário e os prestadores de serviço do sistema, por meio do estabelecimento de um maior vínculo entre eles, objetivando a interferência nos fatores determinantes da Saúde.

Isso importa no desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e serviços, na adequação à realidade local dos municípios, além da

reorganização da atenção básica, contribuindo para o funcionamento dos demais níveis de complexidade do sistema de Saúde, seja melhorando o acesso da população em todos os níveis de assistência, seja implementando ações de Marketing de Serviços, que possibilitam, através de grupos populacionais, individualizar ações, com melhor conhecimento do usuário ou grupos de usuários seja contemplando a ótica da Comunidade no pacote de serviços assistências.

2.1.7 MODELOS ASSISTENCIAIS

Na prestação de serviços, múltiplas dimensões são percebidas como um pacote de benefícios implícitos e explícitos, ou seja, respectivamente benefícios psicológicos e funcionais que o usuário pode sentir e as características essenciais intrínsecas aos serviços (FITZSIMONS e FITZSIMONS 2000).

Na prestação de serviços de saúde, ao adotar um modelo assistencial, é necessário o conhecimento da realidade local para possibilitar a implantação e operacionalização de um modelo compatível com a estrutura organizacional local, facilitando desta forma a percepção do pacote de serviço pelo usuário. Existem alguns modelos assistenciais em Saúde implantados e vigentes no País, escolhidos de acordo com a realidade e necessidade locais, visando atender os principais interesses dos gestores do sistema de Saúde municipal, conforme abaixo:

- **Sistema Local de Saúde (Silos)** – modelo considerado como estratégico para garantir a organização dos serviços de saúde, visando à reorganização e reorientação dos Sistemas Nacionais de Saúde baseados nos processos de territorialização, e desenvolvimento local, considerado fundamental no processo de mudanças organizacionais do setor da Saúde, além de considerar os princípios do

planejamento estratégico, por meio da melhoria da capacidade de gestão local. (KISIL, 1998)

- **Cidades Saudáveis** – segue a proposta do Silos, além de levar em consideração a dimensão ambiental, com foco na promoção da Saúde. Em relação ao acesso, é universal. O modelo dá maior atenção ao planejamento urbano em nível local.

- **Saúde da Família** – o modelo visa ao atendimento em Saúde de comunidades, a partir do atendimento ao núcleo familiar, buscando a melhoria da cobertura assistencial para populações carentes com pouco acesso aos serviços de saúde. O modelo está comprometido com as práticas de promoção da Saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Entre as estratégias existentes, a estratégia de Saúde da Família tem contribuído para a construção de um modelo de Saúde mais resolutivo e humanizado, sendo prioridade para o Ministério da Saúde. As unidades de Saúde, reorganizadas para o atendimento da Saúde da Família, passam a ser responsáveis por um número de famílias que residem numa área de abrangência próxima, possibilitando o vínculo entre as pessoas e o serviço de saúde.

Estes pacotes de serviços, disponibilizados à Comunidade, através de estratégias de territorialização e municipalização, como visto anteriormente, requerem não só a busca da otimização dos recursos, mas também a participação da população, tida como controle social do Sistema e como forma de comprometimento do cidadão (MS, 2003).

Este comprometimento e controle social poderão ser reforçados através de estratégias de prestação de serviços que corroboram a percepção do usuário. Neste

contexto, a fidelização e comprometimento do usuário são necessários e estão ligados a vários relacionamentos com a Instituição.

Identificação, atenção e satisfação das necessidades e comportamentos do usuário devem orientar a Instituição. A esse respeito STEWART (1997) lembra que há muito tempo atrás, o planejamento em longo prazo convergia basicamente para a questão da determinação das instalações e do financiamento que seriam necessários para satisfazer o crescimento esperado nas linhas de produto da Instituição. Mais recentemente, os planejadores vêm dando uma importância maior à população, que a Instituição deve escolher para servir. Estes profissionais propõem como sendo a principal missão do planejamento em longo prazo, a determinação de áreas atraentes de novas oportunidades e a formulação de programas para desenvolvê-las. Dessa forma, o ponto de vista de mercado, tornou-se preponderante no planejamento.

2.2 ADMINISTRANDO PACOTES DE SERVIÇOS.

2.2.1 SERVIÇOS: CARACTERÍSTICAS E PROCESSOS

Na área de Saúde, as necessidades dos usuários são tradicionalmente vistas como limitadas às suas necessidades de cuidados médicos (DUNLAP 1986). Os prestadores de serviços de saúde criam produtos para satisfazer a estas necessidades. Tais produtos — na maioria dos casos, serviços específicos — incluem o conhecimento e a capacidade técnica do prestador, bem como a capacidade tecnológica da instituição na qual opera o prestador.

Segundo FLEXNER e BERKOWITZ (1979), os profissionais de Saúde têm sua ótica voltada às características técnicas. Os usuários, por outro lado, usam com frequência critérios bastante diferentes quando avaliam serviços de saúde (FLEXNER e BERKOWITZ 1979), dando maior ênfase aos componentes não-técnicos da prestação de serviços, do qual esperam obter valores ou benefícios. Entre os benefícios que os usuários desejam ou esperam em uma instalação médica estão: aparência agradável, conforto físico, oportunidade de comunicação efetiva com a equipe, facilidade na obtenção de serviços e acolhimento, entendido este como a atenção dos profissionais e do local.

Por conseguinte, deve-se dar prioridade, no planejamento, à identificação dos benefícios que mais influenciam os usuários na decisão de usar ou não serviços de saúde e onde os obter. Mas, por outro lado, torna-se imperioso o conhecimento das variáveis que compõe este serviço, iniciando-se por seu aspecto conceitual.

“Serviço é qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. A

execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto” (KOTLER 2000, p. 448).

Na concepção de LOVELOCK E WRIGHT (2001, p.5), duas definições fazem-se necessárias para se retratar a essência dos serviços:

“Serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção”;

“Serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para usuários em tempos e lugares específicos, como decorrência da realização de uma mudança desejada no – ou em nome – do destinatário do serviço”.

A literatura sobre o tema deixa claro que, muito embora os serviços possam estar associados a um bem, características discutidas por pesquisadores o diferenciam dos produtos tangíveis. As características mais analisadas para diferenciá-los de bens físicos foram: intangibilidade, heterogeneidade, perecibilidade do resultado e simultaneidade de produção e consumo (SASSER e col. 1978).

Recentemente autores destacam mais do que quatro aspectos que diferenciam as atividades envolvidas nos dois contextos. LOVELOCK e WRIGHT (2001). Discutem os critérios de propriedade do serviço, sobre o envolvimento e a participação do usuário na prestação dos serviços ao contrário do que ocorre com o produto, ausência de estoque e difícil avaliação pelos usuários de determinados serviços, conforme relacionado na Figura 2, a seguir.

Figura 2 - Diferenciação entre Serviços e Bens Quanto às Características.

Características	Serviços	Bens
Relação com os usuários	Geralmente envolvem uma relação contínua com os usuários.	Geralmente envolvem uma relação impessoal e breve. Embora a força e a duração das relações estejam crescendo.
Acessibilidade	Serviços só podem ser usados no momento em que são oferecidos	Bens podem ser colocados em estoque e usados num momento posterior
Intangibilidade	O usuário possui apenas lembranças ou resultados	O usuário possui objetos que podem ser usados, revendidos ou dados para outros.
Inseparabilidade	Serviços não podem ser separados das pessoas que os fornece.	Bens normalmente são produzidos por determinadas pessoas e vendidos por outras.
Esforço do Usuário	O usuário pode estar a par da produção dos serviços	O envolvimento do usuário pode ser limitado a comprar o produto final e usá-lo
Uniformidade	Devido à inseparabilidade e ao alto envolvimento, cada serviço pode ser único, com uma possível variação de qualidade.	As variações na qualidade e as diferenças em relação a padrões podem ser corrigidas antes que os usuários comprem os produtos.

Fonte: Churchill JR., G. A.; Peter, J. P. Marketing: Criando valor para os usuários. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 293.

Dependendo do serviço, o envolvimento dos usuários na sua realização pode ser intenso, como, por exemplo, serviços que envolvem o auto-atendimento. Sendo assim, para o bom funcionamento no uso do serviço, a orientação e o preparo dos usuários pode ser fundamental (CANZIANI 1997). No que tange ao setor Saúde esta característica implica na utilização correta dos recursos disponibilizados.

Como se pode constatar na Figura 3, adiante, representada pela matriz de processo (SCHEMENNER 1986). Nela os serviços são classificados mediante duas dimensões que afetam significativamente o caráter do processo de atendimento. O eixo horizontal mede o grau de intensidade de trabalho que é definido como a proporção entre

o custo do trabalho e o custo do capital. Assim, serviços que exigem muito capital, como Hospitais , aparecem no alto da tabela, por causa dos investimentos em instalações e equipamentos em relação aos custos de trabalho.

O eixo vertical mede o grau de interação do usuário e de personalização, uma variável de marketing que descreve a capacidade do usuário de interferir pessoalmente na natureza do serviço que está sendo prestado.

Uma alta interação entre o usuário e o prestador de serviços é necessária quando o serviço é personalizado em vez de padronizado.

É importante ressaltar, entretanto, que a interação resultante de alta personalização cria problemas potenciais para o gerenciamento do processo de atendimento.

Os quatro quadrantes da matriz de processos de serviços foram nomeados, como se definiu nos dois eixos, para descrever a natureza dos serviços ilustrados.

As indústrias de serviços proporcionam serviços padronizados com altos investimentos de capital, o que é semelhante a uma linha de produção de uma fábrica.

As lojas de serviços permitem maior personalização, mas fazem isto em um ambiente de alto investimento de capital.

Usuários de serviços de massa recebem um serviço não-diferenciado, em um ambiente de trabalho intenso; aqueles que recorrem a um serviço profissional receberão atenção individual de especialistas altamente treinados.

Figura 3 - Matriz de processos de Serviços.

		Grau de Interação e Personalização	
		Baixo	Alto
Grau da Intensidade da Mão-de-Obra	Baixo	(IV) Indústrias de Serviços	(I) Lojas de Serviços (Hospitais)
	Alto	(III) Serviços de Massa	(II) Serviços Profissionais (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos)

Fonte: Schmenner, R. W. How can service businesses survive and prosper? Sloan Management Review, Cambridge: Massachusetts's Institute Technology, v.27, n.3, p.25, primavera 1986.

Serviços com alta necessidade de capital, tais como hospitais, só se mantêm competitivos mediante constantes atualizações tecnológicas. Este investimento de capital também requer gestores que programem a demanda para manter a utilização dos equipamentos. Alternativamente, operações de serviços com alto grau de intensidade de trabalho, tais como profissionais da área médica, devem se concentrar nas pessoas.

2.2.2 PACOTE DE SERVIÇOS

Há múltiplas dimensões em um serviço, que pode ser percebido como um conjunto de benefícios implícitos e explícitos voltados e oferecidos para e por pessoas, e que se efetiva dentro de instalações de suporte que atendem necessidades. O pacote de serviços é definido como um conjunto de mercadorias e serviços que são fornecidos em um ambiente. Esses componentes consolidam a imagem percebida do serviço pelo usuário e poderá ser melhorada na medida em que o pacote de serviços recebidos convergir com o esperado. Os recursos físicos disponibilizados antes, durante e após a

prestação dos serviços, acompanhados dos benefícios efetivamente contratados, são aqueles para cuja efetivação o usuário procurou a Instituição, seja a cura, a medicação ou simplesmente a orientação e apoio, além dos benefícios tidos como psicológicos, pois este é intrínseco à atividade. FITZSIMMONS e FITZSIMMONS (2000) apresentam características e alguns componentes de um pacote de serviços, representados após pela Figura 4.

Figura 4 - Pacote de Serviços.

Instalações de apoio	Recursos físicos que devem estar disponíveis antes de se oferecer um serviço, são evidências físicas e, como tal, são consideradas pelos usuários na avaliação do serviço. A construção física, equipamentos, utensílios e instrumentais da UBS.
Bens Facilitadores	Itens físicos fornecidos ao usuário para serem consumidos ou utilizados no processo de prestação do serviço; são serviços adicionais e facilitam o uso dos serviços centrais. Curativos, Medicamentos, Cartão Nacional de Saúde.
Serviços explícitos	Características essenciais ou intrínsecas dos serviços. O serviços de assistência à saúde.
Serviços implícitos	Benefícios psicológicos que o usuário pode sentir apenas vagamente, ou características extrínsecas dos serviços. Segurança, bem-estar bio-psico-social.

Autora.

Para a criação de um composto de marketing apropriado, devem ser considerados os desafios resultantes das características únicas dos serviços, que se encontram, de forma resumida a seguir, na Figura 5.

Figura 5 - Características únicas dos serviços e problemas de marketing resultantes.

Características únicas dos Serviços	Problemas de marketing resultantes
Intangibilidade	<ul style="list-style-type: none"> SUS tem como princípios, a universalização, a equidade e a integralidade na assistência. Defini-se, portanto, uma filosofia com muitas dificuldades na sua avaliação. Avaliar não se resume a acompanhar cronogramas ou fazer inventários de ações.
Inseparabilidade da produção e consumo	<ul style="list-style-type: none"> Os trabalhadores da Saúde que prestam o serviço são fundamentais e inalienáveis para sua produção. A qualificação dos profissionais de saúde do SUS é referida, e dimensionada, a partir de lógica assistencial e não como parte intrínseca da operação do serviço. A questão da Promoção da Saúde e da Educação em Saúde, reforçam a característica de que os usuários devam participar da produção; Os usuários não podem assumir a utilidade de posse; serviços são difíceis de distribuir.
Contato com o usuário	<ul style="list-style-type: none"> Transformar um serviço de alto contato em um de baixo contato para reduzir custos;
Precibilidade	<ul style="list-style-type: none"> A prestação dos Serviços de saúde, tem capacidade produtiva limitada, a capacidade não utilizada é desperdiçada; por outro lado o mal dimensionamento dos recursos, gera um acúmulo na demanda, ultrapassando a capacidade instalada, em suma os serviços não podem ser estocados; <p>Dificuldades de balancear o suprimento e a oferta,</p>
Heterogeneidade	<ul style="list-style-type: none"> É difícil controlar a qualidade; avaliação requer o entendimento das variáveis qualitativas que interferem na entrega do serviço; Dificuldades de padronizar a prestação do serviço.
Relacionamentos baseados nos usuários	<ul style="list-style-type: none"> Sucesso depende da satisfação e da manutenção de usuários vinculados ao Sistema com vistas a ações de Qualidade de Vida. As estruturas do Sistema de Saúde não conseguem desenvolver técnica do Marketing de Relacionamento

Modificado e adaptado de Peter, J. P.; Donnelly JR., J. H. A preface to marketing management. 6. ed. Burr Ridge: Richard D. Irwin, 1994. p.220 – 228. Nova York: The Free Press, 1990.

A intangibilidade, presente na maior parte dos serviços, embora alguns contenham elementos mais concretos, gera dificuldade aos usuários na avaliação do produto antes de seu uso. Por esse motivo, eles precisam depositar um grau de confiança no prestador do serviço havendo algumas vezes dissonância entre expectativa e a efetiva experiência com o serviço.

É praticamente impossível distribuir serviços na forma tradicional por que os usuários não podem assumir a propriedade física dos mesmos. Os sistemas de distribuição devem ser desenvolvidos para fornecer serviços.

Cada serviço requer um nível específico de contato entre fornecedor e usuário, sendo este freqüentemente participante do processo de criação do serviço. A proximidade do usuário com o fornecedor deve ser explorada no sentido de detecção e ajuste das características dos serviços às necessidades do primeiro. A perecibilidade representa uma questão fundamental no planejamento do escoamento do serviço e na administração da flutuação da demanda. A impossibilidade de se repetir um serviço nas mesmas condições pode ser interpretada como uma vantagem, no sentido de versões posteriores melhores, como também um problema, dada a dificuldade de padronização e repetição de uma experiência bem sucedida.

Finalmente, algumas reflexões precisam ser destacadas ao se considerar peculiaridades relacionadas aos serviços prestados pelo setor Saúde. Em primeiro lugar, o contato entre o prestador e o usuário ocorre em meio á uma série de expectativas organizadas de forma distinta em ambos os lados. Do lado do profissional de saúde, (prestador), a oferta de serviços baseada nos avanços tecnológicos responderia, em grande parte, por suas expectativas. Na outra ponta, a perspectiva e recuperação plena da condição física e de acolhimento psico-social

pode ser o norteador do processo de avaliação do serviço. Cria-se assim um impasse no modelo de gestão, particularmente no tocante à formação de recursos humanos.

Outro ponto a ser considerado diz respeito à perecibilidade do serviço de saúde oferecido, esta característica , incorre principalmente na questão da flutuação da demanda e da na dificuldade da padronização, isto porque, cabe também ao usuário o comprometimento e responsabilidade no tratamento; podendo-se dizer no controle da patologia (psíquica ou orgânica, caso fosse possível “ caracterizar de maneira reducionista a doença). Além disto, os avanços da medicina têm mostrado de maneira bastante enfática que as condições de vida oferecem o pano de fundo na maioria das recuperações das patologias. Em outras palavras, a “medicalização” do indivíduo, mesmo que, feita de maneira tecnicamente correta, não é condição necessária e suficiente para a recuperação integral do usuário.

2.3 MARKETING DE SERVIÇOS FRENTE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.3.1 A ESTRATÉGIA DE MARKETING DE SERVIÇOS

Segundo GRÖNROOS (1995) o ponto principal que possibilita destacar a importância do marketing na área de serviços é o aumento da interface entre o usuário e a Instituição. Para tanto, marketing não é somente uma técnica ou um instrumento e sim uma filosofia que orienta todo o Sistema , pessoas e alocação de recursos (GRÖNROOS, 1995)

2.3.2 SERVIÇOS E MARKETING

No marketing de serviços, podem ser identificadas variáveis de decisão, elencadas como sendo: elementos do produto, lugar e tempo, processo, produtividade e qualidade, pessoas, promoção e educação, evidência física, preço e outros custos do serviço.

- Elementos do produto: todos os componentes do desempenho do serviço que criam valor para os usuários;
- Lugar e tempo: decisões gerenciais a respeito de quando, onde e como entregar serviços aos usuários;
- Processo: método e a seqüência dos sistemas operacionais de serviços;
- Produtividade e qualidade: aspectos que não podem ser dissociados, tendo em vista que a produtividade correspondente ao grau de eficácia com que os insumos de serviços são transformados em produtos com valor para os usuários, e qualidade reflete o grau em que um serviço satisfaz os usuários;
- Pessoas: as interações diretas e pessoais entre os usuários e os prestadores do serviço, que influenciam as percepções que aqueles fazem da qualidade do serviço recebido;
- Promoção e educação: Atividades e incentivos de comunicação com o objetivo de aumentar a preferência do usuário por um serviço;
- Evidência física: aspectos tangíveis que fornecem evidência da qualidade do serviço;

- Preço e outros custos do serviço: despesas em dinheiro, tempo e esforço em que os usuários incorrem ao comprar e consumir serviços.

Como se pode constatar existe uma interdependência entre as funções de marketing, operações e recursos humanos no atendimento das necessidades do usuário.

Este enfoque centrado no usuário, diferencial do marketing de serviços -uma vez que no marketing tradicional o foco é dirigido ao produto-, é complementado pelas suas diretivas de relacionamento (marketing de relacionamento), dependente do contato íntimo e permanente com o usuário, adicionando-se critérios de diferenciação e vantagens pela utilização (LOVELOCK e col. 2001).

O gerenciamento do SUS deve ser feito tendo o usuário como parte essencial de todo o processo como produto final; assim sendo, marketing e assuntos estratégicos não podem ser dissociados das operações, que, por sua vez, devem ser atreladas às informações referentes ao comportamento do usuário.

Por outro lado, ZEITHAML e col. (1993), afirmam que as expectativas do usuário envolvem diversos elementos diferentes, tais como serviços desejados, serviço adequado, serviço previsto e uma zona de tolerância existente entre os níveis de serviço desejado e adequado. Estes fatores interagem com as necessidades e crenças, levando os usuários a desenvolverem a imagem do serviço de saúde desejável, e que muitas vezes não está à disposição como deveria estar, a base do relacionamento com a Comunidade, através dos mecanismos de Controle Social do SUS, permite a criação de uma zona de tolerância, tanto por parte do usuário quanto dos profissionais de Saúde, envolvidos no processo de prestação de serviços, criando condições favoráveis para a percepção de um serviço adequado, como mostra Figura 6.

Figura 6 - Fatores que influenciam as expectativas de serviço.

Fonte: Zeithaml, V. A.; Berry, L. L.; Parasuraman, A. The nature and determinants of customer expectations of service. Journal of the Academy of Marketing Science, Greenvale: Sage Publications, v. 21, n.1, p. 1 – 12, 1993.

ZEITHAML e BERRY. (1993) argumentam que o serviço desejado está relacionado com o nível esperado, de qualidade de serviço que possa e deva ser entregue pela empresa. O serviço adequado é um conceito que corresponde ao nível mínimo de serviço que um usuário aceitará sem ficar insatisfeito. Os autores, acrescentam neste cenário, a noção de serviço previsto, que se refere ao grau de qualidade do serviço esperado efetivamente pelo usuário. Sendo desta maneira definida como zona de tolerância o grau de variações na entrega do serviço que os usuários estão dispostos a aceitar. (ZEITHAML e col. 1993).

CROSBY (1979, p.17) condiciona qualidade à “conformação com os requisitos”. Esclarece que os requisitos devem ser claramente estabelecidos em termos mensuráveis, e medidas de desempenho devem ser continuamente obtidas para se aferir à compatibilidade entre o resultado objetivado e o esperado. Definida dessa maneira, a qualidade é vista como uma atividade orientada para a ação, requerendo medidas corretivas quando esta conformação deixa de ser mantida.

De acordo com ANDERSON e col. (1994) nos estudos de marketing e economia, a qualidade é vista como dependente do nível dos atributos do produto. Na administração de operações, qualidade repousa em duas dimensões básicas: a) conformidade para uso, que diz respeito ao funcionamento e as características que atendem às necessidades dos usuários; b) confiabilidade, no que diz respeito a falhas nos serviços.

A literatura também mostra que a qualidade do serviço e a satisfação do usuário, embora com conceitos afins, não tem exatamente a mesma conotação. Diversos autores indicam que, a qualidade do serviço baseia-se em avaliações cognitivas de longo prazo, ao passo que a satisfação consiste em uma reação emocional de curto prazo a uma experiência específica de um serviço (CRONIN e TAYLOR 1992). Cada nível de satisfação experimentado no recebimento de um serviço é empregado para a atualização das percepções de sua qualidade. Abaixo a Figura 7, relaciona os conceitos de expectativas, satisfação do usuário e qualidade do serviço.

Figura 7 - A Relação entre Expectativas, Satisfação do Usuário e Qualidade Percebida no Serviço.

Modificado e Adaptado de Zeithaml, V. A.; Berry, L. L.; Parasuraman, A. The natures and determinantes of customer expectations of services. Journal of the Academy of Marketing Science, Greenvale: Sage Publications, v. 21, n. 1 – 12, 1993)

As expectativas do usuário fornecem elementos para o seu julgamento da qualidade de um serviço, no sentido de ele comparar a qualidade esperada com a realmente recebida. Quando o desempenho do serviço fica acima dos níveis desejados é associado a um nível superior de qualidade. Se o serviço recebido fica dentro da zona de tolerância, sua avaliação corresponde a um serviço adequado. Entretanto, caso o serviço recebido seja considerado abaixo do nível adequado, o usuário perceberá uma lacuna em sua qualidade. A Figura 8 ilustra a diversidade de lacunas que podem ser identificadas na avaliação do desempenho de um serviço.

Figura 8 - Sete Lacunas na Qualidade que Resultam em Insatisfação do Usuário.

Modificado e Adaptado de Lovelock, C. H. Product Plus: how product + service = competitive advantage. Nova York: MvGraw – Hill, 1994. p. 112

Estas lacunas na qualidade do serviço , segundo LOVELOCK E WRIGHT, (2001) potencialmente podem ocorrer da seguinte forma:

- 1 – lacuna no conhecimento: a diferença entre o que os fornecedores de serviço acreditam que os usuários esperam e as necessidades e expectativas reais dos usuários;
- 2 – lacuna nos padrões: a diferença entre as percepções da administração sobre as expectativas do usuário e os padrões de qualidade estabelecidos para a entrega do serviço;
- 3 – lacuna na entrega: a diferença entre padrões de entrega especificados e o desempenho real do fornecedor de serviço;
- 4 – lacuna nas comunicações internas: a diferença entre aquilo que o pessoal de propaganda e vendas julga que são as características do produto, desempenho e nível de qualidade do serviço e aquilo que a companhia realmente é capaz de entregar;
- 5 – lacuna nas percepções: a diferença entre aquilo que é realmente entregue e aquilo que os usuários percebem ter recebido (por que são incapazes de avaliar com acurácia a qualidade do serviço)
- 6 – lacuna na interpretação: a diferença entre aquilo que as campanhas de comunicação de um fornecedor de serviços realmente prometem e aquilo que um usuário acha que foi prometido por essas comunicações;
- 7 – lacuna no serviço; a diferença entre o que os usuários esperam receber e suas percepções do serviço que é realmente entregue.

A lacuna 1 corresponde à divergência entre as expectativas do usuário e a percepção pela administração destas expectativas. As expectativas dos usuários moldadas por anúncios, experiências anteriores com a Instituição e seus competidores,

necessidades pessoais e comunicação com amigos, não foram devidamente assimiladas pela gerência do serviço, criando-se um hiato na entrega do serviço. Para abrandar este tipo de falha algumas estratégias recomendadas incluem maior acurácia na pesquisa de mercado, melhoria na comunicação entre a administração e seus funcionários e redução do número de níveis gerenciais para aumentar a proximidade com o usuário.

A lacuna 2 decorre da incapacidade de a administração formular níveis de qualidade do serviço sintonizados com as percepções das expectativas do usuário e da inabilidade para decodificá-las em especificações exequíveis. A lacuna 2 pode ser consequência de uma falta de comprometimento da administração com a qualidade do serviço ou de uma percepção de impossibilidade de atender as expectativas do usuário. A redução desta falha pode ser alcançada com o estabelecimento de metas e a padronização da prestação do serviço.

A lacuna 3 refere-se ao desacordo entre o desempenho do serviço e as especificações estabelecidas pela administração. Possíveis causas da lacuna 3 incluem falhas da equipe de trabalho, seleção inadequada de funcionários, treinamento inadequado e projeto inadequado das tarefas.

A lacuna 4 deriva da discrepância entre o serviço prestado e o serviço prometido com exageros de benefícios e a falta de esclarecimento dos funcionários da linha de frente.

As lacunas 5 e 6 refletem a divergência entre as expectativas e as percepções do usuário em relação ao que foi entregue e ao que foi prometido.

A lacuna mais comprometedora na qualidade é a lacuna 7, no serviço, por representar uma discrepância entre a avaliação geral do serviço recebido e o que era esperado. A redução dessa lacuna requer a diminuição ou mesmo a eliminação de

algumas das outras seis lacunas. Em todos os fornecimentos de um serviço esforços devem ser direcionados para evitar a ocorrência de todas as possíveis lacunas que afetam a sua qualidade.

A combinação dessas lacunas produz a percepção da qualidade do serviço pelo usuário. CHE et. al (1994, p.25) sugerem que a principal força do modelo de lacunas (Figura 9) é a sua capacidade de examinar criticamente variáveis-chave que influenciam a qualidade percebida na fase de interação ou entrega do serviço. Em contrapartida, eles também apontam que a principal fraqueza deste modelo é o fato de que certas variáveis que poderiam moderar a percepção da qualidade do serviço não são consideradas. Em que pesem restrições a este modelo, recomenda-se sua utilização para o diagnóstico dos problemas de qualidade nas Instituições de Saúde.

GRÖNROOS (1995) destaca que para desenvolver modelos de gestão de serviços e marketing é importante compreender o que os usuários, de fato, procuram e o que eles avaliam. Considera o conceito da qualidade percebida pelo usuário como o modelo de qualidade do serviço.

A dimensão funcional da qualidade compreende o modo como o serviço é prestado, ou seja, de que forma está ocorrendo a interação entre o prestador do serviço e o usuário.

A percepção das dimensões da qualidade (GRÖNROOS, 1995) pode sofrer o impacto da imagem que a instituição possui junto a seus usuários. Caso esta imagem seja boa, os pequenos erros provavelmente serão subestimados, fato que pode estar atrelado à percepção global de um serviço de saúde, desde a entrada até o atendimento médico. Na Figura 9 explicita ainda o autor que “a boa qualidade percebida é obtida quando a

qualidade experimentada atende as expectativas do usuário, ou seja, a qualidade esperada” (GRÖNROOS 1995,p.53).

Figura 9 - Qualidade Total Percebida.

Fonte: GRÖNROOS, C. Service Quality: the six criteria of good service quality. Review of Business, Nova York; St. John's University Press, v. 3, p. 12, 1998.

Pode-se a partir desta discussão inferir que “o nível da qualidade total percebida não é determinado pelo nível das dimensões da qualidade técnica e funcional apenas, mas sim pela diferença (*gap*) entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada” (GRÖNROOS, 1995, p.54).

A discussão dos critérios de qualidade são racionalizados por PARASURAMAN e col.(1998) em cinco dimensões que podem ser usadas como critério de avaliação da qualidade de um serviço, na comparação entre o serviço esperado e o percebido. Essas dimensões foram identificadas por várias categorias de serviços, podendo alterar-se em outras. São as primeiras dimensões que os usuários utilizam para julgar a qualidade dos serviços e estão listadas a seguir:

- Tangibilidade: é a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais para comunicação. A condição do ambiente (por exemplo, limpeza) é uma evidência tangível do cuidado e da atenção e da atenção aos detalhes exibidos pelo fornecedor do serviço. Esta dimensão também pode estender-se à conduta de outros usuários que estejam utilizando o serviço (por exemplo, o barulho de familiares em uma enfermaria ao lado, em um hospital).

- Empatia é demonstrar interesse, atenção personalizada aos usuários. A empatia inclui as seguintes características: acessibilidade, sensibilidade e esforço para compreender as necessidades dos usuários.

- Segurança: é o conhecimento e a cortesia dos funcionários bem como sua capacidade de transmitir confiança. A dimensão segurança inclui as seguintes características: competência para realizar o serviço, cortesia e respeito ao usuário, comunicação efetiva com o usuário e a idéia de que o funcionário está realmente interessado no melhor para o usuário.

- Responsabilidade: é a disposição para auxiliar os usuários e fornecer o serviço prontamente. Deixar o usuário esperando, principalmente por razões não aparentes, cria desnecessariamente uma percepção negativa da qualidade. Se ocorrer uma falha em um serviço, a capacidade para recuperá-la rapidamente e com profissionalismo, pode criar muitas percepções positivas da qualidade.

- Confiabilidade: é a capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão. O desempenho de um serviço confiável é uma expectativa do usuário e significa um serviço cumprido no prazo, sem modificações e sem erros.

As dimensões da qualidade em serviços e a comparação entre expectativas e qualidade percebida apresentam-se na Figura 10 onde ES = serviço esperado e PS =

serviço percebido. Quando se excede a expectativa, o serviço é percebido como de qualidade excepcional. Quando, ao contrário, não se atendem as expectativas, sua qualidade é considerada inaceitável. A convergência das expectativas, com o serviço percebido redunda em uma qualidade satisfatória.

Figura 10 - Qualidade percebida do serviço.

Fonte: Parasuraman, A. ; Zeithaml, V. A. ; Berry, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research, Journal of Marketing, New York: American Marketing Association, v. 49, n. 4, p. 48, outono 1985.

Ressalta-se que a confiabilidade é uma dimensão de resultado porque é avaliada pelos usuários depois da experiência do serviço. As outras quatro dimensões são aspectos do processo porque podem ser avaliadas pelos usuários durante a entrega do serviço.

Sendo assim, o usuário satisfeito é um importante disseminador de informações favoráveis para a Instituição prestadora de serviços, contribuindo para a redução do custo para atração de novos usuários ou nos sistemas de campanhas de

promoção de Saúde. No que tange aos serviços profissionais, a repercussão de uma boa reputação constitui poderoso recurso para atração de novos usuários (DAWES, e col. 1992).

2.3.3 O CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO SERVIÇOS DO SUS

A participação da Comunidade no SUS, assegurada pela Constituição de 1988, é o exercício de um direito de cidadania (ANDRADE e col. 2001). Neste sentido, a participação pode se resumir a um caráter consultivo, levantando questões e propondo soluções, bem como a um caráter deliberativo representado tecnicamente pelos Conselhos Municipais de Saúde ou ainda, conselhos gestores locais. Todos, voltados para formular, controlar e fiscalizar a execução da política de Saúde no seu âmbito de governo. Neste contexto, ANDRADE e col.(2001) discutem a necessidade do efetivo controle social através dos canais institucionalizados, terem acesso às informações, sejam elas, dados de financiamento, dados sanitários, epidemiológicos ou da legislação.

Cabe ainda destacar a importância do conhecimento do perfil do usuário, quanto a suas expectativas, percepções e outras variáveis sócio-econômicas e culturais (SECs) que podem impactar o sistema, “...este tem sido um dos maiores desafios encontrados na implementação do SUS no que se refere ao controle social...” (ANDRADE e col. 2001, p.104).

Os autores reforçam ainda que o sistema de informação deve ser encarado como condição *sine qua non* dentro do Controle Social do SUS, pois sua ausência afeta a qualidade das decisões dos usuários e gestores sobre as questões de Saúde, da

mesma forma que permite a manutenção de mecanismos de privilégio de oportunidades no que tange a disponibilidade de recursos e acesso.

Entendidos, por um lado, a disponibilidade de recursos como sendo a adequação do suprimento de recursos. Por outro lado, a disponibilidade de acesso como sendo a alocação dos recursos num local onde haja demanda.

A relação entre acesso geográfico e a utilização de serviços depende do tipo de atendimento e tipo de recurso considerado. Quanto mais grave a queixa ou a doença e quanto mais sofisticado ou especializado o recurso ou serviço, menos importante ou forte é a relação entre a acessibilidade geográfica e o volume de serviços utilizados. Esta constatação vem sendo contemplada, indiretamente, no processo de regionalização da rede de recursos assistenciais, hospitalares e de apoio ao diagnóstico e tratamento.

2.3.6 A CAPACIDADE PRODUTIVA E A RELAÇÃO OFERTA-DEMANDA

Para se entender os mecanismos de ajuste da capacidade produtiva, devem ser avaliados os elementos que a compõem na organização de serviços.

Capacidade produtiva de um serviço é a extensão de cinco elementos:

- Instalações físicas para abarcarem os usuários na prestação de serviços processados, com pessoas ou com estímulo mental.
- Instalações físicas para o armazenamento de bens pertencentes aos usuários ou a eles vendidos.
- Equipamento físico para processamento envolvendo pessoas, bens ou informações.
- Mão-de-obra, que consiste em um elemento crítico em todos os serviços.

- Infra-estrutura ou privada, que afetam as Instituições prestadoras de alguns serviços.

A estratégia de acompanhamento da demanda, (FITZSIMONS e FITZSIMONS 2000; SASSER JR. 1976), pode ser um instrumento para ajustar a capacidade para atender o nível de demanda a qualquer momento dado, de várias maneiras: programar interrupções durante períodos de demanda baixa; utilizar funcionários extras em período de maior demanda; alugar ou compartilhar instalações e equipamentos extras, para se limitar o investimento em ativos fixos; fazer treinamentos cruzados de funcionários, resultando em maior versatilidade da equipe que poderá desempenhar funções não usuais para cobrir situações de pico de demanda.

Quanto ao controle de variação na demanda, é preciso, primeiramente, identificar os fatores subjacentes ao ciclo da demanda, que poder ser definido como um período de tempo durante o qual o nível de demanda para um serviço crescerá e decrescerá de um modo até certo ponto previsível antes de se repetir (LOVELOCK e WRIGHT 2001).

Quando se analisa a relação oferta-demanda nos serviços de saúde, deve-se considerar a conjugação de variáveis sociais individuais e culturais presentes na comunidade (Almeida e col, 2002). Grandes variações de demanda têm sido documentadas em diversas áreas geográficas. Segundo estes autores, esta variabilidade pode ser explicada, em parte, pelo grau de incerteza da prática clínica onde não estão envolvidas apenas as características da saúde do usuário, mas também a possibilidade de uso inadequado dos recursos disponíveis por todos os atores do processo.

Segundo Anderson, 1994, três dimensões estão envolvidas no componente da demanda a partir da ótica da utilização dos serviços.

1. Capacidade do usuário de procurar e receber serviços. Nesta dimensão são alocadas as variáveis de proximidade, disponibilidade, renda e quantidade de serviços ofertados.
2. Necessidade do usuário. Trata-se da percepção do usuário a respeito de seu estado de saúde.
3. Predisposição do usuário. São relativos à características individuais (sócio- demográficas e familiares- idade, sexo, grau de escolaridade e raça).

Este modelo aponta para ajustes gerenciais na relação oferta-demanda baseados no perfil dos usuários , nas características intrínsecas isoladas e no seu inter-relacionamento com o conjunto das dimensões. Este trabalho está voltado a estudar as 3 dimensões, em usuárias de uma Unidade Básica de Saúde e sua relação com a demanda.

2.4 O MARKETING BASEADO EM BANCO DE DADOS.

STAIR (1996) considera que a informação pode ser vista como um dado tornado mais útil pela aplicação do conhecimento. O conjunto de dados, regras, procedimentos e relações que devem ser seguidos para se atingir o valor informacional ou o resultado adequado do processo está contido na base do conhecimento.

Acrescenta que o valor para os gerentes e tomadores de decisões, a informação deve reunir um certo número de características específicas, ela deve ser: precisa, completa, econômica, flexível, confiável, relevante, simples, em tempo e verificável.

- ♦ **Precisa** — sem erros.
- ♦ **Completa** — com fatos importantes.
- ♦ **Econômica** — custo da obtenção da informação.
- ♦ **Flexível** — poder de utilização.
- ♦ **Confiável** — fonte segura e segurança no método de coleta.
- ♦ **Relevante** — estar intrinsecamente relacionado com o fator de decisão.
- ♦ **Simples** — complexidade pode ocultar o grau de importância e relevância.
- ♦ **Atual** — estar condizente com o momento da decisão.
- ♦ **Verificável** — pode ser confrontada em sua fonte.

A questão crucial não é a falta de informações, mas sim a capacidade de acompanhá-las.

O processo de atualização e coleta de dados, bem como sua transformação em informação, conforme a assertiva de STAIR (1996), exige a construção de uma sistematização das etapas de burilamento do dado. O autor esboça essa sistematização nos passos de um sistema de informação, que deve ser eficiente.

Para STAIR (1996) um Sistema de Informação (SI) eficiente pode ter um grande impacto na estratégia corporativa e no sucesso da organização.

Entre os benefícios que as Instituições de Saúde devem procurar obter através dos SI estão:

- ♦ valor agregado aos serviços;
- ♦ maior segurança;

- ♦ serviços e produtos de melhor qualidade;
- ♦ vantagens competitivas;
- ♦ menos erros;
- ♦ maior precisão;
- ♦ aperfeiçoamento no sistema de Saúde;
- ♦ aperfeiçoamento das comunicações; maior eficiência; maior produtividade;
- ♦ administração mais eficiente;
- ♦ mais oportunidades;
- ♦ custos reduzidos;
- ♦ melhoria na qualidade das tomadas de decisões financeiras e gerenciais;
- ♦ maior e melhor controle sobre as operações.

Considerando a preocupação do estudo em seu enfoque mercadológico, é necessário identificar o sistema de informação dentro do ambiente de marketing.

2.4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM MARKETING E A GESTÃO DO RELACIONAMENTO COM O CLIENTE

Em marketing, os SI são usados para desenvolver novos bens e serviços (análise do produto), determinar a melhor localização para instalações de produção e distribuição (análise de local ou área), determinar as melhores abordagens de propaganda e de vendas (análise promocional), e estabelecer preços dos produtos para obter receita total mais alta (análise de preços). (KOTLER, 1996)

Um sistema de informação em marketing (SIM) — “consiste de pessoas, equipamentos e procedimentos para reunir, classificar, analisar, avaliar e distribuir as informações necessárias, oportunas e precisas para os tomadores de decisões de marketing” (KOTLER 1996, p.122), que apóia a gestão do relacionamento do cliente (Customer Relationship Management-CRM).

O marketing evoluiu do enfoque do produto ao foco no cliente este conceito mostra a importância do consumidor/usuário diante das empresas e deixa claro que o usuário está interessado em ter suas necessidades atendidas.

O CRM vem possibilitar o atendimento dessas necessidades, pois é um posicionamento da instituição tanto no que diz respeito a sua forma de prestar serviço quanto ao seu posicionamento de investimento em tecnologia.

Para fazer frente a esta forma de gestão, soluções tecnológicas devem ser assumidas, entretanto, não são simples e tampouco podem ser subestimadas o que envolve uma alteração de paradigmas de cultura institucional.

Esta forma de tratar de individualizar o usuário dentro de uma massa populacional exige o conhecimento de marketing baseado em banco de dados (*database marketing*)

“Nem todos os usuários são iguais. Essa é a base do *database marketing*, que parte da premissa de que coletando, mantendo e analisando as informações sobre os usuários e/ou usuários em potencial (*prospects*), é possível implementar programas de comunicação de marketing mais efetivos e eficientes”(JACKSON e WANG 1997 p. 5).

A utilização do *database* pode ser passiva ou ativa, de acordo com a natureza da atividade de marketing. O *database* passivo segue o pensamento clássico do marketing. Um projeto de marketing produz resultados que ficam armazenados em um *database* e futuros projetos são construídos com base nesses mesmos dados. O *database* ativo funciona como um recurso estratégico.

O *database marketing* (DBM), na visão de KOTLER (1996, p.485), um sistema interativo de marketing utiliza uma ou mais mídias de resposta direta do consumidor para obter uma resposta e/ou transação mensurável a qualquer tempo ou lugar “ [...] as tendências atuais estão direcionadas ao marketing direto e ao marketing de banco de dados — *database marketing*. “

No aspecto estratégico, o papel do DBM, é ajudar o gestor de Serviços de saúde a identificar seu usuário e facilitar o relacionamento que se forma entre ele e esse público. Assim, o *database* torna-se o centro do sistema de inteligência desse profissional. Isso permite que ele monitore a relação formada entre seus serviços e usuários, para então comunicar-se com qualquer segmento do público-alvo quando necessário (JACKSON 1997).

Os autores complementam que as finalidades básicas das análises estatísticas devem ser:

- ♦ Segmentação e modulação preditiva, método chave da análise por regressão múltipla em que mais de uma variável independente afeta a variável dependente.

Com relação aos dados já disponíveis nos sistemas existentes e como são obtidos, existem duas questões muito importantes:

- ♦ Qualidade e acesso.

Verificar se os recursos atuais de *software* e *hardware* são capazes de suportar o *database* e suas aplicações. Os recursos de *software* e *hardware* existentes, raramente, são capazes de suportar o *database marketing*, visto que o *softwares*, na maior parte dos casos, foram projetados para dar suporte a funções operacionais e financeiras. Modificar o *software* operacional/financeiro para um *software* de marketing, é um processo arriscado, geralmente não muito adequado.

O processo de *database marketing* pode ser feito como sendo um processo interno, externo ou uma combinação dos dois. É preciso selecionar a abordagem que funciona melhor para a empresa (HUGHES, 1998, p. 38).

HUGHES (1998) alerta para a questão de atualização versus substituição de dados, que tem de ser respondida redefinindo quais dados são essenciais e quais não o são. Se os usuários, por exemplo, se mudam, o novo endereço substitui o velho endereço, o que pode ser apagado do arquivo. O velho endereço não é essência. O que é essência, entretanto, é a informação que tem que ver com a mudança: a data, a extensão da mudança geográfica, o valor da nova casa com relação à velha casa.

Lembra o autor os questionamentos que devem ser feitos para se atualizarem e/ou renovarem as informações existentes. Qual informação é importante e qual informação não é importante? É preciso voltar o foco para as finalidades básicas de um *database marketing*, isto é usar, os dados comportamentais e outros dados para determinar estratégias e táticas.

No setor Saúde , as estratégias de CRM , permitem aumentar a competitividades dos serviços, e a relação custo-efetividade dos pacotes de assistência primária (ASSIS 1998)

2.4.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

No âmbito do Ministério, na sua estrutura de 1996 – 2002, a gestão dos Sistemas de Informação de Saúde foi realizada por uma diversidade de setores, conforme a portaria do Ministério da Saúde nº 130/GM. de 12 de fevereiro de 1999. Entre os sistemas referidos estão os vinculados ao Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), ambos do Ministério da Saúde. Outro órgão, relacionado aos sistemas de informação em Saúde é o Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

O CENEPI, vinculado à Fundação Nacional de Saúde, tem por atribuição atuar como um vigilante de eventos epidemiológicos e ambientais que possam afetar a Saúde da população e acionar a adoção precoce de medidas visando sua prevenção e controle. O DATASUS tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre Saúde. A SAS, setor do Ministério da Saúde diretamente subordinado ao Ministro de Estado, foi responsável pela condução e acompanhamento das ações e serviços de assistência à Saúde, dentro os quais as Centrais de Regulação de Ações em Saúde.

Com responsabilidades distintas, os órgãos acima responderam pelos sistemas de informação em Saúde disponibilizados pelo DATASUS, já tratados e sistematizados: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), entre outros (VASCONCELLOS, 2001)

Além dessa estrutura, houve uma intensificação de investimentos em tecnologia da informação e comunicação em 2002, os investimentos em tecnologias da informação em Saúde foram orçados em R\$184.220 milhões. Em 30 de janeiro de 2002, a revista eletrônica *Computer World* notificou que o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde, programa gerido pela Secretaria de Investimento e Gestão em Saúde, absorveria a maior parte do orçamento de ações de Tecnologia da Informação (TI) em Saúde (40%) com valores de R\$75 milhões. Outros R\$48.720 milhões seriam gastos com processamento de dados (Datusus e Sistema Nacional de Informações em Saúde – SNIS). Esses recursos são oriundos do Fundo Nacional de Saúde, que responde a mais de 69% do total do orçamento. Com esse orçamento, observa-se a incorporação de um aparato de tecnologia da informação por parte do Ministério da Saúde em diversos programas de Saúde de Secretarias distintas como o Cartão Nacional de Saúde da Secretaria de Gestão de Investimentos e Gestão em Saúde (SIS) e as Centrais de Regulação de Ações em Saúde da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS).

A demanda pela informação, que passa a ser um dos mais importantes recursos com que conta o dirigente de Saúde, nas três esferas de governo, para o estabelecimento de políticas, diretrizes e planejamento das ações de Saúde, determina a implementação mais acelerada do SNIS (Sistema Nacional de Informações em Saúde). Apontam para essa perspectiva, consolidada pela recente promulgação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), projeto de alcance nacional como o Programa Saúde do FUST – Fundo para Universalização dos Serviços de Telecomunicações, o Cartão Nacional de Saúde, a regionalização dos serviços de saúde com a criação de Centrais de Regulação em todo o país, além

dos programas anteriormente existentes como o Programa de Saúde da Família e outros.

Assim sendo, os Sistemas de Informação em Saúde e os Programas Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação são reforçados politicamente, como um valioso subsídio ao “estabelecimento de políticas, diretrizes e planejamento das ações de Saúde”. Além disso, encontra-se na confluência das políticas de universalização das Tecnologias de Informação e Comunicação e da Política Nacional de Saúde, sendo portanto Sistemas de Informação interdisciplinares.

2.4.4 CARTÕES DE SAÚDE: PANORAMA MUNDIAL

O Estudo “Cartão de Saúde Européia”, encarregado pelo Programa STOA (Grupo de Avaliação de Opções Tecnológicas e Científicas) do Parlamento Europeu, documenta as atividades relacionadas com cartões magnéticos desde 1981.

Em 1983 a Comissão Européia apresentou ao Conselho uma proposta de cartão de Saúde multilingüe e em 1989 publicou um relatório, acerca da implementação da proposta, que concluía que alguns dos países do bloco não dispunham de medidas de implementação adequadas coniventes para a aplicação, sendo necessária a introdução de novas tecnologias. Para resolver essa questão, foi posto em andamento o programa “A Informática Avançada em Medicina” (AIM) para abordar esses temas.

Depois da expedição das primeiras patentes para cartões, na França e Alemanha, a União Européia observou que o uso de tais “dispositivos conectados intermitentemente” poderia oferecer significativas vantagens se aplicadas dentro da

infra-estrutura de comunicação sanitária dos sistemas de atenção sanitária europeia. Em 1989 foram financiados uma série de projetos de demonstração e avaliação, como o CARDLINKS, DIABCARD e EUROCARDS, este último concebido como uma plataforma interligada europeia.(RIENHOFF 2003)

No início dos anos 90, os grupos de estudo dos cartões consideraram essa tecnologia promissora e iniciaram o desenvolvimento de projetos de cartões, entretanto sem a preparação adequada. Muitos desses projetos chegaram a emitir apenas dezenas ou centenas de cartões. Durante vários anos, o desenvolvimento se centrou em cartões de dados de pacientes e em quais funções poderiam desempenhar a interação com os sistemas informáticos do hospital e de consultórios médicos.

Muitos projetos pioneiros tentaram incluir funcionalidades que permitiram o armazenamento de dados de arquivos médicos. Alguns projetos avançados, dirigidos a pacientes com doenças crônicas, também incluíram o armazenamento de dados detalhados sobre o tratamento e a medicação. Estes enfoques foram úteis em situações de urgência fornecendo informações, sobre os antecedentes e o uso de medicamento, que não podiam receber diretamente dos pacientes ou seus familiares. A Comissão Europeia qualificou o cartão de dados médicos como uma tecnologia promissora e decidiu promover e avaliar sistematicamente seu potencial.

O processo de exame também havia revelado que os sistemas de cartões de pacientes requerem o estabelecimento de uma infra – estrutura de seguridade compatível com as exigências legais e de privacidade. Para abordar adequadamente o tema da seguridade, os novos sistemas em desenvolvimento incluíram os cartões dos profissionais da Saúde, um outro tipo de cartão de dados sanitários, que

identificavam aos profissionais e avaliavam seu nível de privilégio para obter acesso aos dados dos pacientes e das redes de dados médicos.

Na França, em 1993, os três principais planos de Saúde obrigatórios da França (assalariados, agricultores e trabalhadores por conta própria) criaram um consórcio denominado Sesam – Vitale EIG (Agrupamento de Interesses Econômicos), para colocar em prática as soluções trazidas pelos cartões. As experiências iniciais mostraram que a engenharia inovadora por si só não garante o sucesso dos sistemas de cartão, sendo necessário alcançar um consenso de todos os interessados diretos para conseguir que tais sistemas descentralizados tenham êxito.

A solução Sesam – Vitale EIG, baseada no uso de cartões, motivou a união de outras organizações de seguro de Saúde. Sua finalidade comum é elaborar um programa que satisfaça as expectativas de troca de dados e das necessidades de todos os usuários da atenção sanitária, incluindo os pacientes assegurados, os profissionais de Saúde e dos seguros de Saúde.

No período de 1994 – 1995, a Alemanha iniciou um projeto importante de cartões administrativos que seriam distribuídas para toda a população em curto prazo. O cartão do seguro de Saúde Alemão (Versichertenkarte) se criou tomando como base um simples cartão de memória. Seu único propósito era reduzir os gastos de administração dentro do contexto de volume de trabalho específico de um sistema de atenção de Saúde caracterizado por tarefas onerosas. A implantação deste sistema, apesar de muitas dificuldades, obteve resultados satisfatórios e a economia conseguida nos processos administrativos amortizou altos custos iniciais em menos de dois anos. Desde então, o cartão de seguro de Saúde vem sendo bem recebido pela população, apesar de ser um cartão administrativo bastante limitado.

Vale ressaltar que a limitação das funcionalidades do cartão alemão estava relacionada com os regulamentos estritos exigidos pelos responsáveis pelo tema de privacidade de dados e os grupos de proteção de dados que vetavam a utilização dos cartões administrativos obrigatórios para outra finalidade. Poucos meses depois da implantação, foi feita a especificação de uma leitora de cartão para uso geral, mas nunca chegou a ser implantada.

Nesse mesmo período, foram iniciados debates sobre quando seria necessária a troca dos cartões simples por cartões mais avançados que permitissem maiores funcionalidades. Entretanto, os resultados dessa discussão não conseguiram convencer os diretores do sistema de atenção sanitária alemã de que eram necessários novos investimentos.

Tanto os políticos como os altos diretores de seguradoras e organizações de atenção sanitária concordaram que só deveria ser introduzida uma nova geração de cartões se:

- houver a possibilidade de se amortizar o investimento depois de um período curto;
- for possível esperar de maneira segura os efeitos econômicos a longo prazo;
- acabar com o uso fraudulento dos cartões de memória;
- for implantada de maneira concomitante um cartão nacional para os profissionais de Saúde;
- garantir vantagens adicionais aos pacientes.

Apesar da falta de acordo político, tanto os investigadores como o setor e muitas seguradoras estão preparados para a implantação de uma segunda geração de cartões. Prosseguiram-se estudos a fim de que um sistema alemão de segunda geração pudesse implantar cartões para profissionais de Saúde em escala nacional em um único enfoque “*big bang*” junto a uma nova geração de cartões para pacientes.

Nos Estados Unidos, por volta da década de 90 foi finalizado, um projeto de cartão similar ao europeu que foi colocado em prática no estado de Maryland. Entretanto, devido aos resultados observados como a falta de tecnologia, o projeto não obteve êxito e, para o acesso de dados dos pacientes clínicos, optou-se por redes de computadores.

O Canadá experimentou o sistema de cartões e a maioria das províncias optou por descartar essa tecnologia. Uma exceção foi o Quebec, província francesa, que se baseou nas inovações introduzidas na França.

A Itália, desde os meados dos anos noventa, tem participado de projetos internacionais sobre cartões para o âmbito da Saúde, como o DIABCARD e os projetos NETLINKS. A idéia da utilização de um cartão de identidade eletrônico, Carta d’Identità Elettronica (CIE), se introduziu em 1997 como parte de um esforço nacional para reformar a administração do país e algumas entidades municipais e provincianas. No final do ano 2000, as administrações e instituições regionais começaram a trabalhar na introdução da CIE. As experiências adquiridas no projeto NETLINK levaram a decidir que a CIE cumprisse as especificações elaboradas nesse projeto particular. A primeira fase experimental da CIE terminou em 2001 para então 82 municípios emitirem 100.000 cartões. Durante esta primeira fase, houve a necessidade de resolver numerosos problemas técnicos e de organização. Desde o

início de 2002, as atividades têm sido focadas na implementação de serviços baseados em tecnologia da informação para o cidadão, oferecidos por comunidades institucionais a nível nacional, regional e local.

Na Espanha, foi encontrado o uso mais inovador dos cartões inteligentes por parte de um governo. Foram emitidos 400.000 cartões híbridos, compostos por um circuito integrado e uma banda magnética, empregado para obter compatibilidade com outro projeto, destinados aos cidadãos de Córdoba, Montilla y Lucena como parte de um teste de um programa de benefício e pagamento que também incorpora a identificação biométrica do passo digital. O cartão de seguridade social (TASS) é um cartão inteligente multifuncional que combina vários programas governamentais em um único cartão, incluindo pensões, seguro desemprego, e seguro de Saúde. Os objetivos são melhorar a rentabilidade da prestação de benefícios e frear a fraude no sistema de seguridade social.

O cartão é usado para identificar o titular, permitir o acesso a serviços e para o pagamento de subsídios. Os cartões não contêm muitas informações pessoais, mas atuam como uma senha pessoal que permitem aos titulares obter acesso as bases de dados do Governo. (RIENHOFF 2003)

Nos próximos anos, a Espanha tem intenção de implantar 3.000 pontos de auto serviço e 20.000 computadores interconectados para melhorar a gestão sanitária em todos os centros de Saúde. Quando o projeto terminar terão sido expedidas cerca de 40 milhões de cartões que poderão ser utilizados em 6.000 centros. (RIENHOFF 2003)

Numa segunda fase, serão armazenados os dados clínicos de acordo com as recomendações da Comissão Europeia nas decisões adotadas durante o congresso da Comissão Europeia celebrado em Barcelona em março de 2002. Os cartões são compatíveis com as normas europeias aprovadas e os usuários poderão utilizá-lo em outros estados membros para receber atenção médica.

2.4.5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

O Projeto do Cartão Nacional de Saúde constitui-se em um sistema informatizado de base nacional, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de Saúde. O sistema é constituído pelo cartão do usuário com um número de identificação em âmbito nacional, pelo Terminal de Atendimento do SUS (TAS), instalado para captação de informações em todas as unidades de Saúde e pela Rede de Informações em Saúde, programada, segundo o Ministério da Saúde, para ser um instrumento de gerenciamento das unidades de Saúde e de gestão do SUS nos níveis municipal, estadual e federal. Previsto para ser implantado desde a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, a complexidade do Projeto Cartão Nacional fez com que somente em 1999 ele fosse iniciado (MS, 2001 p.7).

A implantação do Cartão Nacional de Saúde foi mais que uma decisão política, foi uma tentativa de agregar novos mecanismos de gestão e uma possibilidade de otimizar os sistemas vigentes de informação sobre a população que é assistida nas unidades, além de possibilitar a criação de recursos para avaliar o

acesso aos serviços de saúde pelos usuários do SUS, e o desempenho dos profissionais que atuam na rede local.

O Cartão Nacional de Saúde fornece a identificação inequívoca de cada usuário do SUS, tem o potencial de contribuir para a identificação de ações de Saúde realizadas, possibilita a construção de uma base de dados de histórico clínico de usuários, permite o acompanhamento de referência e contra-referência, confere o acesso a informação por unidade de Saúde (e/ou localidade, cidade, município, região, estado e país) e promove a integração de sistemas de informação a partir da numeração única. (MS, 2001 p.8)

Por fim, uma das principais finalidades do Sistema do Cartão Nacional de Saúde é processar automaticamente os dados fornecidos pelo Cartão, possibilitando um vínculo direto entre o usuário e o profissional de Saúde, o estabelecimento de Saúde e o atendimento resultante deste encontro. (LEVY, 2001)

2.4.5.1 BENEFÍCIOS IDEALIZADOS PELO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Como foi mencionado anteriormente, o Cartão procura reunir dados dos usuários dos serviços de saúde e de seus profissionais. Este agrupamento é feito através do Terminal de Atendimento do SUS – TAS, tornando a inserção de informações mais fácil e segura.

Essas medidas foram implementadas objetivando oferecer facilidades para cada uma das pessoas que têm acesso a este sistema. Maior rapidez nos atendimentos e personalização são oferecidos aos usuários, pois os profissionais de Saúde têm

acesso aos dados de seus pacientes bem como seus respectivos históricos médicos, o que resulta em encaminhamentos seguros para especialistas e/ou exames.

Aos gerentes dos serviços de saúde, o acesso a este banco de dados possibilita a elaboração de relatórios estatísticos diversos que permitirão melhor programação e planejamento das unidades de Saúde; apoio na identificação de áreas problemáticas e na elaboração de políticas, planos e programas de melhorias; aprimoramento dos processos gerenciais da unidade pela possibilidade de análise e cruzamentos dos dados; análises epidemiológicas abrangendo grupos etários, localidades de moradia e atendimento do usuário, morbidade, dados sociais do usuário etc; subsidiar as propostas de melhoria na utilização de recursos humanos, físicos e financeiros; auxílio na otimização dos insumos utilizados nas unidades, na liberação e distribuição de medicamentos, no controle de materiais e nas análises de custos; a re-orientação da oferta de serviços.

Em relação aos gestores do SUS, nos diferentes níveis, os usos do Sistema Cartão em relação ao sistema de informações, são similares àqueles relacionados ao gerente local, modificando naturalmente a abrangência dos mesmos. Os níveis municipal, estadual e federal poderão ter todas as informações de produção e morbidade, referenciadas por base territorial das suas unidades de Saúde e assim, fazer o monitoramento dos serviços. Estes dados de produção e mais os dados orçamentários e financeiros, de forma desagregada por unidade assistencial, possibilitarão a análise de custos dos serviços, elemento fundamental para a gestão de Saúde, etc.

Aos Conselhos de Saúde é permitida uma maior iniciativa na direção do controle social, pois há facilidade de acesso aos dados e transparência das informações.

Entretanto, devido a diversas dificuldades enfrentadas durante o seu processo de implementação, os objetivos do Cartão Nacional de Saúde foram alcançados em poucos municípios, dentre eles, podemos citar o município de São José dos Campos.

2.4.5.2 CADASTRAMENTO

Uma das particularidades sobre o Cartão Nacional de Saúde é o processo de cadastramento, prevendo a realização pelos municípios do cadastramento de todos os seus habitantes. Cabe ao gestor municipal, mediante adesão, a organização do processo de cadastramento em sua área de atuação, objetivando a criação do Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, o CAD – SUS

O processo de cadastramento não se resume apenas na identificação dos usuários, mas também inclui a caracterização do domicílio onde estes usuários residem. Segundo o Ministério da Saúde, este relacionamento entre o espaço geográfico e social do domicílio e o indivíduo vem ao encontro das diretrizes do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), tornando possível a caracterização da demanda de cada serviço de saúde, a definição de áreas de abrangência de cada serviço, a vinculação da clientela, a regionalização da assistência e a organização dos fluxos de referência e contra-referência. (MS 2001)

2.4.5.3 O PROJETO PILOTO DO CNS E A ESCOLHA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

O projeto piloto foi o projeto inicial de implantação do Sistema nos municípios. Para o primeiro ciclo de implantação, esperava-se seu término em setembro de 2001, o que não foi possível, por fatores políticos e operacionais, dentro deste prazo foi prevista a implantação em 43 municípios, de 10 estados e no Distrito Federal, no estado de especificamente São Paulo, foram eleitos os municípios de Osasco, São José dos Campos e Santo André (MS, 2001). O sistema foi implantado em caráter experimental em 3 destes municípios, Aracaju (SE), Cerro Azul (PR) e São José dos Campos (SP).

No município de São José dos Campos (SJC), o primeiro ciclo de pré-teste passou por etapas, que exigiram da equipe da Secretaria de Saúde do Município, empenho no que diz respeito, ao gerenciamento dos recursos materiais e pessoais, bem como a gestão do relacionamento com a empresa responsável pela sistematização e processamento da Tecnologia da Informação, HYPERCOM do BRASIL LTDA. A primeira etapa objetivou :

- a) cadastramento de usuários, instituições e profissionais de Saúde desses municípios;
- b) a emissão e a entrega de cartões para os usuários e profissionais cadastrados;
- c) a implantação de sistemas experimentais de cartão, com alternativas de soluções tecnológicas e de Organização , Sistemas e Métodos, e foco básico na individualização do atendimento;

- d) a implantação de uma infra – estrutura básica de informática (redes e a capacitação técnica de recursos humanos nos três níveis de governo);
- e) a articulação do Sistema com os Sistemas de Informação de Base Nacional do Ministério da Saúde, e de desenvolvimento de aplicativos complementares para o aproveitamento do Cartão nos três níveis de governo;
- f) análise dos resultados de (a) a (e) e identificação de diretrizes aplicáveis a todo o país quanto a:
 - cadastramento de usuários, instituições profissionais;
 - tecnologia de cartão e procedimentos de Organização , Sistemas e Métodos Organização , Sistemas e Métodos para a sua emissão, entrega e atualização;
 - tecnologia e solução de sistemas (equipamentos e aplicativos) a adotar em escala nacional;
 - treinamento e capacitação em municípios e unidades de Saúde;
 - organização, Sistemas e Métodos para a operação do Cartão em estados, municípios e unidades de Saúde;
 - experiências de flexibilização e extensão de usos do Cartão em municípios, sob a coordenação de núcleos de implantação local.

2.5 PANORAMA DA CIDADE

2.5.1 LOCALIZAÇÃO

São José dos Campos situa-se a leste do Estado de São Paulo, no médio Vale do Paraíba, constituindo-se o mais importante dos trinta e cinco municípios que formam a bacia do Rio Paraíba do Sul. A partir da década de 50, o município passou

por um processo de grande crescimento demográfico, impulsionado implementação de um parque industrial diversificado, justificado por sua localização estratégica, próxima aos dois maiores centros produtores e consumidores do país – São Paulo e Rio de Janeiro – distando 84 km e 321 km destes centros, respectivamente (SECRETARIA MUNICIPAL 2002).

O município de São José dos Campos abrange uma área de 1118 km², constituído por dois subdistritos e dois Distritos: 1º Subdistrito - sede, 2º Subdistrito – Santana do Parnaíba e os distritos de São Francisco Xavier (ao norte) e Eugênio de Melo (a leste); cerca de 70% desta área está localizada ao norte da Rodovia Presidente Dutra, constituída por montanhas, serras e picos. Quanto à parte sul, com cerca de 30% do território, apresenta o terreno brando e suave, formado por imenso planalto, composto de uma série de platôs entrecortados de pequenos vales, onde se concentra toda a população urbana do município, em 120 km².

As possibilidades de expansão da cidade são limitadas pelos acidentes naturais, como a topografia montanhosa ao norte, aos afluentes do Rio Paraíba no sentido norte – sul: Rio Comprido, Córrego Serimbura, Ribeirão Vidoca, Ribeirão dos Putins, Rio Alambari, Ribeirão Pararangaba e Ribeirão Nossa Senhora da Ajuda. Além dos acidentes naturais, a presença do Centro Técnico Aeroespacial (CTA), ocupando uma área de 1200 hectares ao sul da Rodovia Presidente Dutra, assim como da REVAP – Refinaria do Vale do Paraíba Henrique Lages – dificulta o crescimento da cidade.

O município é cortado no sentido leste – oeste pela Rodovia Federal BR 116 (Presidente Dutra) e pela antiga Estrada de Ferro Central do Brasil (RFFSA), hoje área de concessão de MRS Logística, que liga o Estado do Rio de Janeiro ao

Estado de São Paulo. No sentido norte – sul, pela Rodovia Estadual SP 50, que liga São José dos Campos aos municípios do sul de Minas Gerais e Campos de Jordão, e pela Rodovia Estadual SP – 99 (Rodovia dos Tamoios) que liga São José dos Campos aos municípios do Litoral Norte do Estado e por onde se dá também o acesso ao Porto de São Sebastião. Encontra-se também interligada à Região Metropolitana de São Paulo pela Rodovia Carvalho Pinto, a qual faz conexão com a Rodovia dos Tamoios (SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE SJC 2002).

O município de São José dos Campos caracteriza-se como um pólo econômico na Região do Vale do Parnaíba, exercendo influência sobre os demais municípios daquela região, observando-se que cerca de 25% da mão-de-obra ativa nas indústrias joseenses apresentam residência em municípios vizinhos, principalmente Jacareí, Caçapava, Tatuapé e Pindamonhangaba. Considerando-se este fato, pode-se evidenciar um processo de metropolização desses núcleos. As fronteiras do município são as seguintes:

NORTE: Camanducaia, Sapucaí Mirim – MG;

SUL: Jacareí, Jambuí – SP;

LESTE: Monteiro Lobato, Caçapava – SP

OESTE: Igaratá, Joanópolis, Piracaia – SP

ÁREA: 1102 km² (Conf. Resolução nº 24 de 25/07/1997 – IBGE)

Tabela 1 - Área total, urbana e rural de São José dos Campos – 1997

SITUAÇÃO	ÁREA (km²)	%
Urbana **	293,97	26,67
Exp. Urbana I	44,86	4,07
Exp. Urbana II	78,56	7,13
Exp. Urbana S. F. Xavier	2,92	0,27
Rural	681,67	61,86
TOTAL	1.102,00	100,00

Regulamento pelas Leis Complementares no 121 / 95 e 165 / 97

** Inclui as áreas urbanas da sede (São José dos Campos) e dos distritos de São Francisco Xavier e Eugênio de Melo.

Fonte: São José dos Campos em Dados – 1997, SJC.

2.5.2 ASPECTOS HISTÓRICOS

Por volta de 1590, a pedido de padres jesuítas, uma fazenda de pecuária foi criadas às margens do Rio Comprido, pelo sistema de concessão de sesmaria. O início da ocupação desta fazenda marca também o início do território joseense, cuja finalidade inicial, a despeito do caráter pecuarista, era, de fato, estabelecer na região uma missão catequética, utilizando-se a fazenda como álibi para ocultar dos bandeirantes a sua verdadeira proposta (SECRETARIA MUNICIPAL – SJC 2002)

Em 1692, essa aldeia aparece com o nome de Residência do Paraíba do Sul” e em 1969 como “Residência de São José”. Com o início de ciclo da mineração, o aldeamento passa por sérias dificuldades devido à saída de braços para o trabalho nas minas.

O diminuto desenvolvimento em muito se devia à distância existente entre a Vila e a Estrada Real, que não passava por seus domínios. Em sua evolução o município passou por quatro fases distintas. A saber:

- o ciclo do algodão;
- o ciclo do café;
- a fase sanatorial;
- a fase industrial.

No dia 22 de abril de 1864, a Vila é elevada à categoria de cidade e a partir de 1871, passa a receber a atual denominação São José dos Campos, seguida pela criação da Comarca em 1872.

A inauguração da Estrada de Ferro em 1877 contribuiu para o desenvolvimento da lavoura do café que, havia se iniciado em 1870 na cidade e em vários lugares do Paraíba.

Em 1935 São José dos Campos foi transformada em Estância Hidromineral passando a receber recursos oficiais que foram destinados à área sanatorial para o tratamento de tuberculose pulmonar. O clima favorável, desde o início do século XX, transforma a cidade num refúgio para portadores daquela doença, culminando no reconhecimento, por parte do Estado, da importância do município para a terapêutica da moléstia.

O primeiro hospital a ser construído foi os Sanatórios Vicentinos de Aranha, cujas obras tiveram início em 1918, sendo inaugurado parcialmente em 1924. A partir desse momento, verifica-se o crescimento do fluxo migratório, caracterizado pela procura de amparo médico e assistências filantrópicas, oferecidas por organizações religiosas que, gradativamente, estruturavam-se como estabelecimentos de tratamento.

Este ciclo, no entanto, entrou em decadência a partir do advento dos antibióticos nos anos 40, que conferiu a terapêutica da tuberculose um caráter ambulatorial, decretando-se o fim da função sanatorial exercida por São José dos Campos até aquele momento. Porém, neste período já se fazia visível o início do processo de industrialização do município (SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE – SJC 2002).

Dois eventos foram fundamentais para o florescimento da industrialização em São José dos Campos e sua futura consolidação como um centro de excelência no campo científico - tecnológico: a instalação do Centro Técnico de Aeronáutica – CTA – em 1950 e a inauguração da Rodovia Presidente Dutra, que permitiu a interligação mais rápida com os dois centros urbanos de maior produção e consumo do país, os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, cortando a parte urbana de São José dos Campos.

A proximidade destes dois centros urbanos estimulou a vinda de inúmeras indústrias para a cidade, consolidado o chamado “complexo tecnológico industrial aeroespacial”. A vinda das indústrias, por sua vez, transformou a cidade em um pólo de trabalho atrativo, o que proporcionou a migração e o incremento populacional à cidade, que passou a ter um caráter disperso, atravessando a Via Dutra e tomando espaços rurais.

As décadas de 60 e 70 constituíram-se no auge deste processo de industrialização, com a instalação de indústrias de grande porte, como a Refinaria Henrique Lages – REVAP – que passam a ocupar grandes áreas de expansão urbana. Este crescimento intenso e transformador, no entanto, se deu de forma muito rápida, o que em muito prejudicou o planejamento da cidade que, na década de 80, já

apresentava inúmeros problemas provocados pela poluição, transporte urbano deficitário e crescimento urbano desordenado.

Como resultado deste ciclo ainda vigente no município, a presente estrutura urbana da cidade apresenta graves problemas no que se refere à ocupação do solo, à canalização das águas, ao esgotamento de detritos, além de apresentar bolsões de pobreza, onde predominam favelas construídas, em sua grande maioria, por trabalhadores desqualificados que chegaram ao município com a esperança de ali encontrar uma melhor qualidade de vida (SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE – SJC 2002).

O enfrentamento destes problemas por parte do Poder Público Municipal hoje se caracteriza pelo processo de planejamento permanente, com intervenções diretas e disposições normativas, tanto no que diz respeito a questões urbanas como ambientais.

O processo de industrialização trouxe também muita riqueza ao município, que hoje é o segundo em arrecadação de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) do Estado de São Paulo, além de ter também propiciado o crescimento do setor terciário na região, o que impulsionou o processo de metropolização, que por sua vez fomentou o processo de industrialização dos municípios ao longo da Via Dutra. Dentre as principais indústrias destacam-se General Motors do Brasil S/A, Avibrás – Indústria Aeroespacial S/A, Embraer – Empresa Brasileira da Aeronáutica S/A, Ericsson Telecomunicações S/A, Eaton Corporation do Brasil, Indústria Hitachi S/A, Johnson & Johnson Indústria e Comércio Ltda, Kodak Brasileira Comércio e Indústria Ltda., Monsanto do Brasil

Ltda., Panasonic do Brasil Ltda, Petróleo Brasileiro S/A – Petrobrás/Repa, entre outras (SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE – SJC 2002).

2.5.3 DADOS POPULACIONAIS

Para a compreensão da situação populacional do município de São José dos Campos e de sua dinâmica de crescimento, foram utilizados os dados censitários da Fundação IBGE (2000), conforme apresentados na Tabela 2

Tabela 2 - Evolução da população e da sua participação relativa no Vale do Paraíba e no Estado de São Paulo – Município de São José dos Campos –1940/1950/1960/1970/1980/1991/2000

Ano	População Absoluta S. J. Campos	População Vale do Paraíba (%)	População Relativa ao Estado de São Paulo (%)
1940	36.279	9,2	0,5
1950	44.804	9,3	0,4
1960	76.994	12,8	0,5
1970	148.500	18	0,8
1980	287.513	24,10	1,1
1991	441.984	29,4	1,4
2000	539.313	27,10	1,5

Fonte: FIBGE; Censos Demográficos de 1940 a 1991.

A Tabela 2 revela que desde 1940 a população vem crescendo acentuadamente em relação ao Vale do Paraíba e ao Estado de São Paulo. Isto se deve ao grande fluxo migratório observado a partir dos anos 50, em virtude da industrialização.

O desenvolvimento científico – tecnológico do município, associado às indústrias que ali se instalaram, propiciou uma mudança no seu perfil demográfico, traduzindo no crescimento da participação de sua população tanto regionalmente, quanto ao nível do Estado. Desta forma, em 1940 e 1950, a população de São José

dos Campos representava 9,2% e 9,3% em relação ao Vale do Paraíba e 0,5% e 0,4% em relação ao Estado, respectivamente. Já nas décadas de 60 e 70, sua população correspondia a 12,8% e 18% em relação ao Vale do Paraíba e 0,5% e 0,8% em relação ao Estado de São Paulo, respectivamente. Tais indicadores se repetiram nas últimas décadas, evidenciando o papel polarizador do município de São José dos Campos.

Os primeiros levantamentos demográficos realizados no município apontam que até a década de 40 a população joseense, na sua grande maioria pertencia, à zona rural.

Dos 36.279 habitantes registrados naquela década, apenas 40% ocupavam o espaço urbano. Porém, com o declínio das atividades agrícolas e mais adiante, a partir da década de 50, com o processo de industrialização, o município passa a conviver com uma população predominantemente urbana, com elevadas taxas de crescimento.

O incremento populacional observado a partir de 1950 leva praticamente à duplicação da população do município (Tabela 3).

Tal comportamento justifica-se pelos grandes fluxos migratórios que se deslocaram para o município a partir da década de 60, provenientes de todas as partes do País, atraídos pela oportunidade de melhores condições de vida, já que inúmeras indústrias estavam se instalando no município àquela época.

Observa-se que nas décadas de 70 e 80 o mesmo processo se repetiu, com a quase duplicação da população, justificando-se pelo momento histórico do “milagre brasileiro”, do qual o município foi um dos grandes beneficiados.

Tabela 3 - Evolução populacional total, urbana e rural, do município de São José dos Campos entre os anos de 1940/1950/1960/1970/1980/1991/1996/ 1998/2000

ANO	POPULAÇÃO		
	TOTAL	URBANO	RURAL
1940	36.279	14.474	21.805
1950	44.804	26.600	18.204
1960	77.533	56.882	20.651
1970	148.332	132.482	15.850
1980	287.513	276.901	10.612
1991	442.370	425.515	16.855
1996*	486.467	462.729	23.738
1997**	495.661		
1998**	505.029		
2000***	539.313	532.717	6.596

*Contagem Populacional – 1996 – IBGE

**Estimativa

***Censo Demográfico – 2000

Fontes: Censos Demográficos 1940 – 1991 – IBGE

A partir da década de 80, no entanto, nota-se uma diminuição na proporção do crescimento populacional, provavelmente em virtude do desaquecimento da atividade industrial, provocado pelo fim do “milagre brasileiro” e pelo período de recessão vivenciado pela economia do País.

No que tange à distribuição do município por sexo e faixa etária, observa-se o predomínio da população da população feminina, com 50,3% sobre o total, contra 49,7% da população masculina, considerando-se os Censos Demográficos e Estimativos do IBGE – 1996.

Observa-se também o envelhecimento da estrutura etária populacional entre os anos avaliados (Tabelas 4 e 5), sendo que a faixa etária de 0 a 4 anos sofre o maior decréscimo da participação percentual entre os anos de 1991 e 1996, seguida pela faixa de 5 a 9 anos com decréscimo de -2,14% e - 1,60% respectivamente.

Em 1991, 78,98% da população tinha menos de 40 anos e em 1996 o percentual diminuiu para 75,03%. Paralelamente, o percentual da população com mais de 40 anos subiu de 21,02% para 24,97%.

Tabela 4 - Distribuição populacional por sexo e faixa etária – São José dos Campos – SP, 1991

Faixa Etária	Masculino %	Feminino %	Total %
0-4	11,11	10,64	10,88
5-9	11,86	11,49	11,68
10-14	11,36	11,06	11,21
15-19	9,37	9,45	9,41
20-24	9,18	9,13	9,16
25-29	9,13	9,83	9,48
30-34	8,93	9,20	9,07
35-39	8,17	8,01	8,09
40-44	6,42	6,02	6,22
45-49	4,34	4,12	4,23
50-54	3,11	2,98	3,04
55-59	2,24	2,36	2,30
60-64	1,83	2,01	1,92
65-69	1,30	1,52	1,41
70 e mais	1,65	2,18	1,90
Ignorada	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE – Censo Demográfico – 1991

A população idosa, considera de 60 anos ou mais, representava 5,23% em 1991, subiu para 5,91% pelos dados de 1996, como mostra as Tabelas 4 e 5.

Tabela 5 - Distribuição populacional por sexo e faixa etária – São José dos Campos – SP, 1996

Faixa Etária	Masculino %	Feminino %	Total%
0-4	8,64	8,84	8,74
5-9	10,44	9,73	10,08
10-14	11,20	10,64	10,92
15-19	10,59	10,34	10,47
20-24	9,14	9,12	9,13
25-29	8,54	8,72	8,63
30-34	8,51	9,10	8,81
35-39	8,12	8,38	8,25
40-44	7,42	7,15	7,28
45-49	5,53	5,28	5,40
50-54	3,88	3,70	3,79
55-59	2,61	2,57	2,59
60-64	1,91	2,11	2,01
65-69	1,47	1,69	1,58
70 e mais	2,00	2,63	2,32
Ignorada	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE – Contagem Populacional – 1996

Com relação ao abastecimento de água, os dados do IBGE – 2000 informam que o município apresenta 94,96% de suas residências supridas através da rede geral, com água tratada pela SABESP. Das residências restantes, 4,60% são abastecidas por água de poço ou nascente, enquanto 0,43% utilizam-se de outras formas de abastecimento.

No que diz respeito ao saneamento básico, 89,11% das residências utilizam-se da rede de esgotamento sanitário geral. Quanto ao destino do lixo, 98,96% das residências dispõem de coleta regular, enquanto 1,04% estão desprovidas deste serviços.

Com relação às taxas de natalidade e natimortalidade, observa-se uma diminuição das mulheres entre 15 e 49 anos. A taxa de natimortalidade, no entanto, mostra oscilações, com um aumento entre os anos de 1988 a 1990, chegando ao seu

maior valor em 1997, para depois novamente sofrer uma redução no ano 2000. A Tabela 6 ilustra estes indicadores.

Tabela 6 - Taxas de natalidade, natimortalidade, nupcialidade e fecundidade – São José dos Campos – SP – 1980/1987 – 2000

Ano	Taxa de Natalidade (1000 hab.)	Taxa de Natimortalidade (1000 nascidos vivos ou mortos)	Taxa de Nupcialidade (1000 hab)	Taxa de Fecundidade (1000 mulheres entre 15 e 49 anos)
1980	35,15	7,67	7,98	131,36
1987	25,18	7,06	7,57	...
1988	26,26	7,29	8,02	...
1989	26,10	7,81	7,47	...
1990	23,73	8,67	6,80	...
1991	22,68	7,43	6,02	81,15
1992	21,57	7,62	5,94	...
1993	20,98	7,57	5,98	...
1994	20,80	9,65	6,43	72,40
1995	19,94	9,04	5,69	...
1996	20,58	10,59	5,62	70,19
1997	20,50	12,74	6,21	70,17
1998	21,70	9,60	5,80	...
1999	20,52	11,73	6,31	...
2000	18,89	8,97	...	...

Fonte: SEADE – Informações dos Municípios Paulistas, 2001.

2.5.4.1 EDUCAÇÃO

O município de São José dos Campos destaca-se nacionalmente como um pólo Tecnológico- científico, contando com 369 unidades escolares, desde a pré-escola até a pós-graduação. A formação universitária oferece cerca de 40 cursos, voltados para o conhecimento científico e tecnológico nas áreas de Mecânica, Eletrônica, Arquitetura, Direito, Odontologia, Aeroespacial e outras.

Na área da pesquisa e do ensino, algumas instituições merecem destaque, como o Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA), a Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), a Universidade Estadual Paulista/Faculdade de Odontologia, o Centro de Desenvolvimento de Tecnologia e Recursos Humanos (CDT) e o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE).

O município também é destaque no cenário estadual no que tange à alfabetização de cidadãos de 15 anos e mais. Os dados censitários de 1991 revelaram que os índices de alfabetização nesta faixa etária subiram em relação às décadas passadas, estando em 88,9% do total da população. A melhoria do nível educacional é também corroborada pela excepcional redução de crianças fora das escolas nestes últimos 20 anos. A Tabela 7 ilustra o nível de escolaridade do município, onde se observa que aproximadamente 10% da população apresenta nível superior completo ou incompleto.

Tabela 7 - Distribuição da população a partir de 7 anos, em nível de escolaridade – São José dos Campos-SP, 1999

Curso	(%)
Fundamental Incompleto	46,6%
Fundamental Completo	8,6%
Médio Incompleto	11,2%
Médio Completo	17,2%
Superior Incompleto/Completo	9,8%
Pós-Graduação Incompleto/Completo	1,6%

Fonte: Pesquisa de Instrumentação do Planejamento Urbano – 1999.

2.5.4.2 RENDA

Tabela 8 - Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade
São José dos Campos-SP, 1991 e 2000

INDICADORES	1991	2000
Renda per capita Média (R\$ de 2000)	377,7	470
Proporção de Pobres (%)	11,5	12,9

Fonte: Pesquisa de Instrumentação do Planejamento Urbano – 1999.

A renda per capita média do município cresceu 24,45%, passando de R\$377,69 em 1991 para R\$470,02 em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) cresceu 12,9%, passando de 11,5% em 1991 para 12,9% em 2000. (Tabelas 8 e 9)

Tabela 9 - Porcentagem da Renda Apropriada por Extratos da População – São José dos Campos-SP, 1991 e 2000

RENDA	1991	2000
20% mais pobres	3,4	2,5
40% mais pobres	10,8	8,8
60% mais pobres	22,5	19,7
80% mais pobres	41,7	38,4
20% mais ricos	58,3	61,6

Atlas Desenvolvimento Humano IDH/ 2000

2.5.4.3 DESENVOLVIMENTO HUMANO

Tabela 10 Desenvolvimento Humano

DESENVOLVIMENTO HUMANO	1991	2000
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,805	0,849
Educação	0,877	0,933
Longevidade	0,776	0,815
Renda	0,763	0,800

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano, IDH, 2000.

No período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de São José dos Campos cresceu 5,47%, passando de 0,805 em 1991 para 0,849 em 2000. (Tabela 10)

A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 42,4%, seguida pela Longevidade, com 29,5% e pela Renda, com 28,0%.

Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, $1 - \text{IDH}$) foi reduzido em 22,6%.

Se mantivesse esta taxa de crescimento do IDH-M, o município levaria 12,9 anos para alcançar São Caetano do Sul (SP), o município com o melhor IDH-M do Brasil (0,919).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de São José dos Campos foi de 0,849. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8)

Em relação aos outros municípios do Brasil, São José dos Campos apresenta uma situação boa: ocupa a 32ª posição, sendo que 31 municípios (0,6%) estão em situação melhor e 5475 municípios (99,4%) estão em situação pior ou igual.

Em relação aos outros municípios do Estado, São José dos Campos apresenta uma situação boa: ocupa a 11ª posição, sendo que 10 municípios (1,6%) estão em situação melhor e 634 municípios (98,4%) estão em situação pior ou igual.

2.5.5 A SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de SJC, no ano de 2002, a fonte de recursos da Secretaria Municipal de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL

SAÚDE 2002) foi proveniente do Governo Federal (20,39%), do Governo Estadual (0,41%) e do Governo Municipal (77,98%).ficando a cargo da Prefeitura Municipal de São José dos Campos o investimento de 23,79% do seu próprio orçamento na área de Saúde.

A Lei Municipal nº 6212/02, de 21 de novembro de 2002, estimou a receita do município de São José dos Campos, para o exercício de 2003, em R\$623.961.000,00. Para a Saúde, a previsão de despesas foi fixada em R\$174.650.000,00, sendo R\$165.912.000,00 para Despesas Correntes e R\$8.738.000,00 para Despesas de Capital.(PREFEITURA MUNICIPAL SJC 2003)

O município encontra-se habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde pela NOB-SUS 01/96 (Portaria 2553/GM-MS, de 4 de maio de 1998), bem como habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, preconizada pela NOAS SUS 01/02 (Portaria 2258/GM-MS, de 10 de dezembro de 2002).

O município possui uma rede municipal de Saúde composta por 58 unidades, sendo: Hospital Municipal, Hospital de Clínicas Sul, 35 Unidades Básicas de Saúde, consultórios odontológicos em escolas s adstritas às Unidades Básicas de Saúde, 2 Unidades Mistas, 2 Unidades de Pronto-Atendimento, 16 Unidades de Atenção Secundária e 1 Centro de Controle de Zoonoses.

No anexo 1 encontram-se informações referentes aos equipamentos e pessoal da Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a demanda feminina da UBS-Jd. Satélite, em São José do Campos, sob a ótica mercadológica do Sistema Único de Saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

- Contextualizar a estratégia mercadológica do Sistema Único de Saúde;
- Identificar fatores de utilização do serviço médico por mulheres adultas usuárias do serviço;
- Determinar graus de correlação das SECs na propensão ao uso do SUS entre mulheres usuárias da UBS – Jd Satélite de São José dos Campo;
- Avaliar o efeito de características SEC sobre os valores observados da EPSSS.

4 MÉTODO E CASUÍSTICA

4.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Para efeito deste estudo o problema de pesquisa fixado foi: Seriam as características sócio-econômicas e culturais (Secs) das usuárias do Sistema de Saúde, sob a ótica do marketing de serviços, fatores determinantes da Propensão ao Uso Social do Sistema de Saúde?

4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com delineamento básico, transversal, incorporando pelo menos duas óticas da pesquisa social: a exploratória e a descritiva. Foi exploratória pois procurou, partindo da percepção das maiores usuárias da UBS Jd. Satélite, identificar o maior número possível de aspectos relativos a utilização do serviço de saúde para a EPSSS (Escala de Propensão ao Uso Social do Sistema de Saúde). Agregando complexidade ao desenho inicial, entende-se que a pesquisa também tem caráter descritivo, e muito embora o registro possibilite a análise e a correlação dos achados, concentrou-se em descrever a frequência, causa, natureza e relações dos fenômenos envolvidos.

4.3 MÉTODO DE PESQUISA

Para abarcar o desenho adotado neste estudo, optou-se por desenvolver uma abordagem quantitativa-qualitativa.

O método **Quantitativo** foi empregado, inicialmente, na realização do censo das mulheres atendidas na UBS Jardim Satélite no ano de 2002 (30184 usuárias), caracterizando por meio do código de identificação (**ID**) do Cartão

Nacional de Saúde (CNS), as variáveis idade, situação familiar, local de nascimento e frequência de utilização do serviço. Em outro momento, o método foi utilizado para descrever os fatores associados à utilização do serviço de saúde e validação da EPSSS; partindo dos dados do censo elegeu-se uma amostra das mulheres que mais utilizaram o serviço da Unidade Básica de Saúde UBS Jardim Satélite no ano de 2002, considerando-se “maior frequência”, a ultrapassagem da média de consultas per capita no ano para a UBS, acrescida de dois desvios padrão.

O método **Qualitativo**, foi adotado para o levantamento dos aspectos relativos aos fatores de maior utilização dos serviços da UBS Jardim Satélite em depoimento espontâneo das usuárias (LEFÉVRE, 2000). Nessa fase buscou-se detectar a percepção das mulheres usuárias mais assíduas a respeito dos aspectos que a levavam ao retorno frequente à UBS (maiores usuárias), tais como:

- consciência sobre a frequência dos retornos,
- o motivo que as levou aos retornos,
- o grau de resolutividade da queixa pelo Serviço de saúde,
- consciência sobre a utilização do serviço e da estrutura do serviço de saúde.

4.4 LOCAL DE PESQUISA

Unidade Básica de Saúde do Jardim Satélite- Município de São José dos Campos situada na Av. Andrômeda no. 1960, bairro Jardim Satélite.

4.5. PESQUISA QUANTITATIVA

Os estudos foram realizados com base nos bancos de dados, disponibilizados por meio de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos e por aquele formado pelo cadastro de dados do Cartão Nacional de Saúde (CNS) - Cartão SUS. O tratamento dos dados censitários foi procedido na sede da empresa HYPERCOM DO BRASIL, na cidade de São Paulo.

4.6 PESQUISA QUALITATIVA

As entrevistas e preenchimentos dos questionários da EPSSS foram realizados no município de São José dos Campos, na UBS-Jardim Satélite.

4.7 POPULAÇÃO ALVO

Considerou-se como maiores usuárias aquelas, cuja frequência de utilização ultrapassou a média de consultas *per capita* de 1,91 no ano 2002 para a UBS Jardim Satélite, acrescido de dois desvios padrão (5,82), assim, foram consideradas das 30184 usuárias (distintos números de ID) apenas aquelas que utilizaram o serviço mais de 7,73 vezes, isto é, 8 ou mais vezes no período. Cerca de 60 usuárias foram descartados pois seu ID não estava identificável o que deu origem a uma população alvo com 744 das 30184 usuárias do serviço (2,46%).

4.8 AMOSTRA

Foram definidas 2 amostras para a realização da pesquisa. A primeira, formada por 31 mulheres caracterizadas como maiores usuárias e que foram selecionadas tomando-se como critério, a oportunidade das datas de atendimento pré-

agendadas pelo setor responsável na UBS. Tal amostra, classificada como não probabilística foi utilizada na parte qualitativa do estudo para a identificação dos motivos que levaram as usuárias da UBS, a utilizar o serviço e, com base nessas informações, construir a Escala de Propensão ao Uso Social do Sistema de Saúde (EPSSS).

Para o estudo da validade da escala, bem como para o estudo do problema de pesquisa, foi adotada uma amostra composta por 100 usuárias selecionadas da rotina feminina de atendimento. A construção dessa amostra foi baseada no princípio da seleção natural aplicada a amostragem (STEVENSON 1981), isto é, foram consideradas as usuárias disponíveis nos dias e horários fixados para a coleta. MINAYO (1999), observa que este procedimento é usual em pesquisas sociais e na área de Saúde.

Quanto a representatividade da amostra, vale observar que os critérios clássicos de seleção do “n” em geral, exigem o nível de confiança, o erro amostral e uma estimativa de dispersão da variável que se deseja estimar (BERQUÓ e col. 1981). Nesta pesquisa, diversas variáveis foram estimadas, o que deu origem a um “n” (n=no.de usuárias), próximo da população., optando-se pela adoção do critério de amostra mínima (STEVENSON 1981) a saber 5% da população alvo, observando-se que o percentual ultrapasse a marca de 30 usuárias e o processo de seleção foi casual. A amostra de 100 usuárias, correspondeu a 13,4% da população.

Os pré-testes foram realizados entre usuárias do UBS Jd.Satélite com o roteiro de entrevista, e com o questionário da escala EPSSS. Como parte das preocupações com as informações, analisou-se também os relatórios de consistência do banco de dados CNS a fim de verificar a adequação destes instrumentos de coleta

de dados e, evidenciar possíveis erros permitindo que fossem feitas reformulações e adequações (MINAYO 1999;BERQUÓ 1981).

Por fim, decidiu-se aplicar a pesquisa durante os horários das atividades de rotina da UBS tanto no período da manhã como da tarde. A cada período foram entrevistadas 10 usuárias selecionadas por conveniência, dentre as que aguardavam na sala de espera, aquelas que, no momento, ofereciam maior disponibilidade de tempo.

4.9 VARIÁVEIS

Quadro 1 Descrição das variáveis do estudo. São Paulo, 2003.

Variáveis	Descrição da variável
<i><u>Dependente</u></i>	
<i><u>(VD's)</u></i>	Variável Quantitativa Contínua que indica o escore para a propensão ao uso social do sistema de Saúde.
EPSSS	
<i><u>Independentes</u></i>	
<i><u>(VI's)</u></i>	Variável Quantitativa Contínua que indica a idade
Idade	cronológica (em anos) da usuária
Escol	Variável Ordinal que descreve o nível de escolaridade da usuária varia de analfabeto ao Superior Completo.
SitFam	Variável Nominal que descreve a situação familiar da usuária
Ocup	Variável Nominal que descreve situação frente ao trabalho da usuária

Na geração da variável EPSSS foram consideradas 26 questões do tipo Likert de 5 pontos variando de Discordância Total (1) à Concordância Total (5).

Para melhor orientação do respondente a escala foi graduada na coloração de preto (1) a branco (5) e contendo 10 questões orientadas positivamente (quanto maior o escore de maior a propensão) e 16 orientadas negativamente (quanto maior o escore menor a propensão).

A seguir apresenta-se o Diagrama da Pesquisa , estruturada em tres momentos – quanti-quali-quanti., demonstrando seus passos metodológicos , vinculados com os objetivos da pesquisa.

Figura 11 DIAGRAMA DA PESQUISA

4.10 INSTRUMENTOS DE COLETA

Na parte quantitativa, além da escala EPSSS, os dados sócio-demográficos (Idade, Escolaridade, Situação Familiar e Ocupação) foram extraídos diretamente da base de dados do CNS.

Baseado nas experiências de LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003) foi adotado um roteiro de entrevista contendo as questões que deram origem a escala EPSSS (APENDICE A), a saber:

1ª. Questão - “a sra. esteve aqui na UBS dia (data da última consulta) para quê? qual o problema ?.

2ª. questão - “a sra. costuma freqüentar bastante a UBS não é? porquê? apesar... não resolveu problema“ e

3ª. questão - “agora eu vou falar uma coisa... tem gente que achava melhor não ter que vir freqüentemente na UBS. fale-me sobre isto.”

4.11 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Após a definição do problema de pesquisa, fixação dos objetivos a serem trabalhados neste estudo, definiu-se as variáveis envolvidas no processo e realizados pré-testes das variáveis em campo.

Fase Documental

O estudo iniciou-se pela pesquisa documental através dos bancos de dados do CNS-S.José dos Campos. Foi selecionado no Banco de dados da Secretaria de Saúde –SJC, o ano de 2002 da Unidade Básica de Saúde Jardim Satélite. O

tratamento feito no banco de dados, iniciou-se com a separação dos códigos 2 no que diz respeito ao sexo, pois o objeto de estudo são as mulheres usuárias desta UBS e segundo a arquitetura do cartão CNS referia-se a codificação prevista para sexo feminino, o tratamento do banco de dados exigiu, ferramentas de software de rede de dados, sendo utilizada a base da empresa HYPERCOM do Brasil.

4.12 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Os procedimentos éticos do estudo foram tomados por meio do Termo de Compromisso do pesquisador junto a Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo, do consentimento da Instituição, neste estudo, a Secretaria Municipal de Saúde, através da assinatura da Secretaria Executiva em cumprimento aos requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Além disto, cada indivíduo investigado foi esclarecido no tocante aos riscos e benefícios advindos da pesquisa e sobre o caráter voluntário de sua participação (ANEXO 8)

4.13 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

4.13.1 PARA A PESQUISA QUANTITATIVA

Os dados foram organizados em tabelas, gráficos e medidas resumo e, seguindo a orientação de STEVENSON (1987), SIEGEL (1975) e PEREIRA (1999), aplicando-se as seguintes técnicas estatísticas:

1 – Análise Fatorial

A Análise Fatorial é uma técnica estatística que se apresenta nas versões Confirmatória (AFC) e na versão Exploratória (AFE). Na AFC deseja-se verificar se uma dada estrutura de relacionamento teórico está de acordo com uma dada estrutura de relacionamento factual. O estudo em questão não propõe um escala com uma estrutura previamente sugerida, não sendo factível o uso da AFC, que deverá ser usada em estudos futuros para co-validação da EPSSS em outras populações.

Na AFE deseja-se explorar os dados empíricos para descobrir, detectar e destacar relacionamentos entre medidas de interesse sem impor qualquer modelo definido para os dados. Neste estudo a AFE foi adotada na identificação de domínios conceituais para a escala EPSSS.

2 – Análise de Confiabilidade

A Confiabilidade é uma das mais importantes propriedades de uma escala. Existem diversas formas de avaliar a confiabilidade, não obstante, para HOPPEN (1999) o alfa de CRONBACH (ANEXO 5) , é a técnica mais utilizada para aferir a consistência interna de um conjunto de itens que compõem uma escala o que nos dá uma indicação da confiabilidade da escala.

3- Análise de Correlação

A Correlação foi usada para estimar o grau de dependência entre duas variáveis, ou seja, o grau de interferência, por exemplo, da variável idade na EPSSS. A correlação nada diz a respeito da causa da dependência, a qual pode ser motivada inteiramente por um terceiro fator. A análise de correlação linear consiste usualmente na determinação do coeficiente de correlação linear (grau de dependência) proposto por Pearson (denominado r-Pearson) e na avaliação de sua veracidade a partir do p-value que calcula, baseado na hipótese nula de que o valor real de tal coeficiente é zero, se o resultado obtido pode ser considerado real.

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}} \quad (3)$$

$$^1\text{para os dados populacionais, } r = \frac{\text{Cov}(X,Y)}{\sigma_X\sigma_Y}$$

A aplicação do coeficiente de correlação linear proposto por Pearson foi utilizado no estudo por ser possível admitir a existência de um relacionamento linear entre as variáveis que foram mensuradas, no mínimo, no nível escalar (PEREIRA 1999)

4 - Análise de Regressão Linear Múltipla (RL)

Análise de Regressão é a técnica estatística adequada à avaliação do efeito de uma variável (idade, escolaridade, situação familiar, ocupação) sobre outra variável, (EPSSS). Tem-se uma regressão linear múltipla quando admite-se que o valor da variável dependente é função linear de duas ou mais variáveis independentes, ou seja, a regressão linear múltipla exibe em um gráfico, cuja união dos valores de y e x originará uma reta, a propensão ao uso social do sistema de

Saúde (variável dependente) interferindo nas variáveis independentes (idade, ocupação, situação financeira e escolaridade). O detalhamento modelo está apresentado no Anexo 4.

Foram usados na elaboração deste estudo os softwares: MSOffice **Excel** versão 2002 para o gerenciamento do banco de dados; **WinSTAT** Statistics for Windows versão 3.01 e **SPSS** for Windows Release 10.00 versão 1999 para a execução dos cálculos estatísticos, elaboração e edição de gráficos, na elaboração das tabelas e para a redação usou-se o MSOffice **Word** versão 2002.

4.13.2 PARA A PESQUISA QUALITATIVA

A análise dos discursos foi feita através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003) que implica a identificação sistemática das figuras metodológicas, a saber :

Idéia Central, (IC). Expressão lingüística que descreve de maneira sintetizada, fidedigna o depoimento e as situações envolvidas nos sujeitos entrevistados. A IC deve contemplar as afirmações, as negações e dúvidas da realidade factual, bem como os juízos de valor a respeito da realidade institucional ou o contexto social dos sujeitos que estão envolvidos.

Expressões-Chave (ECH), são trechos selecionados dos depoimentos que dão sua autenticidade e literalidade.

Discurso do Sujeito Coletivo (**DSC**) é composto a partir das **ECH** de mesmas idéias centrais **IC** e representa a transformação do conjunto de expressões chave em um discurso sintetizado e encadeado.

Por outro lado, optou-se por não se utilizar da figura metodológica da Ancoragem, considerando-se que nos discursos não se apresentaram, por estarem diluídas de forma genérica, marcas lingüísticas. Desta forma, procurou-se minimizar o risco de interpretação dos discursos que poderia emergir no procedimento de ancoragem (LEVÉVRE e LEFÈVRE 2003).

O material transcrito das entrevistas foi categorizado, após análise isolada das respostas a cada questão, com ajuda do aplicativo Quali Soft® (LEFÈVRE e LEFÈVRE). Esta categorização obedeceu à sequência operacional proposta pelos autores, tocante ao uso do aplicativo:

Fase 1: Instrumento de Análise do Discurso (IAD)

1. Cópia integral das respostas (ECH)
2. Identificação das idéias centrais (IC) a partir da ECH
3. Identificação e agrupamento da IC.
4. Categorização dos agrupamentos de IC

Fase 2: IAD (Construção do DSC)

1. Cópia integral das respostas (ECH) das mesmas categorias propostas no item 4 da fase 1.
2. Composição dos DSC segundo os agrupamentos de IC.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As análises dos dados e informações coletadas desenvolveram-se sob duas óticas complementares;

Quantitativa, na caracterização das usuárias da UBS Jd.Satélite, através da análise descritiva do Banco de Dados formado pelos dados do CNS, com relação às variáveis SEC e,

Qualitativa, na análise do DSC, das usuárias da mesma UBS, que deu origem aos fatores que compuseram a EPSSS

5.1 ANÁLISE QUALITATIVA

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

1- A sra. esteve aqui na UBS no dia ... não é? Para quê? Qual foi o problema?

A - QUADROS DOLOROSOS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Dor na barriga que não ta querendo passar, depois que eu fiz a cirurgia, dói muito, tenho dor de cabeça. Muita dor!.tenho dor no peito. Estou com dor fortíssima de cabeça, tenho cólicas e tenho muita dor nas costa, dói, dói, dói, dói demais.Tenho dor de estomago. não venho mutio não...só quando me dói.

A questão dos quadros dolorosos na atenção primária, nos remete a várias reflexões. Em primeiro lugar, a dor, por ser um sinal, nos remete ao terreno da subjetividade, ou seja, a possibilidade da presença da dor é condição mais que suficiente para levar alguma mulher a utilização do serviço de saúde. Em segundo lugar, a construção hipotética do sujeito coletivo, monta um discurso que vai muito além da atenção prestada pelo serviço de saúde, passando pelo entendimento do

próprio quadro sociocultural em que as usuárias estão inseridas. Para tanto no que cabe ao marketing de serviços, o grau de personalização influencia na capacidade de controle da qualidade dos serviços e a percepção do serviço do ponto de vista do usuário. A personalização na prestação dos serviços pode estar ligada à natureza do serviço ou à pró-atividade do gestor no julgamento das necessidades individuais do usuário (LOVELOCK 1994). Seja, por uma ou outra razão, de personalização, o fato é que, cabe também a este gestor a consciência das implicações da variação dos graus de personalização do serviço na operacionalização do processo, tendo em vista que mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde, da mesma forma que estas apresentam mais frequentemente doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias que geram um grande volume de demanda aos serviços de saúde (PINHEIRO, VIACAVA, TRAVASSOS E BRITO 2002).

Ao marketing de serviços, cabe o entendimento de que a utilização dos serviços de saúde é determinada pela interação entre os consumidores e as fontes ou prestadores dos serviços médicos-hospitalares num ambiente social e organizacional. Os fatores relacionados com o consumidor incluem seu comprometimento com a Saúde e/ou necessidade de tratamento, grau de morbidade, sintomas percebidos de doença, grau de limitação crônica de atividade, dias de incapacidade e diagnóstico. Os fatores sócio-psicológicos dizem respeito à percepção da doença, as atitudes e opiniões sobre serviços de saúde, médicos e doença. “A própria população aprendeu a diagnosticar-se e a reconhecer que as emoções alteram seu bem-estar” (ROMANO, 1999 p.26). O auto-cuidado, passa pela percepção do binômio doença-Saúde que se forma a partir dos mecanismos sociológicos de desempenho de papéis sociais seja no

tocante ao desempenho do trabalho dentro da própria casa seja no desempenho de atividades de trabalho.

Segundo GOMES E TANAKA:

“...as pessoas querem ter desempenho social e imagem que estejam dentro das normas sociais do meio em que vivem, mas seguramente também querem ter o conforto de não sentir dor ou algo que as incomode. Após avaliarem o problema, as pessoas decidem se devem ou não procurar um profissional de Saúde, quase sempre um médico.” (2003 p.75-82)

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

1 - A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para quê? Qual foi o problema?

B - LESÕES EXPOSTAS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Escorreguei, quebrei o pé. Olha aqui minhas verrugas , minha unha tá encravada , ando tendo uns furúnculos pelas pernas"...

As queixas ambulatoriais de lesões expostas , apresentam a faceta da auto-avaliação do estado de Saúde, referindo-se a sinais e sintomas e as restrições de atividades rotineiras, estas características mostram-se mais relacionadas ao sexo feminino como apresentado por PINHEIRO,VIACAVA, TRAVASSOS E BRITO (2002), e geram um grande volume de demanda aos serviços de saúde.

A tangibilidade das ações que compõe o pacote de serviços deverá ser utilizado pelo gestor do SUS, na avaliação sobre a maneira pela qual o processo de prestação de serviços será desenvolvido e sobre as melhorias cabíveis para o melhor

atendimento. Esta tangibilidade, está ligada à adequação do horário de atendimento, tendo-se em vista que na modalidade de prestação de serviços de saúde , há que ter o deslocamento do usuário até o local da prestação de serviços ou o contrário, diferentemente da categoria de prestação de serviços, em que a ação tangível é sobre a propriedade ou intelecto do usuário, através de meios eletrônicos, por exemplo, Internet. Da mesma forma em que a questão tangível do conforto, higiene e acessibilidade das áreas físicas de prestação do serviço e sua capacidade produtiva ao atendimento dos usuários, compõem os aspectos tangíveis do pacote de serviços de saúde. De acordo com ZEITHAML, BERRY E PARASURAMAN (1993), as expectativas do usuário envolvem diversos elementos diferentes, tais como serviços desejados, serviço adequado, serviço previsto e uma zona de tolerância existente entre os níveis de serviço desejado e adequado.

TAKEUCHI e QUELCH (1983 p.140) salientam que as Instituições devem estar seguras de que estão oferecendo os benefícios que os usuários procuram. Qualidade deveria estar principalmente focalizada e orientada para os usuários e não para a produção, concorrência e tecnologia. Em seus programas de desenvolvimento de qualidade, torna-se premente considerar de que modo os usuários definem qualidade e por que estariam exigindo um nível mais elevado de qualidade do que no passado. Como são os usuários que fazem o julgamento final da qualidade, as respostas a essas indagações constituem importante fonte de informações para a elaboração de programas eficazes de qualidade. Os autores acrescentam que a obtenção dessas informações é uma tarefa complexa, pois os usuários têm dificuldades e nem sempre conseguem articular seus requisitos de qualidade, sendo

que freqüentemente falam em generalidades. Além disso, as suas prioridades e percepções também mudam ao longo do tempo.

TAGUCHI e CLAUSING (1990) defendem a proposta da qualidade robusta, na qual o funcionamento de um produto ou serviço deve ser adequado mesmo em condições adversas. A idéia básica é que a prova da qualidade de um produto ou serviço está no seu bom desempenho sob condições desfavoráveis. Nesta ótica, ressalta-se a necessidade dos gestores do SUS, visualizarem as condições desfavoráveis do sistema e terem a consciência de que o usuário não é agente de situações caóticas ou política e financeiramente desfavoráveis ao sistema, ao contrário é sujeito da atenção de Saúde que lhe é assegurada como cidadão.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

1 -A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para quê? Qual foi o problema?

C- EXPOSIÇÃO DA VARIÁVEL EMOÇÃO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Deis que meu homem me atirou eu não me aprimei mais. Não venho muito não só....assim...2 vez por mês...quando tem alguma coisinha...depois que minha menina nasceu...a menorzinha, né, eu tenho 3...começou , esse problema de eu engorda muito . Não consigo parar de piscar.

As mulheres apresentam mais freqüentemente doenças de tireóide ou vesícula, enxaquecas, problemas habitualmente de baixo comprometimento de risco de vida, entretanto produzem grandes demandas aos serviços de saúde. As pressões sociais e familiares que sofrem as mulheres, levam-nas ao nível de grupo de risco nas situações de obesidade, stress e infelicidade (PINHEIRO, VIACAVA, TRAVASSOS

E BRITO 2002). Ao lado desta questão, ressalta-se a violência contra mulher, que provoca impactos na sua Saúde e qualidade de vida. A face da violência conjugal e o estupro têm sido associados a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastro-intestinais e sofrimento psíquico em geral, acrescentam os autores, incrementando o uso dos serviços de saúde, especificamente os ambulatoriais. Entretanto, a violência feminina, ainda não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde até pela própria dificuldade de abordagem, as conseqüências da situação de violência para os serviços de saúde são significativas. A violência deriva sofrimentos permanentes e cronificados, aumentando, sobremaneira, a demanda pelos serviços de saúde. (SCHRAIBER e col. 1999)

A questão do relacionamento da Instituição e o seu ambiente externo, na detecção dos processos sociais que permeiam sua comunidade, toma importância no sistema de Saúde quando passa pela discussão da estratégia de serviços. As regras de tomada de decisão para orientação do comportamento da Instituição no Sistema Organizacional, são explicitadas pelos padrões utilizados para medir o desempenho da Instituição em um determinado período, ou seja, as metas a serem atingidas, tidas como os padrões quantitativos, e os objetivos como padrões qualitativos (AFFONSO e col. 1996). Além dessas regras, devem ser também consideradas as que envolvem o desenvolvimento da relação da Instituição com seu ambiente externo, ou seja, o tipo de atenção primária que a Instituição desenvolverá para qual público-alvo que terá a prioridade de atenção específica, e como a Instituição conquistará posição de importância na comunidade inserida, à frente dos recursos aplicados, a empatia com os problemas inerentes a esta comunidade e aos resultados obtidos. A este conjunto

de regras pode-se chamar de estratégia Instituição, que envolvem também as regras para a implementação das relações e dos processos internos da Instituição, além das regras de políticas Institucionais que ditam como a Instituição vai conduzir suas atividades no dia-a-dia. A proximidade do usuário com a UBS deve ser explorada no sentido de detecção e ajuste das características dos serviços às necessidades do primeiro. A perecibilidade representa uma questão fundamental no planejamento da entrega do serviço e na administração da flutuação da demanda. O usuário é o elemento-chave para o sucesso de um serviço, devido principalmente ao seu envolvimento no processo. O bom relacionamento com o usuário deve ser monitorado, visando uma vantagem competitiva na comunidade. Da mesma forma que a satisfação do usuário não provém de um fato isolado. A decisão de um usuário ficar ou desertar é fruto de muitos pequenos encontros com uma Instituição. Cientes deste fato, as Instituições devem adotar estratégias distintivas de serviços para garantir que eventos anormais sejam percebidos como extraordinários e que experiências mal sucedidas sejam ofuscadas por vários momentos de satisfação (STEWART 1997).

A percepção de qualidade de um serviço pode ser formada pela experiência efetiva do usuário ou, no caso de ainda não ter ocorrido nenhum tipo de envolvimento, pelo depoimento de terceiros ou pela veiculação da propaganda. O conceito de satisfação, por outro lado, depende necessariamente da própria experiência com o serviço. GARVIN (1987, p.104), destacando a complexidade do problema, afirma que os administradores que objetivam ganhos de qualidade “necessitam de uma nova maneira de pensar, uma ponte conceitual que lhes permita enxergar do ponto de vista de um usuário; obviamente nesse contexto os estudos de

mercado assumem uma nova importância, semelhante à do exame cuidadoso de produtos concorrentes; uma coisa é certa: alta qualidade significa ser capaz de satisfazer os usuários, e não apenas protegê-los de aborrecimentos”.

GARVIN (1987, p.104) também afirma que os administradores devem estar voltados para definir a qualidade em termos de estratégia, ou seja, que eles (os gestores) “têm de decompor a palavra qualidade em partes administráveis. Só então estarão aptos para poder definir os nichos de qualidade em que deveriam competir”.

GRÖNROOS (1995) afirma que os serviços são vivenciados de forma subjetiva e que as atividades de produção e consumo ocorrem simultaneamente. As interações entre o prestador de serviços e o usuário, chamadas de “horas da verdade”, têm um grande impacto sobre o serviço percebido:

“a qualidade de um serviço conforme percebida pelos usuários tem duas dimensões, a saber, uma dimensão ou resultado técnico e uma dimensão funcional ou relacionada a processo”
(GRÖNROOS 1995, p. 48).

A dimensão técnica da qualidade relaciona-se com o que o usuário recebe nas suas interações como prestador de serviços e normalmente pode ser avaliada de forma bem objetiva, pois se traduz como solução técnica de um problema.

Ao visualizar os usuários como relacionamentos em vez de atendimentos e número de demanda, os administradores poderão calcular o valor líquido do usuário ao longo do tempo. A preservação dos usuários na Instituição resulta em um volume maior de adesão a programas de Saúde em consequência de referências, custos operacionais mais baixos (por exemplo, não é necessário dar orientações sobre o

programa para pessoas que já são usuários e estão fidelizadas), oportunidade de melhoria na operação do serviço, de acordo com a evolução das necessidades dos usuários. Por outro lado, usuários perdidos podem exercer uma influência negativa aos demais membros da comunidade. Para tentar reduzir as perdas futuras de usuários, as Instituições devem utilizar as perdas já ocorridas como uma fonte de informações para se conhecer os motivos causadores da evasão de usuários, que poderão servir de alerta na tentativa de preservação do usuário atual. Os depoimentos obtidos com os usuários perdidos costuma oferecer informações objetivas e específicas que traduzem experiências concretas que tiveram com o serviço focalizado.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

1 - A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para quê? Qual foi o problema?

D - CONTINUIDADE DO TRATAMENTO/ CASOS CRÔNICOS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Tenho problemas nos rins, já fui operada ,tinha teratoma e endometriose. Operei da catarata. Olha só, meu problema é minha cabeça, ela dói e eu sempre venho aqui e nunca passa. Eu sofro de gripe comprida. Eu tive nefrite e agora tenho hepatiti, tenho hemorróida, mas não sara. Alergia de Gato, venho porque não tem outro, toda vida é assim, agora é esse problema outra hora é outra coisa, sempre tenho que vir, a médica pediu para voltar e hoje eu também vim trazer minha menina, preciso de tratamento do coração, não pode deixar, eu tenho gastrit, depois que tive pneumonia, todo mundo lá em casa já teve, sempre com esse problema na barriga, .manchas na pela, dor nas articulações, dificuldades para respirar, .nem barriga nem rim funciona direito, olha aqui os exame, a endoscopia não foi boa, o doutor acha que é úlcera.

As doenças crônicas tornam-se assunto de importância para a gestão de serviços de saúde, em função do envelhecimento da população brasileira, por

constituírem motivo de alta demanda, principalmente do sexo feminino, traduzido no estudo desenvolvido por ALMEIDA e col. (2002), como sendo o problema crônico, um dos determinantes mais fortes para a procura e utilização dos serviços de saúde, acrescenta-se ao fato de a mulher apresentar alterações de Saúde em função de variações hormonais, conseqüências de gestações repetidas tais como veias varicosas, transtornos urinários, hemorróidas e, sobretudo, fadiga e depressão.

Na operação de serviços, coletar informações acerca dos usuários deve ser uma preocupação básica dos gestores de serviço, principalmente no Setor Saúde (FLEXNER 1979). A época da coleta em termos da seqüência de planejamento também é de grande importância. A maioria dos gestores na área de Saúde somente considera informações acerca das preferências e comportamento dos usuários após já haverem estabelecido suas metas e objetivos e definido a estratégia em serviço (HYMAN 1975).

As demandas diversificadas e constantes dos usuários crônicos exigem do serviço de saúde, instrumentos de gestão no gerenciamento da sua capacidade produtiva e da demanda, com vistas a tratar este usuário como um perfil específico que exigirá tratamento específico.

Embora cada período de demanda possa estar associado a diferentes perfis de usuários com necessidades e expectativas específicas, sempre é possível identificar sutis semelhanças entre os diferentes períodos, permitindo um agrupamento de categorias com a conseqüente redução do número efetivo de demandas diferentes a serem administradas mediante estratégias de marketing adequadas às suas especificidades.

Para a realização de serviços, muitas Instituições envolvem múltiplas ações sequencialmente. A capacidade de satisfação da demanda, neste caso, é limitada pelo número de instalações físicas, equipamento, pessoal e pelo número e seqüência dos serviços prestados. Em uma operação de serviços bem administrada, deve haver equilíbrio entre a capacidade de instalação, equipamento de apoio e pessoal de atendimento.

O grande desafio para a satisfação, está na conjugação da demanda e suas variações de tempo e esforços necessárias para o processo de realização do serviço. Geralmente existe mais variação no tempo de serviços processados com pessoas do que com objetos, acarretando variação nos níveis de prontidão.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui,

A - JÁ PASSOU POR VÁRIOS MÉDICOS E NÃO CONSEGUE RESOLVER O PROBLEMA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Já fui em muitos médicos e é sempre a mesma coisa, não intendo porque não sara; estou péssima, o médico falou que teria chances de melhorar, e nada, Já fui em uns deis ortopedistas; foi ruim muito, tinha que volta aqui todo dia fazê curativo, vim na dermatologista, hoje tô vindo no cirurgião e semana passada eu vo vim no endocrinologista. Tô desesperada, é incrível é que nem me pediram nenhum exame, nem de sangue, nem de urina, uns fala que é coluna, outro doutô já penso que era usrrim, mais ninguém pede us inzame, eu peço pra fazer inzame e os médicos fala que não precisa, manda toma esse remédio, que vai melhora e inzame não precisa fazê. Os médico do SUS sempre mudam, eu até fui noutro posto para pegar um médico que deu um remédio bom, mas ele não era mais do convênio do SUS. Acho vou ter que pagar uma consulta particular, se hoje o doutor, não me falar nada não sei o que fazer.

A utilização do serviço de saúde, pode estar condicionado a fatores como disponibilidade, tipo, quantidade de recursos, localização e qualidade percebida do

serviço, estes aspectos de oferta influenciam o nível de consumo dos usuários. (PINHEIRO e col. 2002), da mesma forma que a padronização de condutas garantam satisfação do usuário com a resolutividade de suas queixas, são esforços associados à maneira como o serviço é gerido na sua totalidade. A gestão de serviços é uma abordagem gerencial na qual os procedimentos de gerência são voltados para as características dos serviços e para uma abordagem orientada para a comunidade, nestes casos, se tem o enfoque de compreender a utilidade que os usuários recebem com o consumo ou uso das ofertas da organização e como os serviços, por si sós ou junto com os bem físicos ou outros tipos de recursos tangíveis, contribuem para a utilidade – ou seja, compreender como a qualidade total é percebida nos relacionamentos com o usuário – e como ela muda ao longo do tempo, compreender como a organização (pessoal, tecnologia e recursos físicos, sistemas e usuários) será capaz de produzir e entregar esta utilidade ou qualidade; compreender como a organização deve ser desenvolvida e gerenciada, de forma que a utilidade ou qualidade pretendida seja alcançada (GRÖNROOS 1988).; e fazer com que o Sistema de Saúde funcione de forma que esta utilidade ou qualidade seja alcançada e os objetivos do SUS, dos usuários, dos trabalhadores da Saúde e da Sociedade sejam atendidos No setor de Saúde a garantia de um serviço, entendendo-se como “... uma promessa de que em caso de a entrega do serviço não conseguir atender padrões predefinidos, o usuário tem direito a uma ou mais formas de compensação” (LOVELOCK E WRIGHT, 2001 p.173), torna-se prejudicada na medida em que prestadores de serviços argumentarem que, por definição, não se pode garantir nenhum serviço, devido ao envolvimento de seres humanos no seu fornecimento e à simultaneidade da produção e consumo, entretanto não se pode negar a um usuário a

garantia de sua satisfação. Mesmo que a garantia envolva custos, há também custos decorrentes de serviços mal realizados, tais como, custos de falhas, podendo gerar a perda de credibilidade do Sistema junto a usuários insatisfeitos. A linha condutora de um programa de garantia é deixar de gastar com correção de erros e passar a gastar com prevenção de erros.

Os serviços, destacadamente de Saúde, têm um caráter de continuidade de relacionamento, ao contrário da produção de bens. Quando se trata da relação tempo – consumo – estocagem, o bem possui uma relação de continuidade, diferentemente da característica de perecibilidade dos serviços, que são produzidos e consumidos no mesmo momento. Esta perecibilidade remete à questão da intangibilidade e inseparabilidade que são de simples definição na produção de bens, em que o produto pode ser experimentado, antes mesmo da sua aquisição, pois a fonte produtora não agrega necessariamente seu aspecto emocional aos produtos. A variabilidade, referida acima, concorre para o aspecto do Sistema de Saúde que sofre a necessidade da produção para uma determinada massa de serviços que não podem ser produzidos em massa, acima do tempo normal de consumo, nem estocados para suprirem o mercado em momentos de pico de demanda, desta forma a capacidade não utilizada é desperdiçada. As Instituições devem se preparar para suprir acúmulos de demanda, mesmo que atuem com capacidade ociosa em certos períodos.

Os tempos de entrega de um serviço têm sido um dos principais aspectos considerados na classificação de um bom serviço. Os usuários têm se mostrado cada vez mais exigentes e sensíveis à variação do tempo. É preciso dedicar especial atenção ao cumprimento dos prazos de maneira a não se ultrapassar o limite de tolerância dos usuários. Dada a diversidade dos canais de distribuição dos serviços,

que podem ser eletrônicos ou físicos, a administração das pessoas que estão em contato com o usuário e o acompanhamento do desenvolvimento satisfatório das operações representa tarefas desafiantes para as Instituições de serviços, de tal maneira que não importa o tipo de estrutura organizacional no setor de serviços, os problemas gerenciais são similares, no que diz respeito a processos.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? então, apesar da sra. estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui.

B - PROBLEMA EMOCIONAL

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Não aguento mais, só penso em morrer, não consigo mais me reerguer; achei que fosse da menopausa, mas o neurologista falou que poderia ser depressão: achei que tava louca, porque psiquiatra é para essas coisas, meu nervosismo não passou, fico muito triste; e só choro, o pessoal diz que é nervoso.

Estudo desenvolvido por ALVES e COURA-FILHO (2001), mostra que os serviços de saúde mental do SUS estão voltados para reforma psiquiátrica entendidos como população-alvo os neuróticos graves, psicóticos e egressos hospitalares, ressaltam os autores que o excesso de demanda nos serviços públicos de atenção primária à Saúde, ausência de mecanismos adequados de controle de medicamentos, bem como o poder de divulgação da mídia farmacêutica, aliada à cultura popular do “boca a boca” são aditivos que reforçam a medicalização do sofrimento psíquico. MEDEIROS e GUIMARÃES (2002), fazem críticas a operação de assistência à Saúde mental, como sendo burocracia das práticas profissionais que gera um estado crônico dos doentes mentais além dos trabalhadores desta área serem tomados por comportamentos e sentimentos de submissão, indiferença, ausência de projetos

pessoais e futuros, apatia e deterioração das Instituições, propondo uma de mudança de paradigma deste quadro com um novo panorama de competências (especialistas e técnicos) para o conceito de equipe com um conceito de interdisciplinaridade. Diante do quadro da assistência à Saúde mental, pode-se inferir que caberá ao gestor da UBS, atender aos determinantes de satisfação do usuário no que se refere à qualidade percebida, GRÖNROOS (1995) reforça que, fatores envolvidos na operação de entrega do serviço, tornam-se diferenciais no desenho de soluções ao usuário, tais como:

- Profissionalismo e Habilidades, relacionados à competência técnica, envolvem pessoal qualificado, sistemas operacionais e recursos físicos;
- Atitudes e Comportamentos, dimensão funcional relacionada à boa vontade dos empregados em solucionar os problemas do usuário;
- Facilidade de Acesso e Flexibilidade, dimensão funcional relacionada à facilidade que o usuário tem para conseguir serviço e a percepção que o usuário tem de que o prestador de serviço está preparando para se ajustar à demanda;
- Confiabilidade e Honestidade, dimensão funcional relacionada à percepção do usuário de que a Instituição cumpre suas promessas e tem um desempenho de acordo com os interesses dos usuários;
- Recuperação, dimensão funcional relacionada à percepção de que os erros e situações inevitáveis serão corrigidos ou modificados da melhor forma e da maneira mais rápida possível;
- Reputação e Credibilidade, fatores ligados à imagem, com função de filtragem, relacionam-se à confiança do usuário no prestador de serviços e à

percepção de que o prestador fornecerá um bom serviço a um preço adequado.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? Então, apesar da sra. estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui.

C - PROBLEMA TÉCNICO DO SERVIÇO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Desisto porque tenho que esperar muito na fila, sempre o forno tá ocupado e a fisioterapeuta falta , faço uma vez, depois ela falta e daí dói de novo, então tenho que voltar no médico. Tive que parar porque eles não tinham remédio, não sei, agora acho que vai dar, a gente tem que insitir. Eu acho que agora dá, mas é muito cheio, tem bastante gente precisando.

O estudo dos fatores de utilização relacionados com o consumidor tem como base a tecnologia da informação e a necessidade da ferramenta de marketing baseado em banco de dados .

A questão da demanda e da capacidade é essencial ao uso produtivo dos recursos do SUS e ao alcance do padrão de qualidade desejado pelos usuários. A demanda flutuante é um problema que atinge grande parte das Instituições que prestam serviços a usuários individuais ou institucionais.

O gasto potencial da ausência a procedimentos programados na Unidade Básica de Saúde sempre estará latente após o agendamento . As operações de serviço criam um estoque perecível que não pode ser armazenado para uso em uma data posterior. Inversamente, quando a demanda pelo serviço excede sua oferta, usuários são perdidos ou, ainda, os usuários podem ser obrigados a esperar em fila até que haja suficiente capacidade produtiva para o seu atendimento.

Um serviço de capacidade fixa pode, a qualquer momento, se deparar com situações de excesso de demanda em relação à capacidade máxima, ou seja o nível de demanda supera a capacidade máxima disponível, implicando recusa de atendimento de alguns usuários e perda de negócios; de excesso de demanda em relação à capacidade ótima, quando, embora não haja recusa de atendimento de nenhum usuário, as condições são precárias e é afetada a qualidade do serviço; equilíbrio da demanda e oferta com o uso adequado dos recursos do serviço de saúde e com realização de um bom serviço ou ainda com excesso de capacidade, situação em que o nível de demanda está abaixo da capacidade ótima e os recursos não são plenamente utilizados.

É preciso definir alguns indicadores da capacidade de um serviço, tais como, número de horas em que as instalações, a mão-de-obra e os equipamentos são utilizados produtivamente e a porcentagem de espaço disponível efetivamente empregada. Há alguma elasticidade na capacidade de um serviço absorver demanda extra. Com relação à mão-de-obra, momentos de pico de demanda podem requerer níveis elevados de eficiência viáveis em períodos curtos, mas com prejuízo da qualidade em longos períodos de aceleração do ritmo de trabalho. Para dilatar o nível de capacidade, há serviços que propiciam a utilização das instalações durante períodos mais longos.

Para uma equiparação entre capacidade e demanda, pode-se praticar também a estratégia denominada acompanhamento de demanda (FITZSIMONS e FITZSIMONS 2000; SASSER JR. 1976).

Para que os gestores efetivamente possam desenvolver uma estratégia de serviços de saúde bem sucedida, evoca-se os aspectos instrumentais preconizado por NORMAN (1993) que podem ser apresentados como ferramentas gerenciais:

- Orientações para a qualidade e excelência possuem as Instituições de sucesso, pois estas têm uma forte orientação para resultados e demandam precisão e consistência nas transações de serviços com os usuários e em todos os aspectos de funcionamento interno;

- Orientação para os usuários na medida em que as Instituições se empenham em relacionamentos longos e que cada aspecto da interação com o usuário é parte de um processo de marketing em longo prazo. Esses relacionamentos são considerados ativos patrimoniais;

- Investimentos em pessoas e alta orientação em tecnologia social, significando que as Instituições tendem a considerar as pessoas em seus relacionamentos com os usuários como o principal ativo;

- Sistemas de controle rígidos nos fatores vitais do relacionamento com os usuários e descentralização de decisões.

Dentro desta visão corrobora-se ferramentas de marketing de relacionamento aplicado às comunidades inseridas no atendimento do Sistema Único

de Saúde – SUS, como instrumento gerencial de gestão da demanda e otimização da capacidade produtiva das Unidades Básicas de Saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? Então, apesar da sra. estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui.

D - MÉDICOS ALEGAM QUE A PESSOA NÃO TEM NADA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Os médico diz que não é nada e manda embora.

Há um pedido de atenção que ultrapassa a ótica biológica do atendimento, a leitura do emocional fica ofuscada pelo aspecto médico Institucional. (ROMANO 1999)

Em estudo desenvolvido por CARVALHO e col. (1994), apontou que 14% dos diagnósticos apontados na lista do Código Internacional de Doenças (CID), pesquisados em três ambulatorios da rede de Saúde no RJ, situavam-se no capítulo dos "Sintomas, sinais e afecções mal definidas" nos três serviços. Os pesquisadores atribuem que este fato poderia estar ligado à característica do serviço ambulatorial, que funciona como porta de entrada, em que o paciente ainda não foi submetido a uma investigação mais detalhada, como também poderia ser reflexo da baixa resolutividade do atendimento. Acrescentando:

“... o fato de atenderem predominantemente à população favelada contribui para a visão da atenção primária em Saúde como atenção de segunda classe para cidadãos de segunda classe. Esta mentalidade funciona como empecilho à incorporação de tecnologias pelos serviços, cujas necessidades vão das mais simples,

como pesagem e aferição da pressão arterial, às de média complexidade, como exames complementares laboratoriais, pouco encontrados nos registros em prontuários. Dar prioridade a essas questões é uma condição fundamental para se melhorar a resolutividade do atendimento...” (1994, p. 17-29).

Seja pela a lacuna do atendimento focada na vertente da estruturação dos serviços e da visão desfocada do cidadão pela Instituição ou seja pela sutileza, a relação médico-paciente que muitas das vezes foge aos preceitos hipocráticos, o fato é que o “vazio” de resposta ao usuário, faz com que ele desenvolva uma procura para sanar seus desconfortos, gerando demanda no sistema de Saúde.

A qualidade experimentada pelo usuário é criada no momento da prestação do serviço e diversos aspectos podem influenciar a situação de interação Instituição-usuário (NORMANN 1993), criando empatia com o usuário, através do entendimento de que quem paga o salário do prestador é o usuário e de que os problemas devem ser considerados também e particularmente do ponto de vista dele (usuário). Esta interação também está presente na utilização de sistemas de instrumentos de ouvir o usuário, que, criando e enriquecendo a interação com o usuário, pode aumentar tanto a motivação do pessoal de contato como a satisfação do usuário, da mesma forma que articulações de retroalimentação de informações, servem para avaliar a qualidade dos serviços fornecidos e influenciar as modificações necessárias. Administração do usuário, quando as expectativas deste são moldadas e existe uma predisposição de interação de tal maneira que venha a contribuir da melhor forma possível com a dinâmica social, gerando sua própria experiência de qualidade. Ao lado desta iniciativa, acrescenta NORMANN (1993), quando o usuário é exposto a um clima positivo, aberto e voltado para o serviço, à percepção da

qualidade experimentada aumenta. No entanto, uma pessoa da Instituição que interage com o usuário só pode expressar uma atitude que seja a predominante na Instituição, ou seja, quando há a exposição ao clima e ambigüidade de papéis.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? Então, apesar da sra. estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui.

E - LÓGICA SANITARISTA E LÓGICA DA POPULAÇÃO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Dá remédio e não melhora, só resolve meu problema na hora, passa uns dia depois da consulta e volta tudo, médico fala que isso é coisa de rico, pergunto pros médico porque num saro eles falam que eu não como direito, falaram que eu tenho que comer verdura, legumes, mas eu não gosto disso, gosto só de carne, arroz, farinha de macaxeira e minha pimentinha, também eu não tenho tempo de ficar fazendo essas coisas difícil de salada; eu tinha vergonha de ir no médico, até que quando eu casei, se sabe, as coisa muda agente que ter filho, mas não muitos, opero e agora eu nem consigo mais fazer como antes, todo mês tenho que volta no doutor porque; ele me deu uns remédio que dá muito sono, e daí se eu durmo meus olhos não pulam mesmo, comecei ficar preocupada com isso e parece que a coisa desandou mais ainda.

Muitas mulheres despendem horas, tomando conhecimento de alterações pelas quais poderá passar o seu corpo, seja na gravidez, no climatério ou nas demais situações do ciclo da vida que alterem, o movimento biológico. A experiência de entrega de serviços de saúde desempenha um grande papel no processo de fornecimento de informações específicas, envolvendo inclusive significativa distribuição de material com conteúdo e direcionando os usuários para as fontes de informações existentes ,ou seja, um movimento na direção da Educação em Saúde (PELTIER e col. 2000). Este movimento caminha para apreensão da realidade em

que as usuárias estão inseridas, consolidando-se a partir deste o Conhecimento que deriva no aprendizado como forma de modificação do primeiro.(LEVY e col. 2001).

Na relação médico-usuário, o não entendimento dos códigos de valores e culturais do usuário é variável que concorre para a formatação dos serviços explícitos. O usuário sente quando o médico tem falta de informações impactando negativamente na lealdade dos usuários ao serviço (PELTIER e col. 2000). De uma certa maneira a comunicação entre usuário e prestador, reforça PELTIER e col. (2000) é também parte da responsabilidade social da Instituição, seja fornecendo informação detalhada ao usuário aumentando o nível de confiança que eles terão nos seus prestadores, seja no nível de comunicação entre usuário e provedores que reflete a habilidade destes em entender as necessidades dos usuários e suas necessidades de Saúde com vistas à qualidade de atendimento, ouvindo e respondendo questões de usuários compreendendo as questões de usuário, explicando o atendimento e dispendendo tempo adequado com os usuários, em compreender a lógica da população e decodificar a lógica da Saúde-doença de cunho médico, sanitarista.

A priorização das necessidades da Saúde da mulher não podem estar desvinculadas de seu patrimônio cultural, das peculiaridades dos lugares onde vivem, como “sujeitos sociais”, na família, na casa e no trabalho, respeitando suas dimensões procriativas e de cuidados do próprio corpo (COSTA e col. 2000), com o risco de provocarem muitos além da insatisfação do usuário, o inchaço do sistema com a não resolutividade dos casos. Por outro lado, a utilização desnecessária dos serviços é provocada pela baixa resolutividade no atendimento assistencial, o que as leva a peregrinações entre médicos e serviços.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? Então, apesar da sra. estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui.

F - PROBLEMA NÃO RESOLVIDO , EM PROCESSO DE TRATAMENTO.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

então, foi doendo mais, cada vez mais, o médico falou que tinha que operar, mas mesmo assim eu ainda vomitei sangue, ontem mesmo. Na época eu fiz um tratamento e julgou-se eu estar boa mas agora o médico disse que tenho o mesmo problema do passado, e terei que fazer outro tratamento. Olha é duro, eu comecei vir no postinho faz um ano e meio, mais ou menos, fiquei internada, daí saro mais ou menos, ainda tinha muita dor; pioro deveis, acho que ele vai encaminhá pra internação. Tô tomando os remédio e venho ver como que tá, daí (é que tem outros probleminha também). Eles falam que só operando, mas eu tô fazendo tratamento: enquanto eu não opera ele já disse que não tem jeito, os exame tá tudo certo, já fiz tudinho, mas é difícil, né.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? Então, apesar da sra. estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui.

G - DOENÇA OCUPACIONAL

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Tenho dor de cabeça diariamente, tenho que mudar de serviço porque na Cerâmica que trabalho é muito barulho, muita poeira, é só isso que eu sei fazer, não arranjo outro serviço. Eu também tusso muito, tenho falta de ar, mas nunca fumei.

A demanda ao serviço médico pode estar ligada aos fatores de predisposição, definidos como sendo as características individuais, formadas pelo conjunto dos aspectos sócio-demográfico, de gênero e de perfil ocupacional.

Em estudo realizado por GOMES E TANAKA (2003), identificou-se que a procura por cuidados médicos foi, igual ou menor entre as mulheres trabalhadoras quando comparadas às donas de casa, situação inversa quando o motivo da consulta era cefaléia em que houve procura por ajuda médica quase duas vezes e meia a mais entre as trabalhadoras remuneradas. Situação de abandono, a dificuldade e a necessidade de sobreviver com os filhos impulsionam a mulher de baixa qualificação profissional para modos de produção precários, desfavoráveis à sua Saúde física e mental, o estudo ressalta a figura da mulher provedora familiar, que luta para transpor barreiras sócio-econômica que possibilite promover um ambiente doméstico com qualidade de vida à sua prole, associado ao fato de que este quadro se agrava com a “dupla jornada”, ou seja, conciliar o trabalho remunerado, as atividades domésticas e a atenção à família.

Por outro lado, a questão da vigilância sanitária no ambiente de trabalho é assunto que espelha a complexidade do mundo moderno na concepção do processo Saúde, doença e ambiente de trabalho, e da compreensão das mudanças nestas relações, principalmente, com a participação efetiva das mulheres no mercado de trabalho.

É notória a percepção dos próprios cidadãos quanto à necessidade de prestação de serviços públicos com maior eficiência e qualidade, e que as Instituições necessitam ser adaptáveis às mudanças, visando acompanhar as reais necessidades dos seus usuários. Essa percepção tem ocorrido principalmente em nível local, pois a esfera municipal é a mais próxima do cidadão. Conhecer os usuários é fundamental para estabelecer ferramentas adequadas de gestão. No que diz respeito à política de descentralização do SUS, cabe ressaltar que o município necessita, portanto, adotar

princípios de gestão como a avaliação do seu desempenho, a participação popular na administração, além do planejamento estratégico, com propostas eficazes a médio e longo prazo, envolvendo não somente os aparelhos sociais da comunidade, mas aqueles que compõem as infra-estruturas econômicas empresarial, responsáveis também pelo bem-estar da população.

Desta forma, deve-se considerar no relacionamento com o usuário do Sistema, estratégias distintas de serviços para garantir que situações normais da operação sejam percebidas de maneira extremamente satisfatória e experiências mal sucedidas sejam abrandadas pelos vários momentos de satisfação (STEWART, 1997). Desta maneira se corrobora a aplicação da ampla gama de técnicas e processos de marketing para identificar usuários de forma individualizada e nominal, criar relacionamentos Instituição e usuário, administrar este relacionamento para benefício do Sistema e do indivíduo, em última análise, aplicar técnicas de Marketing de Serviço. (STONE, 1998).

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porquê? Então, apesar da sra. estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de Saúde aqui.

H - OPÇÃO DE LAZER E ENTRETENIMENTO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Um as conhecidas minha também vêm. Aí eu venho com elas.

A questão da utilização desnecessária dos serviços de saúde está alocada em uma das suas variáveis com a discussão da gratuidade do serviço. Por outro lado, considera-se que serviços consumidos acima de determinado nível são considerados

excessivos, em relação ao número de atendimento e ao fator tempo. PEREIRA (1995), acrescenta que há um comportamento racional de exagerar no cuidado com a Saúde, quando o usuário não tem o peso do custo. Estes comportamentos necessitam ser clarificados e conscientizados do papel dos serviços públicos; esta também seria uma função do controle social exercido pela comunidade.

O conceito de serviço proporciona uma base para a determinação das metas e a definição das medidas de desempenho do sistema. São realizadas as medidas da saída e é feito o seu monitoramento em conformidade com os requisitos. Analisando-se as inadequações aos requisitos, são identificadas as causas e são definidas as ações corretivas necessárias.

No contexto de serviços, é difícil a implementação de um ciclo de controle efetivo. A intangibilidade dos serviços cria um entrave na definição das medições de desempenho.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

3 - Agora eu vou falar uma coisa e a sra. vai me dizer o que a sra. acha. (falar pausadamente) Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando tanto as UBS – A sra. acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.

A - NÃO QUERIA VIR,MAS PRECISA : PROBLEMA NÃO RESOLVIDO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Olha, eu não queria ter que vir aqui sempre, mas o problema é que eu nunca sarar, eu não sei mais o que fazer; acho que seria ótimo se eu me curasse, não tivesse que vir aqui. Não aguento mais nem vir aqui, e ser câncer vazando, o endócrino achô que seria muito melhor eu não ter que vir aqui nunca, quero sarar, tô orando muito para isso. Ahh... Seria melhor se não era preciso, mas nunca passa minha dor. Olha eu queria é afasta logo, e fica internada pra cura de uma vez por todas Tem que sarar de qualquer jeito, eu preciso trabalhar e assim não dá. Só se operar logo né,

mas tem que tentar o tratamento antes,...ahh se resolvesse logo né, já passei com 3 médicos. Olha toda vez que penso que tenho que vir aqui eu choro, porque to cada dia pior e não melhora; agora é melhor acabar de uma vez, não sei que tem aí mas não pode operar agora.

A gestão deveria adotar um sistema de avaliação de desempenho do serviço prestado, elaboração e divulgação dos indicadores de desempenho e indicadores de satisfação com os serviços, pelos usuários (TEIXEIRA E SANTANA 1995).

Uma avaliação de desempenho na gestão necessita de gestores com capacidade e estabilidade para aprender e crescer com as críticas advindas da própria clientela, seja ela interna ou externa. Associando-se a isto fatores de decisão dos usuários quanto às fontes de serviços de saúde estão tornando-se cada vez mais importantes para o gerenciamento destes (FLEXNER, 1979) e, possibilitando a disponibilidade de informações a respeito das preferências e expectativas desses mesmos usuários (FLEXNER, 1979).

Neste contexto, a questão da variabilidade dos serviços é resultante do grau de envolvimento dos usuários no processo de realização do serviço e da inseparabilidade. Cada paciente tem uma necessidade diferente, algumas mais imediatas que outras (HOFFMAN E BATERSON 2002). Em face destes aspectos, na maior parte das vezes torna-se dificultoso ao Sistema de Saúde a padronização dos serviços e o controle da variabilidade entre os mesmos. Por outro lado, a característica de heterogeneidade dos serviços torna-se uma vantagem para os prestadores de serviços de saúde por permitir a diferenciação na entrega dos serviços e maior flexibilidade no atendimento das necessidades dos usuários.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

3 - Agora eu vou falar uma coisa e a sra. vai me dizer o que a sra. acha. (falar pausadamente) Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando tanto as UBS – A Sra. acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.

B - O PROBLEMA ESTÁ NO SERVIÇO DE SAÚDE

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

É muito ruim ter que voltar aqui, quando ligo pra marcar a consulta sempre me deixam esperando na linha e o médico sempre atende a gente em 5 minutos, mas nunca resolve; olha volta aqui sempre é ruim porque tem fila, mas o doutô já sabe meu nome. Acho que os médicos só enrolam a gente nunca pedem um exame se quer. Seria muito melhor se eu nunca tivesse que vir aqui. É melhor porque a gente não estaria doente mas também parece que cuidam da gente por parte cada dia fala uma coisa, porque num diz tudo de uma vez ai já manda a gente fazê tudo de exame. Ele podia falar o nome do colírio. Olha, acho que isso num é verdade e se fizesse um exame podia curar loguinho, é se resolvesse tudo de uma vez ia ser melho; a gente sempre vem e tá sempre cheio, às vezes é ruim, se tivesse tudo certinho venho sempre cedo para não ficar muito, mas olha já que horas são, cansa muito; ia ser bem mellhor, se eles resolvessem logo né, mas tem os remédio, mas demora e não pode parar; queria é tá livre disso, o médico ainda nem chegou, acho que seria bem melhor se meu problema já tivesse sido resolvido, eu não gosto muito de vim aqui não, não sei porque não opera de uma vez? tenho até medo de passar mal de novo.

O grau de interação e personalização corresponde à relação entre o consumidor e o prestador de serviços. Quando o serviço é padronizado ao invés de personalizado o grau de interação é baixo, ficando diminuta a capacidade de o consumidor interferir na natureza do serviço prestado. Quanto mais específicas forem às necessidades do cliente, mais personalizado tenderá a ser o serviço. Por outro lado, o gestor do SUS desempenha as funções de produção e de marketing. As principais funções de marketing referem-se à interação com os usuários, estimulando-os a uma participação ativa no processo e ao controle da demanda para aproximá-la da capacidade do serviço, mediante programação da força de trabalho e avaliação e controle do processo de atendimento. Devido à presença ativa dos usuários no processo e à diversidade de suas demandas, tornam-se necessários

múltiplos indicadores de desempenho e um treinamento intenso do pessoal de atendimento. A visão de sistemas abertos do SUS evidencia a necessidade de técnicas diferentes das aplicadas em sistemas fechados, nos quais o usuário não participa do processo.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

3 - Agora eu vou falar uma coisa e a sra. vai me dizer o que a sra. acha. (falar pausadamente) Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando tanto as UBS a Sra. acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.

C - RISCO DE PERDER EMPREGO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Seria melhor não vir aqui sempre, tenho que mudar minhas folgas, se meu patrão sabe que venho no médico, me manda embora e preciso trabalhar.

ALMEIDA e TANAKA (2002), corroboram que a crescente produtividade, tem impactado de maneira significativa às condições de trabalho, Saúde e de vida do trabalhador, em especial, da mulher, contribuindo para alargar os indicadores de mulher na sociedade contemporânea. Da mesma maneira, indicadores de morbidade tem expressado dados confiáveis das condições de Saúde populacional e reveladoras das desigualdades entre os grupos, sejam relativas ao sexo, sejam relativas a outras características dessas usuárias.

No que diz respeito à atenção a mulher o problema central da política social, é encontrar um princípio de justiça coerente e consistente, que contemporize a mulher no panorama da produtividade, da família e das relações sociais advindas deste novo quadro.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

3 - Agora eu vou falar uma coisa e a sra. vai me dizer o que a sra. acha. (falar pausadamente) Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando tanto as UBS – A Sra. acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.

D - LOCAL DE APOIO, LAZER E ENTRETENIMENTO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Venho aqui só pra ficar na fila, tenho ... anos, moro sozinha, não quero morrer lá em casa, sou sozinha, por isso venho aqui. Não sei se é melhor chorar em casa ou chorar aqui, porque só isso que tenho vontade, o médico escutou bastante, eu devo arrumar um namorado, mas eu não consigo (choro). É bom vim sempre aqui, porque já posso ver sempre meus outros problemas e também sempre pego um, então aproveito a viagem, eu ganho o passe aqui da comunidade evangélica, volto di a pé e guardo os passe para o meu filho i na escola. Gosto de vim aqui porque eu falto do trabalho, ai aproveito pra paga umas continha; acho que seria muito melhor eu não ter que vir aqui, mas é bom porque aproveito e passeio um pouco de ônibus.

O serviço previsto apresenta variações em grau de conformidade com as circunstâncias em que será realizado e entregue. Por exemplo, o atendimento médico prestado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que apresenta flutuações de demanda em função de dia e horário terão um grau de serviço previsto para momentos de pico e outro para momentos de ociosidade. Acrescenta-se o fato de que os canais de comunicação para retratarem a avaliação da situação pelo usuário é parte do pacote de serviços. GOODWIN e VERHAGE (1990) constataram em uma pesquisa sobre serviços que a reclamação representa uma forma de interação social, sendo provavelmente influenciada pelas percepções de papéis e normas sociais. No caso dos serviços em que os usuários dispõem de baixo poder, no sentido de capacidade percebida de influenciar ou controlar a transação, é menor a probabilidade de verbalização das reclamações. Por exemplo, em serviços profissionais, tais como médicos, dentistas etc, cujos fornecedores são vistos como

especialistas no assunto. Uma Instituição séria de serviços deve criar condições que facilitem o fluxo do diálogo entre usuário e fornecedor, de maneira a serem verbalizadas reclamações legítimas. As reclamações pertinentes devem ser encaradas como instrumento de revisão e melhoria da produtividade e qualidade dos serviços prestados.

5.2 ANÁLISE QUANTITATIVA

5.2.1 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA CLÁSSICA

Na AFE foi adotado o método de componentes principais através da matriz de correlações com 5 autovalores extraídos. A Tabela 11 exibe a distribuição da variância total associada às 26 questões da escala agrupadas pelos fatores extraídos

Tabela 11 - Distribuição da variância total por fator extraído na análise.

Fatores	Variância Explicada	% da Variância explicada	% Acumulativa
Saúde	5,536	21,294	21,294
Social	3,012	11,587	32,880
CNS	2,610	10,037	42,917
Sistema	2,589	9,959	52,875
Relação Médica	2,224	8,553	61,428

Os dados da Tabela 11 informam que os 5 fatores extraídos explicam cerca de 61,4% da variância total, tal resultado é uma indicação da quantidade de informações que se consegue reter utilizando-se os 5 agrupamentos referidos. A adequação do limite de variabilidade sugerido (acima de 60%) baseia-se no estudo de STEVENSON (1986). O resultado sugere a utilização de 5 domínios conceituais para

a escala. A Tabela 12 exibe o resultado do agrupamento das 26 questões da escala nos fatores extraídos. O método adotado foi o da Rotação Varimax.

Tabela 12 - Matriz de Componentes Rotados – Método Varimax.

	Fatores				
	Saúde	Social	CNS	Sistema	Relação Médica
Q20	,741	,422	-,116	2,412E-02	-,187
Q11	,603	-,145	,148	-,427	-,259
Q18	,602	-,140	-2,265E-02	,469	,134
Q4	,596	,352	,113	-2,293E-02	6,944E-02
Q9	,589	-,235	-,109	5,256E-02	2,087E-02
Q14	,569	,502	-,357	-6,245E-02	-,205
Q5	,562	9,862E-02	,478	,106	,156
Q19	,558	9,200E-03	-,140	,360	-9,407E-02
Q2	,536	,448	,217	-1,821E-02	,111
Q15	,124	,870	-3,749E-02	,161	-1,215E-02
Q8	-,134	,858	,136	,270	-1,296E-02
Q17	-9,644E-05	,770	,137	-,115	6,131E-02
Q21	,455	,552	,378	-,143	,348
Q16	9,930E-02	,528	-,205	6,891E-02	-3,982E-03
Q26	8,589E-03	-9,930E-02	,857	6,208E-02	-,138
Q25	-6,034E-02	,202	,827	-1,313E-02	-,196
Q24	-,238	-,109	,623	,224	,501
Q12	5,805E-02	-5,872E-02	8,668E-02	,873	-5,944E-03
Q13	-1,917E-02	,181	-7,748E-02	,812	8,904E-02
Q10	,125	,105	,280	,455	4,439E-02
Q6	,224	-5,838E-02	,184	-,154	-,656
Q22	,178	,338	,223	,420	-,641
Q3	,112	,009	,212	,431	4,439E-02

A tabela 12, acima, descreve a correlação entre as questões da escala e os correspondentes fatores. Considerando-se o ponto de corte de 0,50 convém a exclusão das questões que apresentam máxima correlação inferior a 50%, a saber, excluiu-se da escala as questões Q3 e Q10. Quanto aos agrupamentos obtidos tem-se:

Fator 1 -Saúde :	Q02, Q04, Q05, Q09, Q11, Q14, Q18, Q19 e Q20
Fator 2 -Social:	Q08, Q15, Q16, Q17, Q21
Fator 3 - CNS:	Q24, Q25, Q26
Fator 4 - Sistema:	Q12, Q13
Fator 5 - Relação Médica:	Q06, Q22 ()

Ressalta-se o Fator 1 explica cerca de 21,29% da variância total, o Fator 2 cerca de 11,58%; o Fator 3 cerca de 10,04%; o Fator 4 cerca de 9,96% e o Fator 5 cerca de 8,55%. É oportuno observar, que os fatores trabalhados na AF são denominados Domínio Conceitual no contexto da validação do instrumento, nesse contexto Fator e Domínio Conceitual serão considerados , neste estudo , conceitos equivalentes.

5.2.2 CONFIABILIDADE

A confiabilidade da escala foi medida com base na metodologia utilizada por STEVENSON (1986) que consiste na contabilização do alfa de CRONBACH para os itens que compõem a escala, para os escores dos domínios. Na análise dos resultados utilizou-se o ponto de corte sugerido por STEVENSON (...), a saber, 0,50. Detalhamento da utilização do α -Cronbach encontra-se no Anexo 3.

5.2.3 VALIDADE CONCORRENTE

A validade concorrente de uma escala é usualmente avaliada pela matriz de correlações entre os escores dos domínios conceituais trabalhados. A Tabela 13 resume tais resultados. Devido ao caráter não gaussiano dos escores (desobedece a curva normal) foram adotados coeficientes de Correlação Ordinal de Spearman. (STEVESON 1981)

Tabela 13 - Matriz de Correlações Ordinais de Spearman para os escores dos domínios da escala

	EPSS1	EPSS2	EPSS3	EPSS4	EPSS5
EPSS1	1,000				
EPSS2	,310*	1,000			
EPSS3	,113	,325*	1,000		
EPSS4	,177	,072	,135	1,000	
EPSS5	,302*	,059	,197*	,163	1,000

*A correlação é estatisticamente significativa

O exame dos dados contidos na Tabela 13 oferece evidência de correlação positiva estatisticamente significativa entre os escores EPSS1 e EPSS2; EPSS1 e EPSS5; EPSS2 e EPSS3 e EPSS3 e EPSS5. Visto que todas as correlações observadas foram positivas (as significativas e as não significativas), o resultado sugere evidência de validade concorrente para a escala EPSS. Quanto a magnitude da correlação, STEVENSON (1981) considera correlação acima de 0,10 satisfatória.

5.2.4 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO

A Tabela 14 e a Figura 12 exibem a distribuição das medidas resumo para a variável idade das usuárias.

Tabela 14 – Distribuição das usuárias segundo a sua Idade.

Idade	Freq	%
15 a 24	16	16,0
25 a 49	56	56,0
50 a 64	24	24,0
> 64	4	4,0
Total	100	100,0
Média	42,18	
IC95%	2,86	
Mediana	43,00	
Moda	57	
DP	14,09	
Mínimo	15	
Máximo	67	

Figura 12 Distribuição das usuárias segundo a idade e o correspondente Box-plot

O exame do Histograma e do Box-plot contidos na figura 12 permite observar um comportamento aproximadamente normal para a variável idade sem a presença de observações discrepantes que poderiam afetar a aplicação de técnicas paramétricas em análises descritivas envolvendo a variável. Os resultados sugerem adequação da média como medida descritiva da variável.

Os dados contidos na Tabela 14 evidenciam, para a amostra, uma predominância de usuárias com idade entre 25 e 49 anos com 56(56,0%) ocorrências. O valor médio das idades é de 42,18 (DP= 14,09), mediana de 43, moda de 57 e variação de 15 a 67 anos. O erro de amostragem com 95% de confiança foi de 2,86 o que permite estimar a idade das usuárias das UBS Jardim Satélite como um valor entre 39,32 e 45,04 anos.

Entretanto, segundo dados do PNAD/98, as maiores usuárias de serviços de saúde são mulheres com idade acima de 65 anos.

As Figuras 13, 17 e 15 exibem a distribuição das usuárias segundo: sua escolaridade; situação familiar; ocupação;

Figura 13 Distribuição das usuárias segundo sua escolaridade

O exame dos dados contidos na Figura 13 evidencia, para a amostra, uma predominância de usuárias com, no máximo, ensino fundamental com 68% das ocorrências. Digno de nota que na atual nomenclatura do MEC o ensino fundamental incorpora os graus inferiores ao médio.

Chama a atenção que apenas 2,0% da demanda de usuárias possuem o grau superior completo, reforçando os achados do estudo no qual se evidencie que o atendimento ambulatorial do SUS, estaria voltado prioritariamente para a população de média e baixa renda. (PNAD 1998)

Do ponto de vista do marketing de serviços é preciso incorporar esta informação ao programa médico educativo, do sistema de saúde, adequando-o com enfoque da lacuna do conhecimento e da necessidade (LOVELOCK 1994)

Figura 14 Distribuição das usuárias segundo a situação familiar

O exame dos dados contidos na Figura 14 evidencia, para a amostra, uma predominância de usuárias que vivem no mínimo com o companheiro e filhos (52,0%). Vale observar que um baixo percentual de usuárias (4%) vivem absolutamente sozinhas.

Tal fenômeno, merece desta que , pois pode estar relacionado ao de transição demográfica. O envelhecimento da população verificado no Censo de 2000, mostra que a expectativa de vida, nas mulheres vêm avançando de maneira mais forte que dos homens. ALDRIGH e col (2005) , ilustra esta transição , a partir das conseqüências da menor mortalidade feminina em todas as idades , que tem levado ao aumento do número de mulheres em idade mais avançadas, este quadro , acrescenta ALDRIGHT e col. , não pode ser visto como vantagem para a mulher, pois acarreta desequilíbrios demográficos, com profundas conseqüências sociais e econômicas. Tal situação poderia estar adjacente à perspectiva de solidão domiciliar

presente em 4% das usuárias. Do ponto de vista do marketing há que contemplar pacotes de serviços apropriados , a este grupo de mulheres , dentro das suas expectativas de apoio , crescimento e socialização. O modelo de expectativa do usuário , preconizado por ZEITHAML e col. (1993), nos remete , aos serviços da UBS , voltados para a dimensão psico-social .

Figura 15 - Distribuição das usuárias segundo a ocupação

O exame dos dados contidos na Figura 15 demonstra, para a amostra, uma predominância de usuárias funcionárias de empresas privadas (50%) seguida por usuárias que não tem atividades funcionais (28%). De acordo com a PNAD 1998. São as evidências de que mais de 2/3 das mulheres trabalham, e portanto, contribuem com renda e agregação de informações disponível socialmente ao grupo familiar. Esta situação configura o novo perfil da mulher e sua importância social. Este quadro já apresenta impacto na saúde , com as demandas femininas aos grupos de riscos coronarianos , provocados, não somente pela condição da menopausa, mas sobretudo

pela nova condição econômica da mulher frente ao mercado de trabalho, levando-as a condições de stress, tabagismo e obesidade (ALDRIGH 2005). Esta condição , leva ao gestor voltado para o cliente, a participar dos programas de medicina preventiva , desenvolvendo pacotes de serviços , que envolvam atividades recreativas, sociais e educacionais para este grupo de usuárias . Adequar as instalações da UBS, com recursos que propiciem a interação de atividades com os protocolos de rastreamento das situações de risco.

5.2.5 ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES EPSS PADRONIZADOS

Para melhor operacionalizar a análise descritiva sobre os escores dos domínios e o escore global da escala considerou-se para o escore global a seguinte relação:

$$z_{EPSS} = \frac{EPSS - Min}{Máx - Min} 100 \quad (3)$$

Tendo em vista que a menor soma possível para os 24 itens é 1x 24 e a maior soma possível dos 24 itens é 5 x 24, tem-se, que Min = 24 e Máx = 120. Em vista disso, a relação (3) resulta em:

$$z_{EPSS} = \frac{EPSS - 24}{96} 100 \quad (4)$$

Para cada um dos 5 domínios identificados na escala foi computado o escore padrão correspondente. A fórmula empregada é dada pela relação:

$$z_{EPSS_k} = \frac{EPSS_k - Min_k}{Máx_k - Min_k} 100 \quad (5)$$

onde $k = 1, 2, \dots, 5$ indica o domínio em estudo.

Acrescenta-se que as fórmulas (3), (4) e (5), convertem o score a uma escala de 0 a 100.

A Tabela 15 exhibe a distribuição dos escores da escala segundo os domínios (padronizados) e o escore global (padronizado). A Figura 16 exhibe o box-plot para os escores.

Tabela 15 Distribuição dos escores padronizados para a escala EPSS

Propensão	Escore padronizado para os domínios da escala					Escore padronizado para a Escala
	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4	Dom5	
Muito baixa	42	74	8	37	26	25
Baixa	24	4	10	4	28	53
Moderada	20	18	12	34	22	12
Alta	14	4	8	25	24	10
Muita alta	0	0	62	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100
Média	40,031	35,444	20,200	79,333	45,500	56,750
IC95%	1,697	2,575	2,574	3,081	3,792	3,533
Mediana	39,063	37,500	5,000	100,000	50,000	50,000
Moda	75,0	,0	,0	100,0	50,0	50,0
DP	16,972	25,748	25,741	30,807	37,919	35,329
Mínimo	11,5	,0	,0	,0	,0	,0
Máximo	75,0	77,8	80,0	100,0	100,0	100,0

Figura 16 Box-plot para os escores padronizados da escala

O exame da Figura 16 permite observar que o escore global apresenta um comportamento próximo da normalidade, tendo sido observado uma certa assimetria positiva no escore padronizado Saúde e CNS (Z1 e Z3) e negativa para o escore padronizado do Social (Z2). Vale observar que no CNS (D3) aparecem duas medidas discrepantes que podem vir a afetar o comportamento descritivo da variável.

Os dados contidos na Tabela 15 evidenciam, para Saúde, uma predominância de usuárias com Muito baixa propensão com 42 ocorrências. O valor médio do escore foi de 40,31(DP= 16,972), mediana de 39,063, moda de 75 e variação de 11,5 a 75. O erro de amostragem com 95% de confiança foi de 1,697 o que permite estimar o escores para as usuárias da IBS Jardim Satélite como um valor entre $40,31 - 1,697$ e $40,31 + 1,697$.

5.2.6 ANÁLISE DE REGRESSÃO

Tabela 16 Coeficientes de Regressão Linear Múltipla da EPSS sobre as variáveis independentes.

	B	Std. Error	Beta	t	P
(Constant)	69,539	15,371		4,524	,000
IDADE	-,187	,132	-,162	-1,422	,159
SF	-,954	1,412	-,082	-,676	,501
SFILAC	6,848	12,035	,100	,569	,571
SFISO	32,528	13,881	,393	2,343	,021
OCUPIAT	-1,740	3,385	-,052	-,514	,609
ESCOLA	-1,039	,900	-,128	-1,154	,251

R-Square = 0,114

DW = 2,116

Teste F = 0,073

A equação de previsão do EPSS a partir das variáveis independentes envolvidas será:

$$EPSS_j = 69,539 - 0,187 \cdot Idade_j - 0,954 \cdot SF_j + 6,848 \cdot SF1LAC_j + 32,528 \cdot SF1SO_j - 1,740 \cdot OCUPIAT_j - 1,039 \cdot ESCOLA$$

O poder regressivo da equação de predição ajustada é dado pelo R-Square, este informa que cerca de 11,4% da variação total observada na EPSS é explicada pela variação observada nas variáveis independentes. O teste de Durbin-Watson sugere ausência de autocorrelação nos resíduos (DW= 2,116) e o teste F sugere preditividade do modelo para um nível de significância de 10% ($p = 0,073 < 0,10$).

Conforme fica sugerido na equação de previsão ajustada, os coeficientes das variáveis independentes indicam o efeito destas variáveis sobre a variável dependente, isto é, sobre a EPSS. A coluna B emparelha tais efeitos com seus correspondentes p-values os quais avaliam a significância estatística dos mesmos.

Em vista do exposto, os dados da tabela oferecem evidência estatística de que não constituem fatores determinantes para o escore EPSS a Idade ($p = 0,159$); a Situação Familiar ($p = 0,501$); a Situação Familiar Restrita a Presença ou Ausência de Laços Familiares ($p = 0,571$); a Situação Ocupacional Ativa ou Inativa ($p = 0,609$) e a escolaridade ($p = 0,251$). De fato o resultado somente evidencia um efeito positivo da Situação Familiar Restrita a uma Convivência Solitária ou Acompanhada de Indivíduos sobre o EPSS ($p = 0,021$). Os dados sugerem que indivíduos que vivem sozinhos tendem a apresentar, em média, 32,528 pontos EPSS acima da pontuação EPSS obtida por indivíduos que vivem acompanhados.

A importância das escala EPSSS, vem auxiliar o gestor local , no conhecimento do perfil da clientela de maior utilização do serviço, desta maneira , auxiliar nos programa de educação em saúde , comunicação e promoção de saúde , com vista a ação diretiva , proporcionando a integralidade da atenção primária. Em síntese transformar o conhecimento em movimento (COSTA e col 2000).

Bem como , dar a devida atenção aos elementos culturais e evolutivos das práticas sociais, efetivando uma relação social de troca – mercadológica .

Recente estudo , indica que a assistência integral , um dos princípios preconizados pelos SUS, continua uma utopia , revela COSTA (2005), abordar a atenção integral da mulher , em todas as fases da sua vida , continua sendo difícil e utópico, continua a pesquisadora. “ Conta-se com muita dificuldade com gestores de saúde. Há ignorância , machismo ou não acham importância para os dados.” (COSTA 2005 p. 6).

Estudo desenvolvido por URDAN (2001), com população de usuários do sistema de saúde privado , reforça o achado de que as relações médico-paciente precisam ser alteradas , isto porque “.. a ligação entre médico e o paciente reclama uma mudança de foco... ”, acrescenta o autor de que esta interação é tão necessária que sua constatação levou a assertiva dos profissionais de saúde não conseguirem substituir com acerto a avaliação de qualidade dos seus pacientes , por não se colocarem em seu lugar , como usuário do sistema.

6 CONCLUSÕES

1. As usuárias com maior idade não tendem a fazer mais uso social do que as mais jovens.
2. A escolaridade da mulher não mostrou associação com uma menor utilização da UBS.
3. Usuárias que vivem só tendem a fazer maior uso da UBS.
4. O laço familiar mostrou fator de inibição ao uso da UBS.
5. A ocupação da mulher não mostrou correlação com o uso da UBS.

No tocante à área de marketing de serviços, um dos aspectos destacados é a importância do seu referencial teórico, na abordagem do SUS , para a compreensão das necessidades da sua demanda feminina. Conclui-se, assim, que no planejamento das ações de Saúde, devam priorizar benefícios que atendam ao perfil de usuárias mulheres, dentro de um pacote de serviços, que contemple os aspectos emocionais, (intangibilidade), orgânicos (tangíveis) e associados de bens facilitadores (articulação da mulher em seu meio social), instalações de apoio (espaço de desenvolvimento e convivência da mulher), propiciando serviços explícitos de atenção à Saúde integral da mulher e serviços implícitos de bem-estar e segurança psico-social.

Percebe-se que o SUS tem outras responsabilidades em relação aos cuidados de saúde à população da comunidade.

7 Recomendações

A inclusão de um comunicador social à equipe de saúde com a função de analisar a demanda, através de instrumentos específicos, como a EPSSS, deve ser contemplada entre as possibilidades de alocação de recursos humanos do SUS.

Este novo profissional deve estar qualificado para articular o serviço com a comunidade, fortalecendo não somente a perspectiva de promoção de saúde, mas principalmente a preocupação da gestão local em otimizar a capacidade produtiva dos recursos instalados.

Dada estas condições foi possível constatar que os serviços oferecidos pela equipe de saúde não conseguem responder às expectativas da comunidade.

Inserir na rotina dos gestores das UBS, a metodologia de conhecimento da demanda , através da escala EPSSS.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Affonso RBA, Silva PLB, Almeida MHT (Organizadores). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP; 1996.

Aldrigh JM., Buchalla CM., Cardoso MR., **Epidemiologia dos Agravos à Saúde da Mulher**. São Paulo: Atheneu; 2005

Almeida ES, Castro CGJ, Lisboa **Distritos Sanitários: Concepção e organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Alves AM, Coura-Filho P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Ciência Saúde coletiva** 2001; 6:243-257

Andrade SM, Soares DA, Cordoní Jr. L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL; 2001.

Anderson EW, Fornell C, Lehmann DR. **Customer satisfaction, market share and profitability: finding from Sweden**. *Journal of Marketing* 1994; 58:53-66.

Assis SFM. **Databasemarketing como instrumento de marketing direto no atendimento às exigências do mercado de Saúde**. São Paulo; 1998.[Dissertação de Mestrado-Universidade Presbiteriana Mackenzie].

Berquó ES,SouzaJMP, Gotlieb SLD **Bioestatística** 2ª. Ed. São Paulo : Pedagógica e Universitária;1981

Bitner MJ, Brown SW, Meuter ML. Technology Infusion in Service Encounters. **Journal of the Academy of Marketing Science** 2000; 28:138-149.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS nº 1/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil, Ministério Da Saúde “Diretrizes Para Cadastramento Nacional De Usuários Do Sus”, Maio De 2001)

Canziani BF. Leveraging customer competency in service firms. **International Journal of Service Industry Management** 1997; 8:5-25.

Carvalho G. **Financiamento federal para a Saúde 1988-2001**. São Paulo;2002. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Carvalho MS, D'orsi E, Prates EC, e col. Demanda ambulatorial em três serviços da rede do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde** 1994; 10:17-29.

Chen JJ, Gupta A, Rom W. A study of price and quality in service operation. **International Journal of Service Industry Management** 1994; 5:23-33.

Churchill Jr. GA, Peter JP. **Marketing: criando valor para os usuários**. São Paulo: Saraiva; 2000.

Cohn A, Cohn PEME. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4ª ed. São Paulo: CORTEZ; 2001.

Cordoni Jr. L. A reforma sanitaria no Paraná. Revista **Espaço para a Saúde** 1989; 1:71-3.

Cronin J, Taylor S. A measuring service quality: a reexamination and Extension. **Journal of Marketing** 1992; 56:55-68.

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2001; vol.6 (2)

Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: UnB; 2000.

Crosby PB. **Quality is free: the art of making quality certain**. New York: McGraw – Hill Book Company; 1979.

Churchill JR, Peter JP **Marketing criando valor para os clientes**. Tradução Cecília C. Bartalotti e Cid Knipel Moreira. Revisão Técnica Rubens da Costa Santos. São Paulo:Saraiva; 2000.

Dawes PL, Dowling GR, Patterson PG. Criteria used to select management consultants. **Industrial Marketing Management** 1992; 21:187-193.

Dunlap BJ. Marketing in the health care arena: a preventive approach. **Journal Amercian Dietary Association** 1986 86:29-30.

Fitzsimmons JA, Fitzsimmons MJ. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. Trad. de FJ Soares Hörbe, SR Santos, FB Leitão, GS Borba, MS Torres, MAV Borges e NB Barbosa Jr. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2000.

Flexner WA, Berkowitz EN. Marketing research in health service planning: a model. **Public Health Reports** 1979; 94:503-513.

FIOCRUZ, EventosCientíficos. **Seminário Nacional de Informação e Saúde: O Setor de Saúde no Contexto da Sociedade da Informação**:2000 nov 20-23, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz

Garvin DA. Competing on the eight dimensions of quality. **Harvard Business Review** 1987; 65:101-109.

Gomes, KRO, Tanaka AC. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Rev. Saúde** 2003; 37:75-82.

Goodwin C, Verhage BJ. Role perceptions of service: a cross-cultural comparison with behavioral implications. **Journal of Economic Psychology** 1990; 10:543-558.

Grönroos C. **Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Trad. de C Bazán. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

Grönroos C. Service quality: the six criteria of good service quality. **Review of Business** 1988; 3:12.

- Heiman LS, Cortizo CT, Castro IEN, Kayano J, Rocha JL, Nascimento PR, e col. **Descentralização do sistema único de Saúde: trilhando a autonomia municipal.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2000.
- Hoffman KD, Baterson JEG. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos.** São Paulo: Thompson; 2002.
- Hughes AM. **Database: marketing estratégico.** São Paulo: Makron Books; 1998.
- Hyman H. **Health planning.** Germantown, Aspen Systems, 1975.
- [IBGE] 2000 Acesso e Utilização de serviços de Saúde: 1998 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE/CDDI; 2000.
- Jackson DR. Uma cooperativa de dados. **Hsm Management** 1997; 1:104-108.
- Jackson R, Wang P. **Database marketing estratégico.** São Paulo: IBDM; 1997.
- Kisil M. **Gestão da mudança organizacional.** Vol 4. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- Kotler P. **Administração de marketing : análise e planejamento, implementação e controle.** 4.ed. São Paulo: Atlas; 1996.
- Kotler P. **Administração de marketing.** 10ª ed. Trad. Bazán Tecnologia e Linguística. São Paulo: Prentice Hall; 2000.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC O discurso do sujeito coletivo . Ed rev. e ampl. Caxias do Sul: EDUC; 2000
- Levesque T, Mcdougall GHG. Customer dissatisfaction: the relationship between types of problems and customer response. **Canadian Journal of Administrative Sciences** 1996; 13:264-276.
- Levy S, Cardoso IFR, Moreira, LLS Educação em Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001

- Lovelock CH. **Product plus: how product + service = competitive advantage.** New York: McGraw – Hill; 1994.
- Lovelock CH, Wright L. **Serviços: marketing e gestão.** Trad. CK Moreira. São Paulo: Saraiva; 2001.
- Malik AM, Schiesari LMC. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de Saúde.** São Paulo; 2003 :Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,1998.
- McCarthy,EJ. Basic Marketing Amanagerial Approach. Irwin: 1960; Homewood,
- MacCracken,L. Marketing-Driven-Strategy:na guide to health care integrated enviroment. Chicago: American Hospital Publishing; 1998.
- Medeiros SM, Guimarães J. Cidadania e Saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde coletiva** 2002; 7:571-579.
- Mendes EV. **Uma agenda para Saúde.** São Paulo: Hucite; 1996.
- Minayo, MC. O desafio do conhecimento. 6ed. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco;1999.
- Normann R. **Administração de serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços.** Trad. AB Brandão. São Paulo: Atlas; 1993
- Normas E Manuais Técnicos, N° 16, Ms, 2001
- [OPS/OMS] Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Resolutividade dos sistemas locais de saúde : elementos operacionais para definição. Documento 03 [Prefeitura Municipal de São Jose dos Campos];1992.
- Osborne D, Gaebler T. **Reinventando o governo.** Brasília: MH COMUNICAÇÃO; 1998.

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Serviquail: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing** 1998; 64:12-40.

Parasuraman A. **Marketing research**. Addison: Wesley Publishing Compaby; 1996

Pedrosa JIS. A viabilidade da gestão local de Saúde na perspectiva dos secretários municipais no Estado do Piauí. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**; 2(1):24-31;1999

Pereira, JCRP . *Análise de dados qualitativos – Estratégia metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais* .2.ed. São Paulo; Edusp;1999.

Peltier JW, Boyt T, Schibrowsky JA. Obstetrical care and patient loyalty (part 2): service performance can be linked to patient loyalty. **Marketing Health Services** 2000; 19:13-19.

Peter JP, Donnelly Jr. JH. A preface to marketing management. 6ª ed. Burr RidgeRichard D. Irwin, 1994.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 2002; 7(4):687-707.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo da Saúde.

_____. **Lei Municipal nº 6212/02**: São José dos Campos;de 2002.

_____. **Relatório de Atividades Secretaria de Saúde**: São José dos Campos; 2002.

_____. **Relatório de Gestão de 2001**: São José dos Campos; 2002.

Rienhoff O, Rodrigues RJ, Piccolo U, Hernández A, Oliveri N. **Tarjetas de datos sanitários con circuito integrado (targetas inteligentes): manual para los profesionales de la salud**. Washington: OPS; 2003.

- Romano BW. **Princípios para a pratica da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- Sasser Jr. WE. Match supply and demand in service industries. **Harvard Business Review** 1976; 54:326
- Sasser Jr. WE, Olsen RP, Wyckoff DD. **Management of service operations: text, cases and readings.** Boston: Allyn and Bacon; 1978.
- Schemenner RW. How can service businesses survive and prosper? **Sloan Management Review** 1986; 27:25.
- Schraiber LB, D'oliveira AFLP. Violência contra a mulher: Interfaces com a Saúde. **Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação** 1999; 5:11-27.
- Siegel S. Estatística não paramétrica pra as ciências do comportamento. Tradução Alfredo Alves de Farias. São Paulo: McGraw-Hill Do Brasil , 1981
- Stair RM. **Princípios de sistema de informação: uma abordagem gerencial.** Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos; 1996.
- Stevenson WJ. **Estatística Aplicada à Administração .** São Paulo:Harbra;1986
- Stewart TA. A satisfied customer isn't enough. **Time** 1997; 136:112-113
- Stone M, Woodcock N. Marketing de relacionamento. São Paulo: Littera Mundi; 1998.
- Taguch G, Clausing D. Robust quality. **Harvard Business Review** 1990; 68:65-75.
- Takeuchi H, Quelch JA. Quality is more than making a good product. **Harvard Business Review** 1983; 61:139-145.
- Tanaka OY, Rosemburg CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da secretaria da Saúde do município de São Paulo. **Revista de Saúde** 1990; 24(1):60-8.

Tax SS, Brown SW, Chandrasekhar M. Customer evaluations of service complaint exercises: implications for relationship marketing. **Journal of Marketing** 1998; 62:60-76.

Teixeira HJ, Santana SM. **Remodelando a gestão**. São Paulo: EDGARD BLÜCHER LTDA; 1995.

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5(1):133-149

Urdan AT. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas** Out./Dez. 2001; 41 (4): 44-55

Vasconcellos MM. **Ambiente Informacional para apoio à Decisão em Saúde** . Relatório OPAS.DAPS/ENSP/FIOCRUZ 2001.

Wennberg JE. On patient need, equity, supplier – induce demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. **Medical Care** 1985; 23(5)512-520.

Wright P, Kroll MJ, Parnell J. **Administração estratégica: conceitos**. São Paulo: ATLAS; 2000

Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. The nature of determinants of customer expectations of services. **Journal of the Academy of Marketing Science** 1993; 21:1-12.

Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry L L. **Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations**. New York: The Free Press; 1990.

ANEXO 1

Evolução do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde – SJC entre os anos de 1996 a 2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
- Dentista	199	194	188	186	194	190	184
- Médicos	562	578	614	636	669	694	643 4
- Enfermeiros	103	108	104	98	105	124	124
- Assistentes de Enfermagem Nível II	37	39	37	35	34	52	71
- Assistentes de Enfermagem Nível I	337	360	355	377	684	731	720
- Assistentes de Enfermagem Nível A	306	305	298	292	163	125	107
- Outros Servidores	864	829	865	844	934	1.007	1.005
Total	2.408	2.413	2.461	2.468	2.783	2.923	2.854

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE – 1996 a 2002

ANEXO 2

**Demonstrativo de produção ambulatorial São José dos Campos nos primeiros
semestres de 2001 e 2002**

Grupos	2001		2002	
	Qtia	Valor	Qtia	Valor
Ações exec. Por prof. Enf. e outros níveis médio	599.230	291.684,30	437.104	226.622,86
Ações médicas básicas	399.645	900.405,24	310.429	701.948,70
Ações básicas em odontologia	708.625	880.430,24	728.220	909.329,78
Ações exec. Por outros profissionais nível superior				
Procedimentos básicos em vigilância sanitária	14.981	30.867,08	20.523	42.095,72
Proc. Espec. real. por prof. méd., out. nível sup. e nível médio	2.605	4.063,44	5.122	7.587,88
Cirurgias ambulatoriais especializadas	346.711	830.415,93	496.582	1.168.934,51
Procedimentos traumato – ortopédicos	5.526	151.049,76	6.745	144.328,23
	8.876	149.960,85	8.759	138.439,49
Total	20.861,99	323.887,65	20.134,84	3.340.286,90

Fonte: Divisão de Avaliação e Controle – SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE – 2001 e 2002

ANEXO 3

Produção ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde – São José dos Campos 1º. SEMESTRE de 2000 e 2001

Grupo	2000	2001	Total
Procedimento de Atenção Básica	3.228.283	3.461.691	6.689.974
..01 – Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	966.364	1.188.418	2.154.782
..02- Ações Médicas Básicas	797.364	784.357	1.581.820
..03- Ações Básicas em Odontologia	1.425.819	1.451.573	2.877.392
..04-Ações Executadas p/ outros Prof. Nível Superior	34.802	31.017	65.819
..05- Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária	3.835	6.326	10.161
Procedimento Especializados	1.823.912	2.203.169	4.027.081
..07 – Proced. Espec. Profs. Médicos, Out. Nível Sup./Méd	694.496	816.781	1.511.277
..08 – Cirurgias Ambulatórias Especializadas	11.169	11.329	22.498
..09 – Procedimentos Traumatol – Ortopédicos	16.450	19.268	35.718
..10 - Ações Especializadas em Odontologia	27.016	31.171	58.187
..11 - Patologia Clínica	729.262	901.360	1.630.622
..12 – Anatomopatologia e Citopatologia	37.887	42.463	80.350
..13 – Radiodiagnóstico	135.776	160.706	296.482
..14 – exames Ultra – Sonográficos	14.257	24.676	38.933
..17 – Diagnose	38.291	49.189	87.480
..18 – Fisioterapia (Por Sessão)	101.393	122.564	233.957
..19 – Terapias Especializadas (Por Terapia)	2.233	9.389	11.622
..20 – Próteses e Órteses	15.533	14.082	29.615
..22 – Anestesia	149	191	340
Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	333.070	555.331	888.401
..26 – Hemodinâmica	0	2	2
..27 – Terapia Renal Substitutiva	15.868	15.839	31.707
..28 – Radioterapia (por especificação)	35.463	39.817	75.280
..29 – Quimioterapia – Custo Mensal	4.908	6.063	10.971
..31 – Ressonância Magnética	0	263	263
..35 – Tomografia Computadorizada	5.074	6.091	11.165
..36 – Medicamentos	210.939	423.664	634.603
..37 – Hemoterapia	60.818	63.592	124.410
Total	5.385.265	6.220.191	11.605.456

Fonte: Divisão de Avaliação e Controle – SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE – 2000 e 2001

ANEXO 4

O modelo estatístico para o estudo é:

$$EPSSS_j = \beta_0 + \beta_1 \cdot Idade_j + \beta_2 \cdot Escola_j + \beta_3 \cdot SF_j + \beta_4 \cdot Ocup_j + \varepsilon_j \quad (4)$$

Onde:

$$j = 1, 2, \dots, 120$$

β_0 : é o termo intercepto

β_i : é o i-ésimo parâmetro desconhecido ($i = 1, \dots, 4$)

Convém observar que qualquer alteração sofrida por alguma das variáveis independentes acarretará mudanças na proporção do coeficiente angular correspondente, na variável EPSSS, quando são mantidas constantes todas as outras variáveis independentes que diferem de ε_j

Conforme ensina Hoffman (1987) ao estabelecer-se o modelo acima supõem-se que:

- (I) A variável dependente ($EPSSS_j$) é função linear das variáveis independentes $Idade_j$, $Escola_j$, SF_j e $Ocup_j$
- (II) Os valores das variáveis independentes são fixos, não mudam quando as situações são alteradas, ou seja, não são variáveis aleatórias, todavia, toda variável dependente é aleatória (dada a chance ela se altera).
- (III) Para cada observação os erros têm média zero (isto é, a somatória da diferença entre o real valor de EPSSS para o estimado resulta em zero), são homocedásticos (possuem, variâncias iguais) e tem distribuição normal;

As pressuposições anteriores são necessárias para que se possa demonstrar a não tendenciosidade dos estimadores de mínimos quadrados dos parâmetros do modelo e que tais estimadores tem variância mínima, bem como para a realização de testes de hipóteses quanto a significatividade dos efeitos, do modelo e também permitem a construção de estimativas intervalares para os efeitos.

Para se testar a hipótese de normalidade dos resíduos foi utilizado o histograma dos resíduos padronizados, ao gráfico de ajustamento à normal e o teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para o qual H_0 declara a normalidade da distribuição.

Pesquisou-se a existência de heterocedasticia (diferenças entre as variâncias) através do gráfico dos resíduos. Devido a existência de mais de uma variável independente os resíduos foram grafados versus as previsões.

Para se estudar a presença de autocorrelação foi utilizado o teste de Durbin-Watson, que tem por objetivo testar a hipótese nula de que os resíduos são independentes.

A multicolinearidade refere-se a situação em que as VI's encontram-se fortemente correlacionadas, caso em que é impossível estimar os parâmetros pelo método clássico. A multicolinearidade foi avaliada através da matriz de correlações entre as variáveis independentes.

Devido ao caráter exploratório deste estudo preocupou-se em realizar as estimativas dos efeitos e discuti-los a luz da metodologia clássica citada a qual é denominada Análise dos Resíduos. Essa análise procurou verificar as hipóteses sobre

os erros contidos no modelo de regressão, tais como distribuição normal, independência, média igual a zero e variância constante.

Convém observar que no estudo as variáveis Esc e SF foram consideradas variáveis ordinais e foram usadas no estudo conforme as indicações referidas em Aaker (2001). A variável OC foi incorporada no modelo em sua versão dicotômica em que 1 representa indivíduos com alguma ocupação e 0 indivíduos sem ocupação.

ANEXO 5**Alfa de CRONBACH para os elementos da escala.**

ELEMENTO	N	ALFA
Os itens da escala	24	0,8105
Entre os domínios	5	0,4447
D1 -.Saúde	9	0,7976
D2- Social	5	0,7949
D3- CNS	3	0,7472
D 4-Sistema	2	0,6955
D5- Relação Médica	2	0,4491

O exame dos dados, contidos na tabela acima, revela uma confiabilidade satisfatória (Alfa de 0,8105) em relação aos itens que compõem a escala EPSS, e os domínios de 1 a 4 – todos com Alfa >0,69. Somente o domínio 5 (Relação Médica) e os escores entre os domínios apresentam uma confiabilidade baixa (Alfa inferior a 0,45) em relação ao ponto de corte adotado. Não obstante, os resultados sugerem um nível de confiabilidade geral satisfatório.

ANEXO 6

ESCALA DE PROBABILIDADE SOBRE USO SOCIAL DO SISTEMA DE SAÚDE – SUS

Estamos avaliando os serviços prestados pelo SUS e as facilidades que o Cartão Nacional de Saúde trouxe seu atendimento.

Abaixo você terá uma série de afirmativas que você irá responder de acordo com o seu grau de concordância ou discordância, por isso ao lado delas você encontra cinco espaços que vão desde 1 discordo totalmente ☒ até o 5 concordo totalmente ☐ marque o grau que melhor expressa sua relação com a afirmativa

QUESTÕES	1	2	3	4	5
01- Você passou por vários médicos e não conseguiu resolver seu problema					
02- Você utiliza a UBS porque seu problema é emocional					
03- Você volta sempre a UBS porque não é atendido; seja por falta de médico, por falta de aparelhos, remédios ou porque a fila é grande					
04- Os médicos falam que você não tem nada, aí você volta novamente					
05- Você diz que seus problemas são dos “nervos”, mas o médico não acredita					
06- Seu problema ainda não foi resolvido, você está em tratamento					
07- Sua doença é ocupacional, provocada pelo seu trabalho					
08- Você vem à UBS como acompanhante, aproveitando o transporte ou a companhia para sair de casa; aí você aproveita e passa no médico					
09- Você não queria vir, mas como o seu problema não é resolvido você precisa vir					
10- Você vem sempre porque não tem remédio na UBS					
11- Você utiliza suas folgas no trabalho para vir ao médico					
12- Você não quer voltar mais aqui porque tem filas					
13- Você volta porque o médico manda vir, mas você acha que não seria necessário o retorno					
14- Você vem a UBS para ter atenção, você não gosta da solidão					
15- Você usa a UBS porque você ganha vale transporte para vir ao médico					
16- Seu problema é crônico, o médico já disse que não irá curar, apenas melhorar					
17- Você utiliza a UBS porque aqui você pode desabafar, o médico escuta seus problemas					
18- Você vem sempre a UBS, mas abandona o tratamento porque tem que esperar na fila					
19- Você abandona o tratamento porque a consulta é para data muito distante					
20- Você vem na UBS com tristeza porque seu estado de Saúde não melhora					
21- Você quer fazer um tratamento, mas o médico alega que é estético					
22- Com a implantação do CNS o atendimento nesta UBS é mais rápido					
23- O CNS não melhorou o atendimento na UBS					
24- O cartão CNS deveria ser implantado em outras cidades					
25- Eu recomendaria esta UBS para minhas colegas e familiares					
26- Eu recomendaria a utilização do CNS em outros serviços de saúde					

FSP/USP – Um olhar mercadológico sob a estratégia do SUS – Sonia F. Monken de Assis

EMPSS

1 - A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para que? Qual foi o problema?

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A - QUADROS DOLOROSOS
- B - LESÕES EXPOSTAS
- C - EXPOSIÇÃO DA VARIÁVEL EMOÇÃO
- D - CONTINUIDADE DO TRATAMENTO/ CASOS CRÔNICOS

EMPSS26	...Só se operar logo né, mas tem que tentar o tratamento antes, não pode comer nada e dói do mesmo jeito..."	tratamento cirurgico para resolver logo.	A
EMPSS27	"...ahh se resolvesse logo né, já passei com 3 médicos, o primeiro era muito bom, mas era lá na cidade, agora eu venho aqui porque é mais perto...eu não conheço muito todo mundo aqui, eu preferia lá na cidade..."	resolução breve do problema.	A
EMPSS29	..."Olha toda vez que penso que tenho que vir aqui eu choro, porque to cada dia pior (tosse) (pausa) e não melhoro. :"	a vinda ao serviço traz tristeza porque o estado saude não melhora	A
EMPSS31	"...agora é melhor acabar de uma vez, não sei que tem aí mas não pode operar agora, tô tomando os remedio direitinho, minha patroa comprô, vamo vê oque ele vai falá hoje, a semana passada eu vim ele não tava, tomara que dá jeito logo..."	tem expectativa de resolver o problema , segue o tratamento.	A
EMPSS2	..." é muito ruim ter que voltar aqui, a mocinha que atende é uma grossa, quando ligo pra marcar a consulta sempre me deixam esperando na linha e o médico sempre atende a gente em 5 minutos, manda tomar Voltarem e fisioterapia, mas nunca resolve"...	Não quer voltar mas não tem solução do problema.	B
EMPSS3	..."olha volta aqui sempre é ruim porque tem fila, mas o doutô já sabe meu nome ..."	é ruim porque tem fila .	B
EMPSS6	..."Eu acho que devia ficar internada, ainda bem que uma ONG que minha cunhada trabalha dá o passe para eu ir pro hospital"...	acha que deveria ficar internada.	B
EMPSS9	..."Esse lugar é péssimo, eu acho que os médicos só enrolam a gente para ganhar consulta porque nunca pedem um exame se quer, falam que eu tenho que engravidar, eles devem tar loucos, sou muito nova para isso e nem sei se quero ter filhos. Seria muito melhor se eu nunca tivesse que vir aqui.	Seria melhor não ter que frequentar, problema está nos médicos	B
EMPSS11	..." é melhó porque a gente não estaria duenti mas tambem pareci que	seria melhor não estar doente , espera solução do problema	B

cuida da gente pur parti cada dia fala uma coisa , porque num diz tudo di uma vez ai já manda a gente fazê tudo di inxame.."

EMPSS13	..."olha eu acho que ele podia falar o nome do colírio e eu pediria pro meu filho pingar todo mês, mas o médico falou que o colírio vence e ficaria muito caro eu comprar todo mês um vidro novo se eu só preciso de quatro gotas, mas eu acho que é igual Moura Brasil"...	Retorna por orientação médica mas acha que seria desnecessário .	B
EMPSS15	..."Oia, eu acho que isso num é verdade e se eu fizesse um inzame eu podia cura loguinho, acho que eu tenho que cuida da causa e não só da dor"...	Não acha que é verdade, tem que vir fazer exames para achar a causa.	B
EMPSS22	"...é se resolvesse tudo de uma vez ia ser melhor...a gente não tinha que vim de lá do longe e pegá essas perua e depois voltar... é tudo lotado..	o problema não é resolvido totalmente	B
EMPSS23	"...a gente sempre vem e tá sempre cheio, às vezes é ruim, se tivesse tudo certinho ia ser bem melhor, vamo vê se hoje tem os remédio. O pessoal tá vendo lá, sei não..."	falta de remédio e fila	B
EMPSS24	"...se eles resolvesse logo né, mas tem os remédio, mas demora e não pode parar...aí as vezes a gente fica sem o remédio, aí volta tudo...eu queria é tá livre disso"	falta de remédio	B
EMPSS25	o fosse melhor a fila...eu venho sempre cedo para não ficar muito, mas olha já que horas são, cansa muito. Já teve dia de o médico ir embora bem na vez da minha cunhada, eles não vê que a gente tá aqui e porque tá precisando..."	problema com filas faz retornar porque não dá tempo do médico atender.	B
EMPSS28	..." Já tô doidinha para ir embora, tá na hora de fazer o almoço e o médico ainda nem chegou. Eu acho que seria bem melhor se meu problema já tivesse sido resolvido, não gosto de vir aqui, além do mais as meninas do balcão da frente são umas grosseiras".	demora no atendimento e falta de resolutividade.	B
EMPSS30	"...eu não gosto muito de vim aqui não... Tem uma menina que é muito gente fina mesmo, mas esse médico aí não sei não, já até vi ele brigando	Não gosta de frequentar mas não tem resolutividade do problema.	B

EMPSS**1 - A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para que? Qual foi o problema?**

	Expressões Chave	Idéia Central	
EMPSS1	"...é meu senhor, eu vim para ver minha dor na barriga que não ta querendo passar, depois que eu fiz a cirurgia, ... dói muito..."	A cliente refere dor após a cirurgia.	A
EMPSS4	..."tenho dor de cabeça"... Muita dor!	Refere dor de cabeça.	A
EMPSS5	..."tenho dor no peito"...	Refere dor no peito.	A
EMPSS7	..."Estou com dor fortíssima de cabeça, emagreci 15 kilos nos quatro meses que venho aqui, e toda semana tenho desenteria"...	Refere dor de cabeça, emagrecimento e desinteria.	A
EMPSS9	..."tenho altas cólicas e muitas espinhas no corpo todo"...	Refere cólicas e espinhas.	A
EMPSS15	..." Tenho muita dor nas costa, dói, dói, dói, dói demais"...	Refere dor nas costas.	A
EMPSS16	.."Tenho dor de estomago"...	Refere dor no estômago.	A
EMPSS24	"...não venho mutio não...só quando me dói aqui, olha..."	Paciente não acha que usa muito, só quando sente dor.	A
EMPSS2	..."Escorreguei, quebrei o pé"...	Quebrou o pé.	B
EMPSS10	..."Olha aqui minhas verrugas (a moça mostrou as duas pernas repletas de verrugas).	Mostra verrugas.	B

EMPSS11	"Minha unha tá encravada"	Mostra unha encravada.	B
EMPSS12	..."Ando tendo uns furunculos pelas pernas"...	Mostra furunculos na perna.	B
EMPSS3	..."Deis que meu homem me atirou eu não me aprimei mais"...	Após sofrer um tiro do marido não se equilibrou.	C
EMPSS25	"...depois que minha menina nasceu...a menorzinha, né, eu tenho 3...começou esse problema de eu engorda muito"	Refere problema de obsidade após terceiro parto.	C
EMPSS28	..." Não consigo parar de piscar"...	Refere problema de piscar.	C
EMPSS6	..."Tenho problemas nos rins, já fui operada e só tenho um"	Refere problemas nos rins.	D
EMPSS8	..." tinha teratoma e endometriose"...	Refere teratoma e endometriose.	D
EMPSS13	..."Eu operei da catarata"...	Acompanhamento de cirurgia de catarata.	D
EMPSS14	..."Olha só, meu problema é minha cabeça, ela dói e eu sempre venho aqui e nunca passa"...	Refere dor de cabeça crônica , visita o serviço não obtem cura.	D
EMPSS17	..."Eu sofro de gripe comprida"...	Refere gripe crônica.	D
EMPSS18	..." Eu tive nefrite e agora tenho hepatite"...	Refere já ter tido nefrite e está com hepatite.	D
EMPSS19	..."tenho hemorróida"... "dói, coça, mas não sara"...	Refere ter hemorroida ... desconforto com os sintomas.	D

EMPSS20	..."Alergia de Gato"...	Refere ter alergia a gato.	D
EMPSS21	"...eu venho porque não tem outro né...toda vida é assim, agora é esse problema outra hora é outra coisa, e a gente vai né..."	Utiliza a UBS porque não tem outra opção , refere sempre ter problemas de diferentes categorias.	D
EMPSS23	"...é...eu sempre tenho que vir, a médica pediu para voltar e hoje eu também vim trazer minha menina...eu preciso de tratamento do coração, não pode deixar..."	Refere tratamento cardiológico e traz a filha no médico.	D
EMPSS26	"...meu estômago dói, eu tenho gastrite..."	Refere gastrite.	D
EMPSS27	"...depois que tive pneumonia, todo mundo lá em casa já teve, mas quando eu fiquei internada, depois sempre com esse problema na barriga..."	Tratamento após pneumonia e problema na barriga.	D
EMPSS29	..."manchas na pele, dor nas articulações, dificuldades para respirar"...	Refere problemas de pele, articulações e ap. respiratório.	D
EMPSS30	"...nem minha barriga nem meu rim funciona direito..."	Problemas intestinal e renal.	D
EMPSS31	"...olha aqui os exame, eu não sei direito não, só sei que a endoscopia do estômago não foi boa, o doutor acha que é úlcera..."	Problemas gástrico e retorno com exames.	D

EMPSS

1 - A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para que? Qual foi o problema?

A - QUADROS DOLOROSOS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Dor na barriga que não ta querendo passar, depois que eu fiz a cirurgia, dói muito, tenho dor de cabeça. Muita dor!.. tenho dor no peito. Estou com dor fortíssima de cabeça. tenho cólicas e tenho muita dor nas costa, dói, dói, dói, dói demais. Tenho dor de estomago. não venho mutio não...só quando me dói.

EMPSS

1 - A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para que? Qual foi o problema?

B - LESÕES EXPOSTAS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Escorreguei, quebrei o pé. Olha aqui minhas verrugas , minha unha tá encravada , ando tendo uns furunculos pelas pernas"...

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

1 - A sra. esteve aqui na UBS no dia não é? Para que? Qual foi o problema?

C - EXPOSIÇÃO DA VARIÁVEL EMOÇÃO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Deis que meu homem me atirou eu não me aprumei mais. Não venho muito não só....assim...2 veiz por mês...quando tem alguma coisinha...depois que minha menina nasceu...a menorzinha, né, eu tenho 3...começou esse problema de eu engorda muito . Não consigo parar de piscar.

EMPSS

- 2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de saúde aqui,**

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A - JA PASSOU POR VÁRIOS MÉDICOS E NAO CONSEGUE RESOLVER O PROBLEMA**
- B - PROBLEMA EMOCIONAL**
- C - PROBLEMA TÉCNICO DO SERVIÇO**
- D - MÉDICOS ALEGAM QUE A PESSOA NÃO TEM NADA**
- E - LÓGICA SANITARISTA E LÓGICA DA POPULAÇÃO**
- F - PROBLEMA NÃO RESOLVIDO , EM PROCESSO DE TRATAMENTO.**
- G - DOENÇA OCUPACIONAL**
- H - OPÇÃO DE LAZER E ENTRETENIMENTO**
- I - SEM RESPOSTA**

EMPSS

- 2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de saúde aqui,

Expressões Chave

Idéia Central

EMPSS3	.."Já fui em muitos médicos e é sempre a mesma coisa, já fiz várias cirurgias neste pé mas olha o jeito que tá (mostra um tornozelo "negro" com uma ferida aberta e um pé todo inchado), as cirurgias são bem feitas mas eu não consigo deixá as muletas, meus sovaco até tá calejado e meus braço forte, a caixa me aposento, falo que sou inválida, mas nem dá pra mim pagar o cigarro e minhas pinguinhas (pausa) este mês eu voltei aqui três vezes porque também tô com problema no coração e dói meu figo, toda vez que o médico pede "Raul-X" não intendo porque não sara"...	não resolve o problema; poliqueixoso	A
EMPSS9	..." estou péssima, eu tenho cólicas menstruais desde os treze anos, o médico falou que teria chances de melhorar somente depois que casasse e tivesse filhos, minhas amigas da escola falaram que tinham isso até começarem a transar, ano passado eu comecei mas não passo, hoje tenho dezessete anos e ainda dói muito, todo mês tenho dores fortíssimas de cabeça, vomito é péssimo, já passei por vários médicos e nada, já tomei pílula, a médica falou que pode ser ovário polissístico, mas nada resolve meu problema.	Cólicas menstruais, dores de cabeça e vômitos, com ovário policístico, sem resultado com o tratamento.	A
EMPSS11	"Faz dois anos que eu fui cortar as unha dos pé e puxei o cantinho com os dente, aí começo a digracera toda. Já fui em uns dois ortopedistas, um dele descarno meus dedão, foi ruim muito, tinha que volta aqui todo dia fazê curativo, depois que a carne cresceu volto tudinho, foi em outro que mando por pano quente, só doia, e outro tirou minha unha dos dedão. Agora que tá creceno tá ficano esbeçado denovo, hoje vou passá num cirurgião".	Problema crônico. Falta resolutividade do problema	A
EMPSS13	" vim na dermatologista, hoje tô vindo no cirurgião e semana passada eu vo vim no endocrinologista, tô desesperada, há uns dois meses me apareceu uma "espinha" na parte de trás da coxa, apertei e aí virou furunculo, a partir daí apareceram mais uns doze pelas duas pernas, dói, eu fico com marca e sai umas coisas fedidas, o incrível é que nem me pediram nenhum	tem desespero ; passa em vários médicos, conseguem solução tratamento furunculo; não pedem exame.	A

exame, nem de sangue, nem de urina"...

EMPSS15

..." minhas costa dói que chega a queimá, uns fala que é coluna, outro doutô já penso que era usrrim, mais ninguém pede us inzame, eu peço pra fazer inzame e os médicos fala que não precisa, manda toma esse remédio (mostrou uma caixa de Dorflex) que vai melhora e inzame não pricisa fazê"...

Dor na coluna, suspeita de problema renal , não pedem exame, somente medicam.

A

EMPSS16

..."Venho sempre nos médicos, uns falam que é úlcera, outros falam que é gastrite... Eu venho, marco a consulta, ele dá remédio e manda eu marcar o retorno, porém, toda vez que eu volto é outro médico, eles mudam muito e a gente não consegue falar sempre com o mesmo médico. Os médico so SUS sempre mudam, eu até fui noutro posto para pegar um médico que deu um remédio bom, mas ele não era mais do convênio do SUS".

Não há pesquisa da causa do quadro sintomático, não há continuidade tratamento; médicos do SUS mudam muito.

A

EMPSS29

..." tenho dor nas juntas faz 3 meses, sinto dor para respirar faz alguns dias, tenho feridinhas no nariz a mais de 2 semanas, apareceram essas manchas no meu rosto, já fui no dermatologista e no geral e eles não sabem o que pode ser, tô desesperada, me sinto fraca, já sai do meu emprego e não vejo melhora, acho vou ter que pagar uma consulta particular, se hoje o doutor, Alergologista, não me falar nada não sei o que fazer"..." Já fiz inalação, chegaram a pensar numa gripe muito forte que não sarou"...

Valoriza o médico particular ,poliqueixosa, não teve solução dos problemas.. Saiu do emprego.

A

EMPSS7

..."Olha mocinha, eu não aguento mais, eu só penso em morrer, depois que meu marido me deixou a quatro meses, eu não consigo mais me reerguer, a primeira vez que vim aqui no posto eu tinha muita dor de cabeça, achei que fosse da menopausa, mas o neurologista falou que poderia ser depressão e me encaminhou para o psiquiatra, eu achei que tava louca, porque psiquiatra é para essas coisas, ele me receitou, eu comecei a tomar o remédio e logo parei de comer tanto doce, mas meu nervosismo não passou. Quando fazia uns 25 dias que comecei o tratamento me deu umas vertigens que eu caía na rua, voltei e o médico me mandou para o otorrino, ele falou que eu tava com labirintite e me deu mais remédio e mandou eu parar com o remédio , eu não parei, fico muito triste e só choro, me falaram que é depressão, mas eu acho que é problema de hormônio, por isso hoje eu vim no endocrinologista"...

Quadro depressivo, não aceita o diagnóstico médico, passa por vários especialistas .

B

EMPSS24

"...semana sim, semana não tem que vim...o pessoal diz que é nervoso...tem que ser hoje senão o médico especialista, gastro....né 'so uma vez por semana, é de segunda-feira"

Problema emocional tratamento dos efeitos organicos.

B

EMPSS11	"Minha unha tá encravada"	Mostra unha encravada.	B
EMPSS12	..."Ando tendo uns furunculos pelas pernas"...	Mostra furunculos na perna.	B
EMPSS3	..."Deis que meu homem me atirou eu não me aprumei mais"...	Após sofrer um tiro do marido não se equilibrou.	C
EMPSS25	"...depois que minha menina nasceu...a menorzinha, né, eu tenho 3...começou esse problema de eu engorda muito"	Refere problema de obsidade após terceiro parto.	C
EMPSS28	..." Não consigo parar de piscar"...	Refere problema de piscar.	C
EMPSS6	..."Tenho problemas nos rins, já fui operada e só tenho um"	Refere problemas nos rins.	D
EMPSS8	..." tinha teratoma e endometriose"...	Refere teratoma e endometriose.	D
EMPSS13	..."Eu operei da catarata" ...	Acompanhamento de cirurgia de catarata.	D
EMPSS14	..."Olha só, meu problema é minha cabeça, ela dói e eu sempre venho aqui e nunca passa" ...	Refere dor de cabeça crônica , visita o serviço não obtem cura.	D
EMPSS17	..."Eu sofro de gripe comprida"...	Refere gripe crônica.	D
EMPSS18	..." Eu tive nefrite e agora tenho hepatite"...	Refere já ter tido nefrite e está com hepatite.	D

EMPSS19	..."tenho hemorróida"... "dói, coça, mas não sara"...	Refere ter hemorroida ... desconforto com os sintomas.	
EMPSS20	..."Alergia de Gato"...	Refere ter alergia a gato.	D
EMPSS21	"...eu venho porque não tem outro né...toda vida é assim, agora é esse problema outra hora é outra coisa, e a gente vai né..."	Utiliza a UBS porque não tem outra opção , refere sempre ter problemas de diferentes categorias.	D
EMPSS23	"...é...eu sempre tenho que vir, a médica pediu para voltar e hoje eu também vim trazer minha menina...eu preciso de tratamento do coração, não pode deixar..."	Refere tratamento cardiológico e traz a filha no médico.	D
EMPSS26	"...meu estômago dói, eu tenho gastrite..."	Refere gastrite.	D
EMPSS27	"...depois que tive pneumonia, todo mundo lá em casa já teve, mas quando eu fiquei internada, depois sempre com esse problema na barriga..."	Tratamento após pneumonia e problema na barriga.	D
EMPSS29	..."manchas na pele, dor nas articulações, dificuldades para respirar"...	Refere problemas de pele, articulações e ap. respiratório.	D
EMPSS30	"...nem minha barriga nem meu rim funciona direito..."	Problemas intestinal e renal.	D
EMPSS31	"...olha aqui os exame, eu não sei direito não, só sei que a endoscopia do estômago não foi boa, o doutor acha que é úlcera..."	Problemas gástrico e retorno com exames.	D

EMPSS2	..."Venho sempre no médico porque dói o pé, só que o médico manda eu fazer fisioterapia, mas eu faço umas duas vezes e desisto porque tenho que esperar muito na fila, sempre o forno tá sempre ocupado e a fisioterapeuta falta (acho que ela tá pior que eu), faço uma vez, depois ela falta e daí dói de novo, então tenho que voltar no médico"...	abandona o tratamento por que tem que esperar na fila por falta de equipamento e profissionais.	C
EMPSS10	...Tenho estas verrugas faz dois anos, já tomei remédio, já passei ácido e já autorizaram para eu fazer cauterização, mas ainda tô esperando, o médico falou que isso é estética (absurdo)...	Médico não quer fazer procedimento por considerar estético, já fez tratamento sem solução.	C
EMPSS23	"...tem uns meses que eu comecei a fazer o tratamento e tive que parar porque eles não tinham remédio, não sei, agora acho que vai dar, a gente tem que insistir...Eu acho que agora dá, mas é muito cheio, tem bastante gente precisando."	Falta medicamento, não houve continuidade no tratamento; muita demanda de pacientes.	C
EMPSS5	..." Já tive dor no peito, fui no médico mas ele não quis fazer elétrico porque ele falou que era prisão de vento, de vez em quando essa dor desce para a barriga e os médico diz que não é nada e manda embora, a cada quinze dia tenho que ligar no posto e marcar de novo com o Dr. C.	paciente quer exame não indicado pelo médico, sente dor no coração; não se convence com a orientação médica.	D
EMPSS14	..." Já me falaram que é enxaqueca, dá remédio e não melhora, só resolve meu problema na hora, passa uns dia depois da consulta e volta tudo, a maioria das vezes que eu vim aqui me dão injeção de Anador, mas dois dias depois e isso volta e tenho que esperar 30 dia que tenho retorno. Todo mês dia 15 eu tô aqui, uma vez já me falaram que podia cê TPM, APM, não sei (ela queria dizer ATM), mas o médico fala que isso é coisa de rico, e para isso eu teria que por placa na boca, então eu prefiro tomar o Anador mesmo"...	Falta de diagnóstico, paciente não foi encaminhado a especialista ,não tem acesso a recurso terapêutico, prefere tomar medicação.	E
EMPSS17	..."Volto sempre com a garganta que dói, se tomo um banhinho, mesmo no calor, e depois tomo gelado, meu nariz escorre, as vezes tenho febre, tusso... Já vim no médico dos pulmão, já pensei que era alergia dos gatos, já vim no clínico geral. ... Eu não fico com fome e eu acho que se os	Sente sintomas de constantes resfriados e pensa ser alergia, passou no pneumologista e clínico geral , médicos alegam má alimentação.	E

médico me escreve vitamina eu podia melhorar um pouquinho. Quando pergunto pros médico porque num saro eles falam que eu não como direito, falaram que eu tenho que comer verdura, legumes, mas eu não gosto disso, gosto só de carne, arroz, farinha de macaxeira e minha pimentinha, também eu não tenho tempo de ficar fazendo essas coisas difícil de salada"...

EMPSS19 ..." eu tenho hemorróidas desde solteira, sempre me doía, coçava, saía sangue, eu tinha vergonha de ir no médico, até que quando eu casei, se sabe, as coisa muda agente que ter filho, mas não muitos, então tem vez que a gente precisa improvisar"... (risos) (questionei o que seria o improviso) quando o homem da gente quer e não pode vai por traz mesmo, e foi ai que a coisa começo a feder, quando era assim a gente poe problema .

shampoo de cabelo, no começo doias mais depois eu aprendi. O negócio é que além de arder começou a sangra muito, e não posso fala "não" pro meu marido senão eu perdo ele, mas fais uns quatro mês não deu, tinha cabado o shampoo e ele queria então ele falo que ia gospi um pouquinho que eu aguentava, já tava meio doendo porque eu táva com o testino preso, ai não deu outra, começo a jorra sangue, ele ficou desesperado, e eu comecei chora, até que eu vim no PS, depois eu fiquei internada, opero e agora eu nem consigo mais faze como antes, todo mês tenho que volta no doutor porque sai as tripa pra fora de vez em quando, acho que vai te que opera denovo"...

E

EMPSS28 ..."olha faz uns três anos que começou isso, eu era normal, mas de repente meus olhos começaram a pular e daí não parou mais, vê se pode, minha vizinha já colocaram o apelido de "Alerta de Carro", eu não sei porque que eu tenho essas coisa, o médico geral falou que era hereditário, o Oculista falou que não é com ele, me indicaram o neurologista, mas ele me deu uns remédio que dá muito sono, e daí se eu durmo meus olhos não pulam mesmo, mas nem eu. O pior que eu comecei ficar preocupada com isso o parece que a coisa desandou mais ainda. Eu só acho que melhorou um pouquinho quando eu fui na Noite do Descarrego, na Catedral da Fé em Santo Amaro, o pessoal falou que era trabalho e eu até fiz cirurgia espiritual. Não sei mais o que fazer, hoje vim num neurocirurgião que vem só uma vez por mês aqui, daí é essa fila que você tá vendo"...

E

EMPSS1 ..."Fiz uma cirurgia de úlcera, eu sempre tive muita dor, tratei uns dois anos de gastrite, sempre fazia endoscopia e depois do fim do ano a coisa ficou preta, foi doendo mais, cada vez mais, eu comecei vomitar sangue ai não teve jeito, o médico falou que tinha que operar, mas mesmo assim eu .. não teve sucesso na cirurgia, continua a vomitar sangue; permanece o sintoma.

F

ainda vomitei sangue, ontem mesmo..."

EMPSS6

..."tenho que fazer diálise, meu médico falou que tenho que fazer isso até encontrar um doador, tá difícil porque não tem ninguém da família que dá certo, e enquanto isso fico aqui esperando a sorte. O rim que eu tenho já tá com 2 pedras e nem posso opera,tenho que vir sempre ...

problema renal crônico, aguarda doador.

F

EMPSS8

..."tenho este problema há seis anos, descobri pois tinha fortes dores ao menstruar, fui ao médico e fiz inicialmente uma videolaparoscopia, pois o ultra-som afirmava que existia uma calcificação, ao fazer o exame o diagnóstico foi que existia endometriose, na época eu fiz um tratamento e julgou-se eu estar boa mas agora o médico disse que tenho o mesmo problema do passado, e terei que fazer outro tratamento"...

tratou no passado , quadro de endometriose, agora médico diz que está com o mesmo quadro, fará novo tratamento.

F

EMPSS18

..."Olha é duro, eu comecei vir no postinho faz um ano e meio, mais ou menos, eu tava amarela ruim que só, minha patroa me trouxe aqui porque é perto de casa, um dia passei pelo Geral ele pediu uns inzame, depois de 20 dias, depois que chego os inzame, vim de novo no doutor, nem lembro o nome dele, era um bonitão, mais ele não tá mais aqui, ele falou que era nefrite, que eu tinha que ficar de repouso e sem come sal, se acha, eu tava verde, naqueles 20 dias eu tinha quase morrido, lembro que meu xixi parecia óleo de caminhão de tão preto"... "na época ele encaminhou para o Dr. C e fiquei internada, daí saro mais ou menos, ainda tinha muita dordifigo, agora faz uns 3 meses pioro deveis, aí o doutor falou que é hepatite e eu acho que ele vai encaminhá pra internação"... Minha patroa falo que se eu não miorá ela vai afastá"...

Relata que é doloroso , estar frequentando a UBS há muito tempo, é perto da residencia; já ficou internada, não houve cura , recentemente o quadro voltou a piorar, acha que será reinternada.

F

EMPSS20

..."Você acredita que eu tenho alergia de gato que não cura, eu peguei de um namorado meu que tinha essa alergia , engraçado que ele tinha na boca, eu peguei na boca, depois eu peguei nas parti intima mas só depois de duas semana saro, verruguinhas também"... "a gente já se largou faz uns dois anos e de vez en quando elas me voltam, arde, coça. eu tenho febre e tudo e os médico fala que é normal, eu sempre venho no dermatologista e ele falou que era uma tal de rerpes, mas passaei umas pomadas e de vez em quando sempre volta.. "

Falta consciencia sobre a doença .

F

EMPSS21	"...Eu venho né...depois que eu cai, esse pé sempre me deu trabalho. Eu tô tomando os remédio e venho ver como que tá..."	Tratamento prolongado , quadro crônico.	F
EMPSS26	"...é que tem outros probleminha também, que eu tive antes, mas agora é o estômago. Eles falam que só operando, mas eu tô fazendo tratamento..."	Apresenta problemas que não quer revelar, prefere falar do organico, no estomago, continuidade de tratamento.	F
EMPSS27	"...o médico falou que é meu fígado que tá fraco, eu tive hepatite também, tem dia que eu nem durmo direito, já até perdi um trabalhinho sabe..."	Tratamento crônico.	F
EMPSS30	"...eu sempre tenho intestino preso, minha barriga tá sempre com dor aqui do lado, num posso nem para virar assim que já dói. Teve um dia que o médico no PS deu 2 injeção de uma vez, enquanto eu não opera ele já disse que não tem jeito, os exame tá tudo certo, já fiz tudinho, mas é difícil, né..."	Não conseguem diagnosticar e tratar.Tem indicação de cirurgia mas acha difícil conseguir.	F
EMPSS4	..."Tenho dor de cabeça diariamente, o neurologista sempre me consulta e fala que eu tenho que mudar de serviço porque na Cerâmica que trabalho é muito barulho, muita poeira (poeira sílica) e ainda falou que eu posso ficar com Abestose, mas é só isso que eu sei fazer, não arranjo outro serviço, tenho 5 filhos pequenos e meu marido cuida deles em casa. Eu também tusso muito, tenho falta de ar, mas nunca fumei."	doença ocupacional, não consegue outra ocupação, tem filhos para criar, sintomas permancem .	G
EMPSS22	"...eu gosto dos pessoal daqui, tem umas conhecidas minha que também vêm. Aí eu venho com elas."	Opção de lazer e entretenimento.	H
EMPSS25	"...é...esse mês é a segunda semana...o médico fala que tem que vir, se eu falo com os outros aqui...o pessoal trata bem a gente sabe...mas é muita gente"	Segue orientação do médico de retorno.	I
EMPSS31	"...eu tô até parando de fumá, eu vomitava até sangue, no dia de Natal	Falta consciencia da gravidade do problema , controlar vício.	I

mesmo, nem podia comer nada que já ficava mal, eu já tinha isso fazia um tempão, só que quando piorou eu vim aqui pa vê né, todo mundo falava que tinha de vim antes..."

EMPSS

- 3 - Agora eu vou falar uma coisa e sra vai me dizer o que a sra. Acha. (falar pausadamente) Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando tanto as UBS – A Sra. Acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.

Expressões Chave

Idéia Central

EMPSS1	...“ Olha, eu não queria ter que vir aqui sempre, mas o problema é que eu nunca saro, o doutor falou que eu tenho que ficar mais calma, me alimentar direitinho e também (pausa) ele falou para eu parar de beber...” eu bebo um pouquinho por dia, mas se eu não beber fico nervosa, mas se eu bebo meu estômago dói, se fico nervosa porque não bebi, dói, eu não sei mais o que fazer...(choro)”...	Não queria vir sempre mas não consegue parar o vício e se curar.	A
EMPSS8	...“eu acho que seria ótimo se eu me curasse, não tivesse que faltar tanto do trabalho pra vir aqui, o SUS é uma lástima, mas não tenho condições de pagar um plano”...	Seria melhor obter a cura , não ter que vir e não faltar ao trabalho.	A
EMPSS10	...“Não aguento mais essas verrugas nem vir aqui, minha tia falou que vai fazer simpatia, acho que assim vai resolver”...	Preferia não ir ao posto , quer resolução do problema.	A
EMPSS12	...“eu tô assustada, tô com medo de ser câncer vazando, o endócrino falou que não era problema dele, o dermatologista falou que era para eu vir no cirurgião, eu não entendi porque mas consegui marcar e vim, eu acho que seria muito melhor eu não ter que vir aqui nunca, quero sarar, tô orando muito para isso”...	Preferiria se não tivesse de passar por vários médicos, quer a cura.	A
EMPSS14	...“ Ahh... Seria melhor se não era preciso , mas nunca passa minha dor de cabeça”...	seria melhor não usar , espera a cura da dor.	A
EMPSS18	...“Olha eu queria é afasta logo, e fica internada pra cura de uma vez por todas dessas dordifigo, eu tenho medo de morre”...	Procura a cura, não quer morrer.	A
EMPSS21	“...e meu pé? Tem que sarar de qualquer jeito, eu preciso trabalhar e assim não dá. O médico sempre me dá uns remedinhos e...ajuda né...”	precisa curar o problema no pé.	A

com o pessoal aí...não sei porque não opera de uma vez? Eu tenho até medo de passar mal de novo...e depois como é que vai ficar?"

EMPSS4	..."Eu acho que seria melhor eu não vir aqui sempre, porque eu tenho que mudar minhas folgas para vir na consulta, se meu patrão sabe que eu venho no médico, ele me manda embora e eu preciso trabalhar"...	Acha que seria melhor não vir, prejudica o emprego	C
EMPSS5	..." o pessoal do posto enche meu saco, falam que eu venho aqui só pra ficar na fila, eles já sabem meu endereço e quando chego já falam olha a dona Josefa denovo. Tenho 75 anos e moro sozinha, não quero morrer lá em casa, nem cachorro eu tenho mais, ele foi atropelado faz 6 mses, sou sozinha, por isso venho aqui".	Local para ter atenção , tem medo da solidão.	D
EMPSS7	..."Não sei se é melhor eu chorar em casa ou chorar aqui, porque só isso que tenho vontade, mas ainda bem que o médico hoje me escutou bastante, ele falou que eu sou bonita e devo arrumar um namorado, mas eu não consigo (choro).	Usa a UBS como local para desabafo, quer atenção.	D
EMPSS16	..."Eu acho que é bom eu vim sempre aqui, porque já posso ver sempre meus outros problemas e também sempre pego preservativo, então aproveito a viagem, mas se fosse mais bem acompanhada, e se o mesmo médico ficasse sempre aqui, seria mais seguro pra gente, até para mim indicar para minhas amigas"...	Acha bom vir, faz avaliação de vários problemas.	D
EMPSS17	..."É bom eu vim aqui no posto porque eu ganho o passe aqui da comunidade evangélica perto de casa, todo mundo que tem que ir no posto longe eles dão o passe, e daí eu volto de a pé e guardo os passe para o meu filho na escola"...	Oportunidade de obter benefícios de transporte para o filho .	D
EMPSS19	..."Olha só eu não queria ter que vir sempre aqui não e depois outra o douto fala para eu para de fazer isto"..."por outro lado eu gosto de vim aqui porque eu falto do trabalho, aí aproveito pra pagar umas continha vizita a comadre"...	oportunidade de entretenimento	D
EMPSS20	..."acho que seria muito melhor eu não ter que vir aqui, mas é bom	oportunidade de lazer .	D

porque aproveito e passeio um pouco de ônibus além do que aquele médico
é um bunitão"

EMPSS

- 2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de saúde aqui,

A - JA PASSOU POR VÁRIOS MÉDICOS E NAO CONSEGUE RESOLVER O PROBLEMA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Já fui em muitos médicos e é sempre a mesma coisa,não intendo porque não sara; estou péssima. o médico falou que teria chances de melhorar,e nada, Já fui em uns deis ortopedistas; foi ruim muito, tinha que volta aqui todo dia fazê curativo, vim na dermatologista, hoje tô vindo no cirurgião e semana passada eu vo vim no endocrinologista. Tô desesperada, é incrível é que nem me pediram nenhum exame, nem de sangue, nem de urina,uns fala que é coluna, outro doutô já penso que era usrrim, mais ninguém pede us inzame, eu peço pra fazer inzame e os médicos fala que não precisa, manda toma esse remédio, que vai melhora e inzame não pricisa fazê. Os médico do SUS sempre mudam, eu até fui noutro posto para pegar um médico que deu um remédio bom, mas ele não era mais do convênio do SUS. Acho vou ter que pagar uma consulta particular, se hoje o doutor, não me falar nada não sei o que fazer.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

- 2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de saúde aqui,

B - PROBLEMA EMOCIONAL

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Não aguento mais, só penso em morrer,não consigo mais me reerguer; achei que fosse da menopausa, mas o neurologista falou que poderia ser depressão: achei que tava louca, porque psiquiatra é para essas coisas, meu nervosismo não passou, fico muito triste; e só choro, o pessoal diz que é nervoso.

EMPSS

- 2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então,
apesar da sra. Estar
freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus
problemas de
saúde aqui,
C - PROBLEMA TÉCNICO DO SERVIÇO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Desisto porque tenho que esperar muito na fila, sempre o forno tá ocupado e a
fisioterapeuta falta , faço uma
vez, depois ela falta e dai dói de novo, então tenho que voltar no médico.Tive que parar
porque eles não tinham
remédio, não sei, agora acho que vai dar, a gente tem que insitir. Eu acho que agora dá,
mas é muito cheio, tem
bastante gente precisando.

EMPSS

- 2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de saúde aqui,
- D - MÉDICOS ALEGAM QUE A PESSOA NÃO TEM NADA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Os médico diz que não é nada e manda embora.

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então,
apesar da sra. Estar
freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus
problemas de
saúde aqui,

E - LÓGICA SANITARISTA E LÓGICA DA POPULAÇÃO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Dá remédio e não melhora, só resolve meu problema na hora, passa uns dia depois da
médico fala que isso é coisa de rico, pergunto pros médico porque num saro eles falam
que eu não como direito, falaram que eu tenho que comer verdura, legumes, mas eu não
gosto disso, gosto só de carne, arroz, farinha de macaxeira e minha pimentinha, também
eu não tenho tempo de ficar fazendo essas coisas difícil de salada; eu tinha vergonha de
ir no médico, até que quando eu casei, se sabe, as coisa muda agente que ter filho, mas
não muitos, opero e agora eu nem consigo mais faze como antes, todo mês tenho que
volta no doutor porque sai as tripa pra fora; ele me deu uns remédio que dá muitosono, e
daí se eu durmo meus olhos não pulam mesmo, comecei ficar preocupada com isso e
parece que a coisa desandou mais ainda, melhorou um pouquinho quando eu fui na Noite
do Descarrego, na Catedral da Fé, o pessoal, falou que era trabalho e eu até fiz cirurgia
espiritual.

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de saúde aqui,

F - PROBLEMA NÃO RESOLVIDO , EM PROCESSO DE TRATAMENTO.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

.. então, foi doendo mais, cada vez mais,o médico falou que tinha que operar, mas mesmo assim eu ainda vomitei sangue, ontem mesmo. Na época , eu fiz um tratamento e julgou-se eu estar boa mas agora o médcio disse que tenho o mesmo problema do passado, e terei que fazer outro tratamento. Olha é duro, eu comecei vir no postinho faz um ano e meio, mais ou menos, fiquei internada, daí saro mais ou menos, ainda tinha muita dor; pioro deveis, acho que ele vai encaminhá pra internação. Tô tomando os remédio e venho ver como que tá, daí (é que tem outros probleminha também). Eles falam que só operando, mas eu tô fazendo tratamento: enquanto eu não opera ele já disse que não tem jeito, os exame tá tudo certo, já fiz tudinho, mas é difícil, né.

EMPSS

2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então,
apesar da sra. Estar
freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus
problemas de
saúde aqui,

G - DOENÇA OCUPACIONAL

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Tenho dor de cabeça diariamente. tenho que mudar de serviço porque na Cerâmica que
trabalho é muito barulho, muita poeira (poeira sílica), é só isso que eu sei fazer, não
arranjo outro serviço. Eu também tusso muito, tenho falta de ar, mas nunca fumei.

EMPSS

- 2 - A sra. costuma freqüentar bastante esta UBS, não é? Porque? então, apesar da sra. Estar freqüentando bastante a UBS a sra. não está conseguindo resolver seus problemas de saúde aqui,

H - OPÇÃO DE LAZER E ENTRETENIMENTO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Umas conhecidas minha também vêm. Aí eu venho com elas.

EMPSS

- 3 - Agora eu vou falar uma coisa e sra vai me dizer o que a sra. Acha. (falar pausadamente) Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando tanto as UBS – A Sra. Acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.**

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A - NÃO QUERIA VIR,MAS PRECISA : PROBLEMA NÃO RESOLVIDO**
- B - O PROBLEMA ESTÁ NO SERVIÇO DE SAÚDE**
- C - RISCO DE PERDER EMPREGO**
- D - LOCAL DE APOIO, LAZER E ENTRETENIMENTO**

EMPSS

- 3 - Agora eu vou falar uma coisa e sra vai me dizer o que a sra. Acha. (falar pausadamente) Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando tanto as UBS – A Sra. Acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.

Expressões Chave

Idéia Central

EMPSS1	..." Olha, eu não queria ter que vir aqui sempre, mas o problema é que eu nunca saro, o doutor falou que eu tenho que ficar mais calma, me alimentar direitinho e também (pausa) ele falou para eu parar de beber..." eu bebo um pouquinho por dia, mas se eu não beber fico nervosa, mas se eu bebo meu estômago dói, se fico nervosa porque não bebi, dói, eu não sei mais o que fazer...(choro)"...	Não queria vir sempre mas não consegue parar o vício e se curar.	A
EMPSS8	..."eu acho que seria ótimo se eu me curasse, não tivesse que faltar tanto do trabalho pra vir aqui, o SUS é uma lástima, mas não tenho condições de pagar um plano"...	Seria melhor obter a cura , não ter que vir e não faltar ao trabalho.	A
EMPSS10	..."Não aguento mais essas verrugas nem vir aqui, minha tia falou que vai fazer simpatia, acho que assim vai resolver"...	Preferia não ir ao posto , quer resolução do problema.	A
EMPSS12	..."eu tô assustada, tô com medo de ser câncer vazando, o endócrino falou que não era problema dele, o dermatologista falou que era para eu vir no cirurgião, eu não entendi porque mas consegui marcar e vim, eu acho que seria muito melhor eu não ter que vir aqui nunca, quero sarar, tô orando muito para isso"...	Preferiria se não tivesse de passar por vários médicos, quer a cura.	A
EMPSS14	..." Ahh... Seria melhor se não era preciso , mas nunca passa minha dor de cabeça"...	seria melhor não usar , espera a cura da dor.	A
EMPSS18	..."Olha eu queria é afasta logo, e fica internada pra cura de uma vez por todas dessas dordifigo, eu tenho medo de morrer"...	Procura a cura, não quer morrer.	A
EMPSS21	"...e meu pé? Tem que sarar de qualquer jeito, eu preciso trabalhar e assim não dá. O médico sempre me dá uns remedinhos e...ajuda né..."	precisa curar o problema no pé.	A

EMPSS26	...Só se operar logo né, mas tem que tentar o tratamento antes, não pode comer nada e dói do mesmo jeito..."	tratamento cirurgico para resolver logo.	A
EMPSS27	"...ahh se resolvesse logo né, já passei com 3 médicos, o primeiro era muito bom, mas era lá na cidade, agora eu venho aqui porque é mais perto...eu não conheço muito todo mundo aqui, eu preferia lá na cidade..."	resolução breve do problema.	A
EMPSS29	..."Olha toda vez que penso que tenho que vir aqui eu choro, porque to cada dia pior (tosse) (pausa) e não melhoro.	a vinda ao serviço traz tristeza porque o estado saude não melhora	A
EMPSS31	"...agora é melhor acabar de uma vez, não sei que tem aí mas não pode operar agora, tô tomando os remedio direitinho, minha patroa comprô, vamo vê oque ele vai falá hoje, a semana passada eu vim ele não tava, tomara que dá jeito logo..."	tem expectativa de resolver o problema , segue o tratamento.	A
EMPSS2	..." é muito ruim ter que voltar aqui, a mocinha que atende é uma grossa, quando ligo pra marcar a consulta sempre me deixam esperando na linha e o médico sempre atende a gente em 5 minutos, manda tomar Voltarem e fisioterapia, mas nunca resolve"...	Não quer voltar mas não tem solução do problema.	B
EMPSS3	..."olha volta aqui sempre é ruim porque tem fila, mas o doutô já sabe meu nome ..."	é ruim porque tem fila .	B
EMPSS6	..."Eu acho que devia ficar internada, ainda bem que uma ONG que minha cunhada trabalha dá o passe para eu ir pro hospital!"...	acha que deveria ficar internada.	B
EMPSS9	..."Esse lugar é péssimo, eu acho que os médicos só enrolam a gente para ganhar consulta porque nunca pedem um exame se quer, falam que eu tenho que engravidar, eles devem tar loucos, sou muito nova para isso e nem sei se quero ter filhos. Seria muito melhor se eu nunca tivesse que vir aqui.	Seria melhor não ter que frequentar, problema está nos médicos	B
EMPSS11	..." é melho porque a gente não estaria duenti mas tambem pareci que	seria melhor não estar doente , espera solução do problema	B

cuida da gente pur parti cada dia fala uma coisa , porque num diz tudo di uma vez ai já manda a gente fazê tudo di inxame.."

EMPSS13	..."olha eu acho que ele podia falar o nome do colírio e eu pediria pro meu filho pingar todo mês, mas o médico falou que o colírio vence e ficaria muito caro eu comprar todo mês um vidro novo se eu só preciso de quatro gotas, mas eu acho que é igual Moura Brasil"...	Retorna por orientação médica mas acha que seria desnecessário .	B
EMPSS15	..."Oia, eu acho que isso num é verdade e se eu fizesse um inxame eu podia cura loguinho, acho que eu tenho que cuida da causa e não só da dor"...	Não acha que é verdade, tem que vir fazer exames para achar a causa.	B
EMPSS22	"...é se resolvesse tudo de uma vez ia ser melhor...a gente não tinha que vim de lá do longe e pegá essas perua e depois voltar... é tudo lotado..	o problema não é resolvido totalmente	B
EMPSS23	"...a gente sempre vem e tá sempre cheio, às vezes é ruim, se tivesse tudo certinho ia ser bem melhor, vamo vê se hoje tem os remédio. O pessoal tá vendo lá, sei não..."	falta de remédio e fila	B
EMPSS24	"...se eles resolvesse logo né, mas tem os remédio, mas demora e não pode parar...aí as vezes a gente fica sem o remédio, aí volta tudo...eu queria é tá livre disso"	falta de remédio	B
EMPSS25	e fosse melhor a fila...eu venho sempre cedo para não ficar muito, mas olha já que horas são, cansa muito. Já teve dia de o médico ir embora bem na vez da minha cunhada, eles não vê que a gente tá aqui e porque tá precisando..."	problema com filas faz retornar porque não dá tempo do médico atender.	B
EMPSS28	.." Já tô doidinha para ir embora, tá na hora de fazer o almoço e o médico ainda nem chegou. Eu acho que seria bem melhor se meu problema já tivesse sido resolvido, não gosto de vir aqui, além do mais as meninas do balcão da frente são umas grosseiras".	demora no atendimento e falta de resolutividade.	B
EMPSS30	"...eu não gosto muito de vim aqui não... Tem uma menina que é muito gente fina mesmo, mas esse médico aí não sei não, já até vi ele brigando	Não gosta de frequentar mas não tem resolutividade do problema.	B

com o pessoal aí...não sei porque não opera de uma vez? Eu tenho até medo de passar mal de novo...e depois como é que vai ficar?"

EMPSS4	... "Eu acho que seria melhor eu não vir aqui sempre, porque eu tenho que mudar minhas folgas para vir na consulta, se meu patrão sabe que eu venho no médico, ele me manda embora e eu preciso trabalhar"...	Acha que seria melhor não vir, prejudica o emprego	C
EMPSS5	..." o pessoal do posto enche meu saco, falam que eu venho aqui só pra ficar na fila, eles já sabem meu endereço e quando chego já falam olha a dona Josefa denovo. Tenho 75 anos e moro sozinha, não quero morrer lá em casa, nem cachorro eu tenho mais, ele foi atropelado faz 6 meses, sou sozinha, por isso venho aqui".	Local para ter atenção , tem medo da solidão.	D
EMPSS7	..."Não sei se é melhor eu chorar em casa ou chorar aqui, porque só isso que tenho vontade, mas ainda bem que o médico hoje me escutou bastante, ele falou que eu sou bonita e devo arrumar um namorado, mas eu não consigo (choro).	Usa a UBS como local para desabafo, quer atenção.	D
EMPSS16	..."Eu acho que é bom eu vim sempre aqui, porque já posso ver sempre meus outros problemas e também sempre pego preservativo, então aproveito a viagem, mas se fosse mais bem acompanhada, e se o mesmo médico ficasse sempre aqui, seria mais seguro pra gente, até para mim indicar para minhas amigas"...	Acha bom vir, faz avaliação de vários problemas.	D
EMPSS17	..."É bom eu vim aqui no posto porque eu ganho o passe aqui da comunidade evangélica perto de casa, todo mundo que tem que ir no posto longe eles dão o passe, e daí eu volto di a pé e guardo os passe para o meu filho i na escola"...	Oportunidade de obter benefícios de transporte para o filho .	D
EMPSS19	..."Olha só eu não queria ter que vir sempre aqui não e depois outra o douto fala para eu para de faze isto"..."por outro lado eu gosto de vim aqui porque eu falto do trabalho, ai aproveito pra paga umas continha vizita a comadre"...	oportunidade de entretenimento	D
EMPSS20	..."acho que seria muito melhor eu não ter que vir aqui, mas é bom	oportunidade de lazer .	D

porque aproveito e passeio um pouco de ônibus além do que aquele médico
é um bunitão"

EMPSS

- 3 - Agora eu vou falar uma coisa e sra vai me dizer o que a sra. Acha. (falar pausadamente)
Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando
tanto as UBS – A Sra. Acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.
- A - NÃO QUERIA VIR,MAS PRECISA : PROBLEMA NÃO RESOLVIDO
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Olha, eu não queria ter que vir aqui sempre, mas o problema é que eu nunca sarar, eu não sei mais o que fazer;acho que seria ótimo se eu me curasse, não tivesse que vir aqui. Não aguento mais nem vir aqui, e ser câncer vazando, o endócrino achô que seria muito melhor eu não ter que vir aqui nunca, quero sarar, tô orando muito para isso. Ahh... Seria melhor se não era preciso , mas nunca passa minha dor .Olha eu queria é afasta logo, e fica internada pra cura de uma vez por todas Tem que sarar de qualquer jeito, eu preciso trabalhar e assim não dá. Só se operar logo né, mas tem que tentar o tratamento antes,...ahh se resolvesse logo né, já passei com 3 médicos. Olha toda vez que penso que tenho que vir aqui eu choro, porque to cada dia pior e não melhora; agora é melhor acabar de uma vez, não sei que tem aí mas não pode operar agora.

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

EMPSS

3 - Agora eu vou falar uma coisa e sra vai me dizer o que a sra. Acha. (falar pausadamente)

Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando

tanto as UBS – A Sra. Acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.

B - O PROBLEMA ESTÁ NO SERVIÇO DE SAÚDE
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

É muito ruim ter que voltar aqui, quando ligo pra marcar a consulta sempre me deixam esperando na linha e o médico sempre atende a gente em 5 minutos, mas nunca resolve; olha volta aqui sempre é ruim porque tem fila, mas o doutô já sabe meu nome. Acho que os médicos só enrolam a gente nunca pedem um exame se quer. Seria muito melhor se eu nunca tivesse que vir aqui. É melhor porque a gente não estaria doente

mas também parece que cuidam da gente por parte cada dia fala uma coisa , porque num diz tudo de uma vez ai já manda a gente fazê tudo de exame. Ele podia falar o nome do colírio . Olha, acho que isso num é verdade e se fizesse um exame podia curar loguinho, é se resolvesse tudo de uma vez ia ser melho; a gente sempre vem e tá sempre cheio, às vezes é ruim, se tivesse tudo certinho venho sempre cedo para não ficar muito, mas olha já que horas são, cansa muito; ia ser bem melhor, se eles resolvessem logo né, mas tem os remédio, mas demora e não pode parar; queria é tá livre disso, o médico ainda nem chegou, acho que seria bem melhor se meu problema já tivesse sido resolvido, eu não gosto muito de vim aqui não, não sei porque não opera de uma vez? tenho até medo de passar mal de novo.

EMPSS

- 3 - Agora eu vou falar uma coisa e sra vai me dizer o que a sra. Acha. (falar pausadamente)
Tem gente que acha que seria melhor se as pessoas não precisassem estar freqüentando
tanto as UBS – A Sra. Acha que isso é verdade? Fale um pouco sobre isso.
- D - LOCAL DE APOIO, LAZER E ENTRETENIMENTO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Venho aqui só pra ficar na fila, tenho ... anos, moro sozinha, não quero morrer lá em casa, sou sozinha, por isso venho aqui. Não sei se é melhor chorar em casa ou chorar aqui, porque só isso que tenho vontade. o médico escutou bastante, eu devo arrumar um namorado, mas eu não consigo (choro). É bom vim sempre aqui, porque já posso ver sempre meus outros problemas e também sempre pego um..., então aproveito a viagem, eu ganho o passe aqui da comunidade evangélica, volto di a pé e guardo os passe para o meu filho i na escola. Gosto de vim aqui porque eu falto do trabalho, ai aproveito pra paga umas continha ; acho que seria muito melhor eu não ter que vir aqui, mas é bom porque aproveito e passeio um pouco de ônibus .

Anexo 1 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. **Investigador principal** : Sonia Francisca Monken de Assis
2. **Título do projeto** : Um olhar mercadológico sob a estratégia do SUS
3. **Docente responsável** : Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo – Departamento de Saúde Materno-Infantil , Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Prezado Sr.(a)

A pesquisa a ser realizada faz parte de minha tese de doutorado do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Para tanto estou solicitando a sua importante colaboração a fim de responder a algumas perguntas a respeito da utilização que o Sr.(a) faz dos serviços médicos-assistenciais da Unidade Básica de Saúde do Jardim Satélite. Este procedimento visa identificar, avaliar e propor aos gestores de saúde deste município , melhorias sugeridas pelos próprios usuários dos serviços em diversas áreas sociais que envolvem o atendimento de Saúde além das aplicabilidades do Cartão Nacional de Saúde /SUS.

Acrescento ainda que todas as informações que o Sr(a) nos der, serão mantidas em sigilo, sem que quaisquer nomes sejam revelados, o seu e/ou de seus familiares em nenhuma hipótese virão a público.

Da mesma forma, o Sr(a) poderá recusar-se a participar do estudo sem que isto traga qualquer prejuízo na sua utilização dos serviços da Unidade Básica de Saúde ou outro recurso assistencial do SUS

Com o compromisso de acompanhar todas as entrevistas e avaliações coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos, seja sobre o conteúdo do trabalho e/ou seus métodos e objetivos.

Desde já agradeço sua valiosa contribuição.

Administradora e pesquisadora responsável

Sonia Francisca Monken de Assis

RG. 27.775.110-x

Tel.(11) 9975-5022

Ofício nº 242/SSA/03
Em 12 de maio de 2003.

Vimos pelo presente autorizar a Dra. Sônia Morken, da Universidade Presb. Mackenzie e Faculdade de Saúde Pública da USP a ter acesso aos dados abaixo, relacionados ao movimento de produção da Unidade Básica de Saúde Jardim Satélite no período de janeiro a dezembro/2002.

PACIENTES SEXO FEMININO
SITUAÇÃO FAMILIAR - ESTADO CIVIL
IDADE
CEP
CONSULTAS POR MÊS PARA CADA CNS ENCONTRADO
PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR MÊS PARA CADA CNS ENCONTRADO
DADOS GERAIS DO ATENDIMENTO
NATUREZA DA PROCURA
ENCAMINHAMENTOS
AÇÃO PROGRAMÁTICA

Atenciosamente

Dra. Ângela Maria Tornelli Ribeiro
Secretária Adjunta

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa:			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código:	4. Nível: (So áreas do conhecimento 2 a 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s)		6. Código(s)	7. Fase (Só área temática 3: I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3)			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total:		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: SONIA FRANCISCA MONKEN DE ASSIS			
12. Identidade:		13. CPF: 521.387.477-00	19. Endereço (Rua, nº): Rua Paraguaçu 196 / 131
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: ADM. HOSPITALAR	20. CEP: 05006-010
16. Maior Titulação: MESTRADO		17. Cargo: PROFESSOR	21. Cidade: São Paulo
18. Instituição a que pertence:		23. Fone: 3666.2419	24. Fax:
		25. E-mail: SSMONKEN@VOL.COM	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Acerto as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 02/02/2002			
Assinatura: [Assinatura]			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Sec. Saúde SJC. UBS. JD. SATElite Av. Andromeda		29. Endereço (Rua, nº): 1960	
27. Unidade/Órgão: Unidade Básica de Saúde		30. CEP: 12230-000	31. Cidade: SJC
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone: 0xx12-39310391	32. UF: SP
		34. Fax:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: ANGELA MARIA TORNELLI RIBEIRO Cargo: DIRETORA DEPTO POLITICAS DE SAUDE Data: 04/02/2002			
Assinatura: [Assinatura] Dra. Angela Maria Torrelli Ribeiro Diretora do Depto de Políticas de Saúde			
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
		42. UF:	
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada:		46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ()
			48. Não Aprovado ()
		Data: / /	Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:			
Encaminho a CONEP:		53. Coordenador:	Anexar o parecer consubstanciado
50. Os dados acima para registro ()			
51. O projeto para apreciação ()			
52. Data: / /		Assinatura:	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente		55. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:
55. Processo:			
58. Observações:			