

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UMA REDE DE
SERVIÇOS NA CIDADE DE SÃO PAULO:
A REDE SUS NA MICRORREGIÃO DO M'BOI MIRIM**

ANDREA CRISTINA MICCHELUCCI MALANGA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de mestre em Administração.

**SÃO PAULO
2011**

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

ANDREA CRISTINA MICCHELUCCI MALANGA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UMA REDE DE
SERVIÇOS NA CIDADE DE SÃO PAULO:
A REDE SUS NA MICRORREGIÃO DO M'BOI MIRIM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Suzana Bierrenbach de Souza Santos.

Área de Concentração: Estratégia e seus Formatos Organizacionais.

Projeto de Pesquisa: Gestão em Redes de Negócios.

**SÃO PAULO
2011**

Malanga, Andréa Cristina Micchelucci.

Avaliação da qualidade em uma rede de serviços na cidade de São Paulo: a rede SUS na microrregião do M'Boi Mirim. / Andréa Cristina Micchelucci Malanga. – São Paulo, 2011.

81 f. : il. + CD-ROM

Dissertação (mestrado) – Apresentada ao Instituto de Ciências Sociais e Comunicação da Universidade Paulista, São Paulo, 2011.

Área de Concentração: Estratégias e seus formatos organizacionais

"Orientação: Prof^a. Dr^a. Suzana Bierrenbach de Souza Santos"

1. Rede de serviços. 2. Avaliação da qualidade. 3. SUS. I. Santos, Suzana Bierrenbach de Souza. II. Título.

ANDREA CRISTINA MICCHELUCCI MALANGA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UMA REDE DE SERVIÇOS NA CIDADE DE
SÃO PAULO:
A REDE SUS NA MICRORREGIÃO DO M'BOI MIRIM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de mestre em Administração.

Data de aprovação: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Suzana Bierrenbach de Souza Santos
Universidade Paulista - UNIP

Prof. Dr. Ademir Antonio Ferreira
Universidade Paulista - UNIP

Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes
Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP

DEDICATÓRIA

Ao Marcus e a Mariah, com todo o meu amor e carinho, por todo o apoio e paciência que tanto contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À minha família.

À minha orientadora.

Aos Professores que participaram da avaliação desta dissertação.

Aos demais professores, colegas e funcionários da UNIP - Universidade Paulista.

Aos colegas da Faculdade de Saúde Pública, em especial Marisa Klemenc.

Ao Dr. Fernando Proença de Gouvêa, Dra. Elizabeth de Oliveira Braga e Sra. Floriza de Jesus Mendes do CEJAM.

A equipe do AE Ibirapuera pela dedicação, seriedade e compromisso com a saúde pública.

Ao Professor Dr. Oswaldo Tanaka, ao Professor Dr. Paulo Fortes e à Professora Dra. Danielle Pompei Sacardo pelos ensinamentos adquiridos na FSP-USP.

Aos Professores Doutores Marcius Fabius Henriques de Carvalho e Aquilas Nogueira Mendes pelas contribuições a este trabalho por ocasião da banca de qualificação.

Ao Programa PROSUP pelo subsídio à minha pesquisa.

RESUMO

O SUS, ao longo das últimas décadas, vem se aperfeiçoando na busca da qualidade dos serviços da sua rede na cidade de São Paulo, associando a prevenção e a cura de doenças à resolutividade. O modelo do SUS, implantado após a Constituição Federal de 1988, conta com rede integrada, composta por três níveis de governo: Ministério, Secretaria Estadual e Municípios. O modelo SUS, na cidade de São Paulo, prevê hierarquia de atendimento da atenção básica à alta complexidade, composta por Unidades Básicas da Saúde (UBSs); Assistência Médica Ambulatorial (AMA); Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA E) ou Ambulatório de Especialidades (AE); Hospitais e Laboratórios (exames laboratoriais e de imagens diagnósticas). Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados pela rede SUS, na Microrregião do M'Boi Mirim, localizada na Zona Sul da Cidade de São Paulo, sob a ótica da satisfação das usuárias, em relação aos serviços prestados às gestantes de alto risco. O resultado da pesquisa visa contribuir para o conhecimento do nível de satisfação das usuárias e identificar possíveis problemas que devem ser sanados para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela rede. O conhecimento gerado por esta pesquisa possibilitará captar aspectos importantes sob a percepção destas usuárias dos serviços quanto à qualidade do modelo SUS, na cidade de São Paulo, em cada uma de suas unidades e na rede regional.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde (SUS), Rede de Serviços, Satisfação do Usuário, Avaliação da Qualidade.

ABSTRACT

The Brazilian National Health System, over the past decades has been improving management in the Health Network System in order to provide quality services. The Brazilian Public Health Model (SUS), implemented after 1988, involves an integrated network composed by General Practitioners or Gatekeepers (UBS), Ambulatory Care (AMA E or AE), Hospitals and Laboratories. This research aims to evaluate the quality of high risk prenatal services provided by SUS in São Paulo, by the perspective of patient satisfaction. The result of the research, propose to contribute to the knowledge level of satisfaction of users and identify potential problems that must be solved to improve the quality of services provided by the network. The knowledge generated by this research will also capture important aspects in the perception of quality by these patients not only in the each of its units but in the regional network as a whole.

Key Words: Brazilian National Health System (SUS), Networks, Customer Satisfaction, Quality Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede e seus elementos.....	19
Figura 2 – Modelo “GAP” de Qualidade de Serviços	31
Figura 3 - A Interface entre a Rede SUS da microrregião do M’Boi Mirim e o Ambiente Externo.....	42
Figura 4 – Mapa da Rede SUS – Microrregião M’Boi Mirim.....	42
Figura 5 – Rede SUS no Programa “Mãe Paulistana”, segundo o grau de complexidade dos serviços prestados.....	44
Figura 6 - Modelo de Avaliação da Qualidade sob a Ótica das Puérperas de Alto Risco.	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de Resolubilidade com relação ao número de solicitações de vagas do Programa Mãe Paulistana.....	51
Tabela 2 - Solicitações de vagas feitas à Central de Regulação em junho de 2006, conforme Região.....	52
Tabela 3 - Avaliação da Qualidade dos Serviços prestados pela Rede SUS na Microrregião do M'Boi Mirim.....	66
Tabela 4 – Base Amostral em relação ao número total de puérperas de alto risco atendidas pelo SUS na microrregião do M'Boi Mirim – Nov/2010 a Abr/2011.....	77
Tabela 5 - Perfil Etário da Amostra	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modalidades de Integração de Redes de Saúde	26
Quadro 2 - Dimensões para Avaliação de Qualidade percebida pelo cliente, de acordo com Parasuraman <i>et al.</i> (1985).....	33
Quadro 3 - Síntese dos Modelos de Avaliação de Qualidade em Serviços.....	35
Quadro 4 - Grupos de Variáveis por Dimensão de Qualidade e Unidades da Rede SUS.....	53
Quadro 5: Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas UBSs, conforme dimensões propostas por Parasuraman <i>et al.</i> (1988).....	57
Quadro 6: Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo AMA Especialidade, conforme as dimensões propostas por Parasuraman <i>et al.</i> (1988).	60
Quadro 7: Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Hospitais, conforme as dimensões propostas por Parasuraman <i>et al.</i> (1988).....	63
Quadro 8: Avaliação dos procedimentos da UBS, AMA E e Hospitais no funcionamento da Rede SUS da Microrregião do M'Boi Mirim.....	65
Quadro 9: Fatores de Risco Associados às Gestantes de Alto-Risco	74
Quadro 10 - Codificação de UBS	75
Quadro 11- Codificação de Hospitais	76

LISTA DE SIGLAS

AE – Ambulatório de Especialidades

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

AMA E – Ambulatório Médico de Especialidades

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Redes de Negócios.....	18
2.1.1 Conceito de Rede	18
2.1.2 Composição das Redes.....	19
2.1.3 Tipologia de Redes.....	20
2.1.4 Vantagens Econômicas da Estruturação em Redes	22
2.1.5 Aliança Estratégica em uma Rede de Negócios.....	23
2.2 Rede de Prestação de Serviços da Saúde	24
2.2.1 Funcionamento da Rede SUS	26
2.3 Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde	27
3. METODOLOGIA DA PESQUISA	38
3.1 Caracterização do Objeto de Estudo e Justificativa	38
3.2 Objetivos.....	39
3.2.1 Objetivo Geral	39
3.2.2 Objetivos Específicos:.....	39
3.3 Hipóteses.....	40
3.4 Métodos e Modelos Metodológicos Adotados	40
3.5 Organização da Pesquisa	43
4. ESTUDO DE CASO: A REDE SUS E O PROGRAMA “MÃE PAULISTANA”.....	48
4.1 A Rede SUS na cidade de São Paulo.....	48
4.2 Dinâmica de Atendimento na Rede SUS	49
4.3 O Programa “Mãe Paulistana”	50
5. RESULTADO DA PESQUISA	53
5.1 Resultado da Análise das UBSs	54
5.2 Resultado da Análise do AMA Especialidades	58
5.3 Resultado da Análise da Qualidade dos Hospitais	61
5.4 Avaliação dos Procedimentos das UBS, da AMA Especialidades e, dos Hospitais no funcionamento da Rede.	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APENDICE	74
I - Fatores de Riscos Associados às Gestantes de Alto Risco	74
II - Relação de UBS da amostra.....	75
III - Relação dos hospitais da amostra.....	76
IV - Amostra.....	77
V – Questionário	78

1. INTRODUÇÃO

A administração da saúde pública sempre foi um desafio para o governo brasileiro. A partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, tornou-se universal o direito da população à saúde. Com isto, a infraestrutura, a gestão e a solução dos problemas relacionados à saúde passaram a ser de responsabilidade do governo, cabendo à população usufruir gratuitamente dos serviços oferecidos. Em oposição às práticas anteriormente adotadas, em que apenas as pessoas com carteira de trabalho registrada faziam jus a esses serviços, as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, adotaram os princípios da equidade, integralidade e da universalidade, estendendo a todos o direito à atenção à saúde na rede de prestação de serviços SUS.

O modelo SUS é um sistema integrado em rede de atendimento, formada por várias unidades interligadas, cada qual com suas tarefas a cumprir, de acordo com o grau de complexidade dos serviços prestados. A universalidade e a equidade do modelo são atingidas no momento em que o mesmo é oferecido a qualquer pessoa da sociedade, independentemente de sua situação econômico-financeira, ou quaisquer outras barreiras que possam porventura existir. A integralidade é obtida com a utilização da rede de referências de Hospitais e outras unidades prestadoras de serviços de saúde, que podem pertencer a União, ao Estado ou Município.

As diretrizes de funcionamento desta rede, especificamente na cidade de São Paulo, a partir da autonomia que lhe permite a Constituição contemplam: a hierarquia de atendimento conforme a complexidade de doenças e; a prestação de serviços públicos que funciona em uma grande rede de atendimento, formada por:

- Agentes Sanitários - responsáveis pela disseminação das informações relacionadas ao funcionamento da rede SUS na sua região de cobertura, divulgando programas de prevenção à saúde, higiene pessoal e saneamento básico;
- Unidades Básicas de Saúde (UBS) – responsáveis pelas atividades de atenção básica e acompanhamento integral dos pacientes, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e tratamento;

- Assistência Médica Ambulatorial (AMA) – que tem como função o pronto atendimento a pacientes portadores de doenças ou agravos de baixa e média complexidades, nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia geral, e ginecologia.
- Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA E) - que atendem usuários agendados pelas Unidades Básicas de Saúde, ou portadores de solicitação médica para consultas nas seguintes especialidades: ortopedia; cardiologia; urologia; vascular; endocrinologia; reumatologia; e neurologia oferecendo exames complementares de apoio diagnóstico.
- Ambulatório de Especialidades (AE) - apresentam as mesmas responsabilidades que a AMA E, no entanto, prestam atendimento especializado em: cardiologia; neurologia; dermatologia; ortopedia geral; cirurgia geral; ginecologia; otorrinolaringologia; oftalmologia; pneumologia; fonoaudiologia; psiquiatria e serviço social. Alguns ambulatórios contam ainda com outras especialidades.
- Hospitais - que atendem casos graves, emergências e realizam procedimentos de alta complexidade;
- Atendimento Laboratorial - que dá suporte aos diagnósticos por meio dos exames necessários;

Vale ressaltar, que o município da cidade de São Paulo, recebe subsídio do Governo (União, Estado e Município) que provê os recursos financeiros para a rede.

Evidentemente, os usuários de uma rede de serviços de saúde são fundamentais, pois sua presença não há prestação de serviços. Segundo Parasuraman *et al.* (1988) a satisfação dos usuários aumenta a confiança na qualidade dos serviços prestados, gerando a fidelização ao sistema de saúde, sendo este público ou privado.

Historicamente, a saúde pública convive com longas esperas por atendimentos, carência dos serviços especializados e, principalmente, com a insatisfação da população. Por isso, é fundamental repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização do serviço, visando o seu

aperfeiçoamento e a satisfação do usuário. De acordo com Benazzi *et al.*(2010), a satisfação do usuário deve ser uma meta a ser avaliada periodicamente.

Antes de pensar em avaliar a qualidade em saúde, Donabedian (1990) propõe uma definição de quais elementos a constituem. Apesar de existirem vários conceitos a respeito de qualidade, parece haver um consenso de que a qualidade neste setor é um conceito complexo e amplo, cujos componentes podem ser agrupados em sete atributos ou pilares fundamentais:

- **Eficácia** que retrata a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.
- **Efetividade** que representa a relação entre o resultado real oferecido ao beneficiário pelo sistema de saúde e o resultado potencial de um “sistema ideal”.
- **Eficiência** que é a habilidade de se obter o melhor resultado ao menor custo, representando a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico.
- **Otimização** que é o balanço mais vantajoso entre custo e benefício, ou seja, é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo, em relação ao seu custo econômico.
- **Aceitabilidade** que é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e de suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade; relacionamento médico–paciente; amenização de sofrimento; preferências e escolha do paciente quanto ao tipo de assistência médica e seus custos.
- **Legitimidade** que é estar adequado as preferências individuais, da comunidade ou da sociedade na qual se insere este serviço, implicando na satisfação e bem estar da coletividade.
- **Equidade** que é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade, de acordo com as suas necessidades.

Resumindo, a qualidade da assistência à saúde deve ser avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões e não

exclusivamente em termos técnicos ou da prática médica, mas por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos no estabelecimento deste juízo de valor.

De Geyndt (1970) desdobra a abordagem de processo em "conteúdo" e "processo" propriamente dito. A primeira corresponderia ao cuidado prestado ao paciente, enquanto que a segunda, envolveria todas as ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Freeborn & Greenlick (1973) agregaram outros componentes às definições de qualidade pela avaliação de estrutura, processo e resultados e elegeram os sistemas de cuidado ambulatorial como objeto de análise. De acordo com os mesmos, a avaliação deve aferir não só a efetividade técnica, mas também o seu componente psicossocial, além da eficiência. Incluíram a acessibilidade e a continuidade do cuidado como elementos do processo. A avaliação da efetividade psicossocial seria dada pela satisfação de usuários e profissionais, aferida em relação a: acessibilidade; qualidade do cuidado; relação interpessoal; e a organização do sistema. A eficiência do sistema seria mensurada por meio da relação entre insumos (*input*) e produtos (*output*), bem como pela relação entre custo e produto.

Doll (1974) considera os atributos de eficácia, eficiência e aceitabilidade como abordagens a serem cruzadas matricialmente com aquelas de processo e resultados, uma vez que considera a estrutura como parte do processo.

De acordo com a literatura, há diferentes formas para a Avaliação da Qualidade de um Sistema de Saúde. A forma mais citada foi proposta por Donabedian (1980) na qual é sugerida a utilização da combinação de estrutura, processo e resultados. A estrutura corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o "processo" envolveria um conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde do paciente, em comparação ao seu estado prévio.

O Ministério da Saúde do Brasil utiliza as dimensões de avaliação da qualidade dos serviços de saúde propostas por Donabedian (1980), no Programa de

Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família na atenção básica.

Parasuraman *et al.* (1985,1988,1991) definem que a qualidade de um serviço é mensurada levando-se em consideração o quanto o serviço atende ou excede às expectativas do cliente ou usuário.

No Brasil, a Fundação Fio Cruz, estabeleceu a matriz de dimensões da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), composta por:

- **Efetividade** relacionada ao grau com que a assistência, serviço e ações atingem os resultados esperados.
- **Acesso** que é a capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo.
- **Eficiência** na relação entre o produto da intervenção da saúde e os recursos utilizados.
- **Respeito ao direito das pessoas** que se resume na capacidade do Sistema de Saúde assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.
- **Aceitabilidade** que é o grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores, e expectativas dos usuários e da população.
- **Continuidade** que é a capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada.
- **Adequação** referente ao grau com que os cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.
- **Segurança** na capacidade do Sistema de Saúde identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

O sentido fundamental ao se teorizar a avaliação dos serviços de saúde é, sobretudo, buscar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços (ESPERIDIÃO, 2006).

O conceito de qualidade na gestão administrativa em instituições hospitalares evoluiu para a inclusão da satisfação do paciente. A eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiverem a serviço de uma melhor e mais humanizada atenção ao paciente.

A satisfação do usuário é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção (VUORI, 1987). Os estudos de Parasuraman *et al.* (1988) e Cronin e Taylor (1992; 1994), comprovaram uma forte relação entre satisfação de usuário e qualidade de serviços. Na avaliação da qualidade de um serviço, o conhecimento de aspectos positivos e negativos possibilita separar os aspectos que estão sendo assertivos dos que necessitam de aprimoramento.

Assim, esta pesquisa se propõe a avaliar a qualidade dos serviços prestados pela rede SUS, na Microrregião do M'Boi Mirim, localizada na Zona Sul da Cidade de São Paulo, sobre a ótica da satisfação das usuárias, em relação aos serviços prestados às gestantes de alto risco.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo abrange dois tópicos. O primeiro relacionado à questão de redes de negócios, envolvendo os principais aspectos teóricos e os associados a redes de prestação de serviços. O segundo referente à avaliação da qualidade de serviços, sob a ótica da satisfação de seus usuários.

2.1 Redes de Negócios

Este tópico é composto por cinco sub tópicos envolvendo: o conceito de rede; sua composição; tipologia; vantagens econômicas da estruturação de negócios em rede; finalizando com uma breve abordagem sobre alianças estratégicas.

2.1.1 Conceito de Rede

As redes são caracterizadas por Cook e Whitmeyer (1992) como relações entre atores sociais, ou seja, um grupo de atores ligados por um ou diversos tipos de relacionamentos, que configuram uma estrutura social ou de redes.

Rede é um agrupamento com ampla capacidade de regulamentar complexas transações de interdependência e cooperação entre firmas (GRANDORI e SODA, 1995).

Miles e Snow (1986) definem rede como uma combinação única de estratégia, estrutura e processo de gestão. Thorelli (1986) define rede como duas ou mais empresas, as quais por meio da intensidade de sua interação constituem um subconjunto de um (ou vários) mercado (s). Segundo este mesmo autor, as empresas são os atores, a intensidade de interação entre os atores são as ligações e os nós são pontos de conexão da rede que podem ser as próprias empresas que se conectam aos outros atores. Toda esta dinâmica de funcionamento, auxilia no aumento da eficiência da empresa individualmente e no grupo das mesmas como um todo.

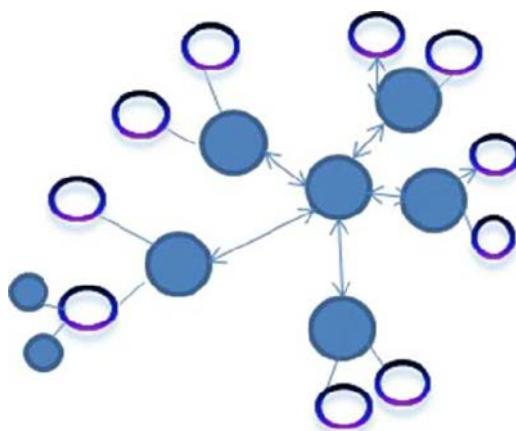
Ebers e Jarillo (1998) descrevem as redes como sendo acordos de longo prazo, realizados com propósito claro, que lhes permitem estabelecer ou sustentar benefícios ou vantagens frente às empresas que se encontram fora da rede.

2.1.2 Composição das Redes

A rede pode não ser homogênea, pois depende de como os elementos que a compõem se apresentam. Os elementos conectam-se a uma ou mais redes, sem um ordenamento por tipos de ligações, posicionamentos ou fluxos e, ainda, em tamanhos diferentes. As redes são, portanto, multivariadas por causa das complexidades conceituais; de composições morfológicas; heterogeneidade de características e multiplicidade de posições, nós, fluxos e ligações que a compõem.

Dhanaraj e Parkhe (2006), em seus estudos a respeito de redes multivariadas, afirmaram que uma unidade da rede (nó ou ator) em posicionamento isolado não propicia nenhum benefício à rede, exceto pelo fato de ligar fluxos e processos de um ponto a outro da rede.

Figura 1 - Rede e seus elementos.



Fonte: a autora, adaptado de Brito (2002)

As redes são compostas por quatro elementos, conforme definição de Brito (2002):

- Nós – representados por empresa ou atividade entre empresas. Na figura 1, os nós são representados pelos pontos (esferas com preenchimento). O nó pode ser um ator, uma empresa ou uma unidade de negócios.
- Posições – a posição de um ator na rede é compreendida pelo conjunto de relações estabelecidas com os outros atores da rede. As diferentes cores dos atores da figura 1 mostram as distintas posições estruturais ocupadas pelos atores da rede.

- **Ligações** - as ligações ou conexões de uma rede são compreendidas na figura 1 pelos traços entre os atores. Os diferentes tipos de ligações (linhas ou setas) demonstram diferenças nos tipos de intensidade de relacionamento entre os atores.
- **Fluxos** – por meio das ligações entre os atores da rede fluem conhecimentos, recursos, bens, serviços, contatos e outras variáveis.

Ainda segundo Brito (2002), a estrutura da rede é definida pela forma como os elementos que a compõem se apresentam em sua dinâmica de funcionamento. Para fins de análise da estrutura de uma rede é necessária a avaliação de fluxos tangíveis (insumos e produtos) e intangíveis (conhecimento e informações).

O autor destaca, ainda, duas perspectivas na caracterização morfológica de uma rede. A primeira tem os atores ou nós como unidade básica de análise, e a segunda considera as atividades como os pontos focais do arranjo. A posição define a localização do ator na estrutura da rede, diretamente associada à divisão de trabalho entre os diferentes agentes. As ligações, conexões, determinam o grau de proximidade dos membros da rede.

Para fins desta pesquisa, utilizamos o conceito de redes como unidades formadas pela estratégia de um grupo de pessoas, empresas com interesses sociais ou econômicos que, apoiados pela interdependência, cooperação, colaboração e confiança, visam à sobrevivência futura com desempenho melhor no campo do conhecimento, em seus aspectos produtivos e comportamentais.

2.1.3 Tipologia de Redes

Vários autores estudaram redes, buscando definições quanto às suas formas de estruturação, também denominada tipologia ou classificação. Alguns estudos centraram a análise sob a ótica da origem de redes impulsionadas por aspectos econômicos (CASAROTTO & PIRES, 1999; WOOD JR e ZUFFO, 1998; CORREA, 1999; VERRI, 2000; PORTER, 1998; BREMER, 1996; GOLDMAN; NAGEL E PREISS, 1995; HOFFMAN, MOLINA-MORALES E MARTINEZ-FERNANDES, 2004, NOHRIA e ECLES, 1992); outros estudos detiveram-se em aspectos sociais (GRANDORI e SODA, 1995; KANTER, 1990; CASTELLS, 1999; TICHY *et al*, 1979).

Balestrin e Vargas (2004) classificaram redes da seguinte forma:

- **Redes verticais** – caracterizadas por uma estrutura hierárquica, na qual um ator detém definições, comando e controle sobre os demais participantes. Essa modalidade de estrutura apresenta a centralização do poder em um ator, cabendo aos demais apenas seguir e cumprir as determinações do ator central, sem autonomia operacional e administrativa. Os conglomerados de empresas que apresentam a estrutura matriz e filiais são característicos das redes verticais, cabendo à matriz definir estratégias, regras e procedimentos seguidos pelas filiais.
- **Redes horizontais** – apresentam-se como rede de empresas na qual cada ator mantém independência ou individualidade; no entanto, desenvolvem atividades conjuntas por meio da colaboração, cooperação e outras atividades complementares, proporcionando ganhos individuais e coletivos. Associações profissionais, alianças estratégicas e consórcios são exemplos de redes horizontais.
- **Redes informais** – conjuntos de atores reunidos em busca de trocas de informações a respeito de assuntos de interesse comum. Os atores são de diversas naturezas (empresas, organizações profissionais, instituições, universidades, associações), e a partir dos encontros que acontecem sem qualquer tipo de formalidade (contratual), trocam experiências e informações, cooperando-se mutuamente.
- **Redes formais** – abrangem atores que trocam informações, conhecimentos, atividades operacionais e administrativas, por meio de obrigação documentada em contrato, estabelecendo responsabilidades e atividades de cada participante.

Inkpen e Tsang (2005) definiram uma tipologia de redes baseada em três modelos:

- **Redes entre corporações** – consiste em um grupo de empresas que operam sob a forma de conglomerado, sendo que uma unidade representa a matriz do grupo, que controla as demais empresas. Nesse tipo de rede há clara estrutura hierárquica de poder definida, em que os

sócios estabelecem, controlam e monitoram as decisões em todas as empresas subsidiárias da rede.

- **Aliança Estratégica** – abrange um grupo de empresas que voluntariamente participam de arranjo envolvendo parcerias, trocas, produção compartilhada de produtos, serviços ou tecnologias. As alianças são formadas por empresas com a mesma posição na rede, produzindo produtos parecidos ou de mesma natureza e competindo no mesmo mercado geográfico, ou em posições diferentes. No último caso, é comum as empresas fazerem múltiplas alianças com grande número de parceiros, fenômeno conhecido como “Aliança em Redes” (KOKA e PRESCOTT, 2002), bastante usual em Redes de Saúde.
- **Distritos Industriais** – refere-se a uma rede composta por empresas independentes, operando no mesmo segmento de mercado e localizada na mesma região geográfica. Dentre os benefícios gerados por essa rede destacam-se a economia de escala e economia de escopo, originadas pela aglomeração das empresas participantes.

2.1.4 Vantagens Econômicas da Estruturação em Redes

O cenário econômico impulsionado por diversos interesses sociais, pessoais e políticos, dentre outros, pressiona as organizações a buscar constantemente a redução de custos e o aumento de benefícios ou da lucratividade financeira nas atividades produtivas.

Gulati, Nohria e Zaheer (2000) afirmam que uma rede estrategicamente responde às demandas do cenário econômico, apresentando-se como solução para o problema.

Os aspectos econômicos e sociais de uma rede, representados por ganhos de escala e, ganhos de escopo influenciam diretamente o seu funcionamento e propiciam redução de custos ao(s) ator(es) (GRANDORI e SODA, 1995).

Segundo Oliver e Ebers (1998), a complementariedade de recursos é o principal fator na análise de um processo de redução de custos transacionais.

Porém, a falta de confiança, decorrente de comportamento oportunista por parte de alguns atores da rede, contribui para a geração de custos de transações.

A estratégia de formação de uma estrutura em redes depende das necessidades e objetivos econômicos de cada ator, mas sempre estará ligada à vantagem competitiva e/ou aos possíveis benefícios esperados dessa rede.

2.1.5 Aliança Estratégica em uma Rede de Negócios

A aliança estratégica é um grupo de organizações que voluntariamente formam um arranjo envolvendo colaboração, cooperação, melhorias de fluxos, processos, tecnologias, produtos ou serviços (GULATI, 1998).

As alianças estratégicas surgiram nas décadas de 1980 e 1990 devido à necessidade de mudanças impulsionadas pela globalização, pela tecnologia, pelo cenário econômico, em virtude principalmente das fusões e aquisições (INKPEN e TSANG, 2005). A aliança estratégica pode ser definida como um arranjo cooperativo de longo prazo, onde duas ou mais instituições independentes se engajam em um determinado negócio ou serviço, proporcionando ganhos econômicos (TSANG, 1999) e vantagens competitivas, vis-a-vis empresas de fora da aliança (EBERS E JARILLO, 1998).

Há uma complexidade de caracterizações que envolvem as alianças estratégicas. Neste sentido, as Instituições envolvidas em uma aliança estratégica, apresentam diferentes posições em uma cadeia de valores, e também terão ligações com uma multiplicidade de alianças, sendo aí denominadas “Aliança em Rede” (KOKA e PRESCOTT, 2002).

Inkpen (2001) define três características elementares das alianças estratégicas:

- Os parceiros se mantêm independentes após a formação da aliança;
- As alianças possuem a característica de interdependência mútua e uma parte é vulnerável à outra;
- Uma vez que os parceiros permanecem independentes, há incerteza quanto àquilo que uma parte espera da outra.

O mesmo autor revela que o desempenho em uma aliança é muito difícil de ser avaliado; no entanto, há a possibilidade de mensuração do mesmo a partir da criação de valor para cada um dos participantes.

A aliança estratégica, segundo Inkpen (2001), propicia aos parceiros grande aprendizado em decorrência da possibilidade de compartilhamento e acesso às competências e conhecimentos dos participantes. A colaboração entre parceiros, especificamente quanto aos acessos mútuos e às capacidades independentes, possibilita explorar a troca de conhecimentos, elevando a qualidade dos produtos ou serviços produzidos.

São diversos os ganhos com a transferência de conhecimento em uma rede composta por alianças estratégicas. Primeiramente, as firmas podem adquirir conhecimento a ser aplicado na modelagem e gerenciamento de outras alianças, como, por exemplo, experiências relacionadas ao trabalho compartilhado. Em segundo lugar, as firmas podem adquirir conhecimento com os parceiros que dão subsídios ao controle gerencial das ações que envolvem colaboração dos participantes da rede. Como terceiro ponto, as empresas aprendem quando os parceiros juntam seus interesses em busca de novo negócio, ou desenvolvem novas capacidades. Finalmente, as empresas ganham conhecimento com as alianças estratégicas a partir de acesso a técnicas e competências de outros parceiros.

Em consequência dos ganhos expostos, as alianças estratégicas proporcionam oportunidades de ganhos relacionados ao conhecimento para uma empresa participante individualmente e para o grupo, além de novas técnicas operativas e de conhecimento de mercado.

Há algumas modalidades de alianças que impõem limitação técnica na troca de conhecimento em função da complexidade ou da natureza da operação e/ou de seus participantes. Apesar disso, entretanto, não deixam de ser estratégicas por estarem envolvidas em uma mesma atividade de negócio ou serviços, conforme definição de Tsang (1999).

2.2 Rede de Prestação de Serviços da Saúde

De acordo com Shortell *et al.* (1993), os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde são redes de organizações que prestam serviços de forma

contínua a uma população definida e se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem.

Esses autores, em 1996, formam um grupo pioneiro de pesquisa sobre redes de atenção à saúde nos Estados Unidos. Segundo eles, os *sistemas integrados de prestação de serviços de saúde* caracterizam-se por apresentar:

- Foco nas necessidades de saúde da população;
- Coordenação e integração da Atenção à Saúde de forma contínua;
- Sistemas de informação que interligam consumidores, prestadores e usuários de serviços cotidianamente;
- Informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários;
- Uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde, de modo a alcançar os objetivos propostos;
- Contínua melhoria dos serviços prestados.

Segundo Kongstvedt e Gates (2001), há grande variedade de modelos de Rede Integradas de Serviços da Saúde, envolvendo a integração dos:

- Profissionais de saúde;
- Profissionais e estabelecimentos de saúde;
- Profissionais, estabelecimentos e seguradoras de saúde.

Montenegro (2003) define *redes de serviços da saúde*, como o funcionamento de unidades prestadoras de serviços com as seguintes características: natureza específica; organização hierárquica segundo níveis de complexidade; localização geográfica conhecida; coordenação única; normas operacionais; sistemas de informações e de uso de recursos logísticos compartilhados e propósito comum.

A OPAS (2010) define *redes integradas de saúde* como a gestão de serviços de saúde prestada à população de forma contínua e preventiva, envolvendo tratamento, diagnóstico, acompanhamento de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos, por meio de diferentes níveis e locais de atendimento, durante o decurso de sua vida.

As redes de saúde se organizam a partir de integração de agentes ou atores públicos (municipais, estaduais e federais) e privados (especialmente formada por

laboratórios e hospitais). Conforme a OPAS (2010), não há necessidade de os serviços que compõem a rede serem de propriedade única, podendo os serviços complementares ser formalizados por meio de alianças estratégicas, também denominadas integração virtual.

Segundo a OPAS, em 2010, as redes integram-se de forma horizontal, vertical, real ou virtual. No Quadro 1 abaixo, mencionam-se tipo de modalidade de integração; conceito de integração; e citação de exemplos associados à modalidade.

Quadro 1 - Modalidades de Integração de Redes de Saúde

Modalidade de Integração	Conceito	Exemplo
Horizontal	Coordenação centralizada de uma mesma função, atividade ou unidades operacionais que estão na mesma fase do processo produtivo.	Fusões, consolidações de serviços, serviços compartilhados de mesmo nível de atenção.
Vertical	Coordenação das funções, atividades e unidades operacionais que estão em fases distintas do processo produtivo do serviço.	Vínculos de hospitais com grupos médicos, centros cirúrgicos, ambulatórios e centros de saúde de determinado lugar.
Real	Controle e propriedade direta de todas as partes do sistema (ativos).	
Virtual	Relacionamento e não propriedade dos ativos, como meio de colaboração dentro dos componentes de um sistema.	Alianças Estratégicas, franquias.

Fonte: adaptado pela autora. OPAS (2010), p.30, *apud Shortell et al. (1993)*.

2.2.1 Funcionamento da Rede SUS

Este tópico tem por objetivo abordar o funcionamento da Rede SUS, desde o primeiro contato do paciente e o caminho por ele percorrido até a finalização do atendimento.

Mendes (2005; 2009) define o SUS como “Rede” que funciona de forma fragmentada, ou seja, sem a ligação dos atores envolvidos. No entanto, caminha para um modelo integrado de acordo com o grau de complexidade da doença.

O funcionamento da rede de forma integrada tende a possibilitar o desenvolvimento de mecanismos de coordenação de ações, por todos os níveis dos serviços, incluindo os sistemas de referências e contrarreferências de serviços.

Os sistemas de referências e contrarreferências correspondem a definições de locais de atendimento, decidido por uma instância de governo (União,

Estado e Municípios), que possibilita que cidades menos assistidas pelos serviços da saúde utilizem outras redes, complementando os serviços de modo a permitir a continuidade do tratamento. As referências e contrarreferências criam caminhos diferentes a serem percorridos pelos pacientes nas redes de saúde pública da sua região.

A integração em todos os níveis requer sistemas de informação que possibilitem planejamento, monitoramento e avaliações de desempenho. A rede também deve contar com diagnósticos, tratamentos e reabilitações (OPAS/OMS, 2007).

2.3 Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde

Lee e Jones (1933, p.6) definem qualidade como *uma questão de julgamentos com relação a alguns aspectos, propriedades, ingredientes ou dimensões de um processo denominado serviço de saúde*. Donabedian (2005, p.692), conceitua qualidade como reflexão de valores e objetivos de um sistema de saúde, do qual grande parte da sociedade participa.

Há vários estudos que tratam dos elementos que compõem a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Sheps (1955) dividiu a avaliação da qualidade hospitalar em:

- Exame dos pré-requisitos de assistência adequada;
- Indexação de elementos de desempenho;
- Indexação dos efeitos proporcionados;
- Avaliação da qualidade clínica.

Dror (1968) baseou sua formulação da qualidade do serviço de saúde em cinco aspectos:

- **Input**, compreendendo mão de obra qualificada e tempo de serviços adequado; conhecimento técnico; equipamentos; disposição e energia na execução da atividade;
- **Estrutura**, contemplando a forma de organização dos inputs;
- **Processos**, envolvendo a elaboração de políticas e regras;

- **Resultado Nominal**, relacionando o gerenciamento da doença, exames realizados e o tratamento propriamente dito;
- **Resultado Real**, evidenciado pela melhoria da situação do paciente.

De Geyndt (1970) definiu quatro pré-requisitos da avaliação da qualidade hospitalar:

- **Estrutura**;
- **Conteúdo**, expresso por meio da aferição da:
 - Supervisão preventiva da saúde;
 - Promoção social e física;
 - Diagnóstico precoce;
 - Tratamento de doenças;
 - Reabilitação física e social e respectivos processos.
- **Resultados**, envolvendo a mudança na saúde física do indivíduo;
- **Impactos**, observando aspectos relacionados à inclusão social.

Freeborn e Greenlick (1973) definiram uma tipologia de avaliação de desempenho em ambulatórios médicos, envolvendo:

- **Avaliação da Efetividade**, incluindo:
 - Efetividade Técnica - compreendendo estrutura, processo e resultado técnico;
 - Efetividade Psicossocial - abrangendo a satisfação do paciente e a do provedor do serviço, levando em consideração atitudes e observações sobre o comportamento dos atores.
- **Avaliação da Eficiência**, abrangendo:
 - Relação entre o estado de saúde do paciente, na entrada e na saída do estabelecimento de saúde;
 - Relação custo/benefício.

Donabedian (1980) propõe que a avaliação da qualidade do serviço de saúde seja feita utilizando três aspectos:

- **Estrutura**, envolvendo organização administrativa; características das instalações e da equipe médica disponível; adequação às normas vigentes; preparação e experiência dos profissionais empregados;
- **Processo**, abrangendo análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde e adoção de protocolos no atendimento;
- **Resultado**, compreendendo capacidade física e estado funcional do paciente; impacto das doenças na saúde do indivíduo e percepção pessoal da qualidade da saúde.

Quanto ao último aspecto levantado, o autor enfatiza que alguns resultados geralmente são desprezados, porém fáceis de serem mensurados, como a morte do paciente em casos terminais. Outros são mais complexos, como satisfação dos pacientes, reinserção social e reabilitação física (DONABEDIAN, 2005).

Em 2005, Donabedian amplia o conceito de avaliação de qualidade de saúde focando o estudo da satisfação do paciente como o objetivo mais importante da avaliação da qualidade da atenção à saúde. Apesar de não poder ser considerado indicador direto ou indireto, mas apenas aproximado da qualidade da atenção ao serviço prestado em saúde. Esse autor inclui ainda a satisfação dos profissionais de saúde como importante dimensão para avaliação global da qualidade em saúde.

2.4 Avaliação da Satisfação do Cliente com a Prestação de Serviços.

Oliver (1980) aplicou pesquisa de satisfação ao Programa Federal Americano de Prevenção à Gripe. A amostra contou com a devolução de 3.000 (três mil) questionários, avaliando o programa antes do procedimento de vacinação e após a aplicação das vacinas. O autor concluiu que a satisfação dos usuários estava diretamente relacionada à diferença entre as expectativas e a percepção após a utilização do serviço.

Ainda segundo Oliver (1980), o cliente faz pré-julgamento do produto ou serviço, formando um padrão em relação ao qual a avaliação real é feita. A satisfação, segundo o autor, é conceituada como padrão formado por expectativas e modificada pela qualidade perceptível por meio do consumo do produto ou serviço.

Nesse modelo, as expectativas são metas a serem atingidas e a confirmação ou não dessas expectativas altera a satisfação resultante.

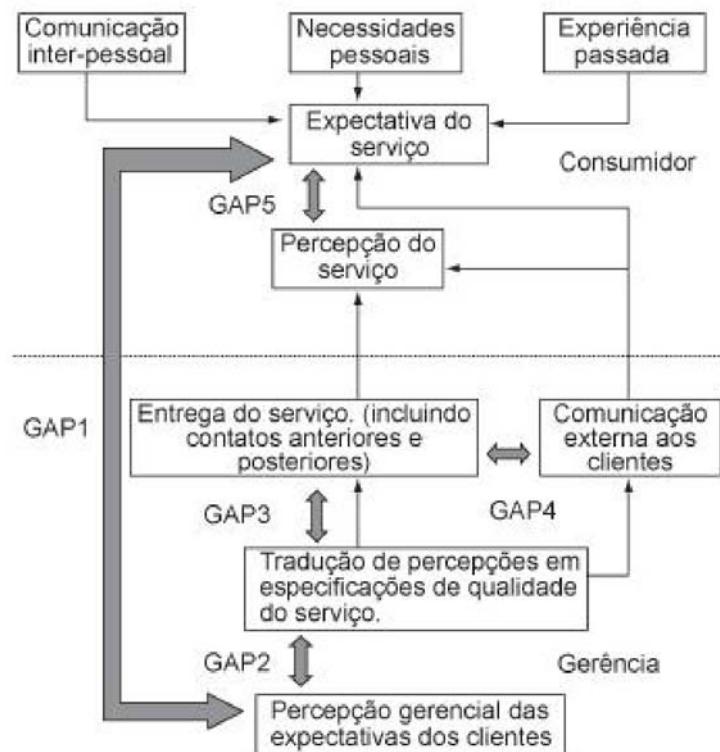
Grönroos (1984) e Oliver (1980), definem que a qualidade percebida é resultante da diferença entre a expectativa do cliente e o seu julgamento sobre o desempenho do serviço, acrescentando a análise de uma série de características, incluindo o local e os seus recursos disponíveis durante o consumo. O modelo de Grönroos (1984) apresentou um percentual para cada uma das questões aplicadas, norteando diversos trabalhos subsequentes.

A pesquisa de Grönroos (1984) foi aplicada por questionários a executivos suecos no setor serviços, envolvendo os seguintes segmentos: bancário; securitário; hospedagem e alimentação; aéreo (companhias); manutenção e limpeza; locação de veículos e turismo (agências). As variáveis adotadas nessa pesquisa envolveram várias questões como contato diário com os clientes; imagem corporativa; cortesia e comunicação com o cliente; entendimento das necessidades dos clientes. O resultado de sua pesquisa norteou os demais pesquisadores na definição das dimensões de qualidade (MIGUEL e SALOMI, 2004).

2.4.1 Avaliação da Satisfação do Cliente com a Prestação de Serviços

De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), em geral a qualidade de um serviço é definida quanto o serviço atende ou excede as expectativas do cliente ou usuário. Em 1996, os mesmos autores sugeriram a utilização do Modelo de Avaliação da Satisfação do cliente em relação à qualidade dos serviços, **ServQual**, para adaptar os serviços oferecidos de modo a atender àquilo que o cliente deseja. Os próprios autores reconhecem a dificuldade na parametrização de modelos para mensuração de serviços, por causa do fato da qualidade em serviços representar questão abstrata, intangível, inseparável do produto e heterogênea. Os autores estabeleceram um modelo baseado no entendimento de cinco *GAPs* (diferença entre a percepção e a expectativa dos clientes) que mensuram a qualidade dos serviços, conforme figura 2.

Figura 2 – Modelo “GAP” de Qualidade de Serviços



Fonte: Parasuraman *et al.* (1985).

O primeiro *GAP* analisa a diferença entre a percepção dos gerentes ou executivos sobre as expectativas que os usuários devem ter em relação às expectativas reais dos usuários. O segundo *GAP* resulta do entendimento da diferença entre a percepção dos executivos em relação às expectativas dos consumidores e a sua tradução do que seria uma expectativa de um serviço de qualidade. O terceiro *GAP*, também avaliado pelos executivos, resulta da diferença entre a especificação da qualidade do serviço esperada e o serviço efetivamente entregue ao consumidor. No quarto *GAP*, os executivos apontam as diferenças existentes entre o que foi prometido (comunicado) aos consumidores e o serviço efetivamente realizado. O consumidor terá uma expectativa dos serviços e uma percepção em relação ao que foi efetivamente entregue a ele. Assim, no quinto *GAP* é mensurada pelo consumidor a diferença entre a expectativa de qualidade de serviço e a percepção a respeito deste.

Portanto, dos cinco *GAP*'s propostos por Parasuraman *et al.* (1985), apenas o último apresenta uma avaliação entre expectativas e percepções dos usuários, enquanto nos demais, a avaliação é feita pelos gerentes ou executivos da empresa.

Parasuraman *et al.* (1985) definiram dez categorias que devem ser aplicadas na avaliação da satisfação dos clientes com a prestação de serviços. Essas dimensões são apresentadas, com suas definições e componentes no Quadro 2.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) aplicaram o Modelo "SERVQUAL" para medir o quinto *GAP*, em quatro tipos de empresas ligadas ao comércio varejista de alimentos, operadoras de cartões de crédito, operadores de Bolsa, e firmas de reparos e manutenção. Os autores delinearam nesse estudo os quesitos que contribuem para a formação de expectativas e percepções da qualidade dos serviços em geral, os quais se referem a confiança; responsabilidade; competência; acesso; cordialidade; comunicação; credibilidade; segurança; entendimento ou conhecimento a respeito do cliente, e demais aspectos tangíveis.

Carman (1990) utilizou a ferramenta ServQual, enfatizando a concentração das dimensões de percepção da satisfação do usuário no tocante à avaliação de qualidade proposta por Parasuraman et al (1988) em três tipos de serviços: loja de pneus; clínica odontológica; e centro comercial varejista. Nas pesquisas aplicadas, o autor observou que as dimensões da percepção da qualidade não variam para as categorias de confiança e segurança.

Quadro 2 - Dimensões para Avaliação de Qualidade percebida pelo cliente, de acordo com Parasuraman et al. (1985).

Dimensões	Definição	Componentes
Acesso	Implica proximidade e facilidade do contato.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidade de acesso ao serviço por causa da proximidade, ou pelos meios de comunicação existentes; • Tempo de espera para o recebimento do serviço; • Tempo adequado para operacionalização do serviço; • Localização conveniente da empresa prestadora do serviço.
Competência	Habilidades e conhecimentos dos funcionários necessários à prestação dos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades e conhecimentos do pessoal envolvido em cada fase da prestação do serviço; • Capacidade de organização da empresa.
Compreender e conhecer o cliente	Entender as necessidades do cliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a partir das demandas específicas do cliente; • Proporcionar atenção individualizada; • Reconhecer o cliente que mantém contato regular ou contínuo.
Comunicação	Informar os clientes em linguagem adequada para que possam compreender, e em tom audível.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação do serviço que será realizado; • Informação quanto ao custo do serviço; • Explicação dos benefícios e consequências decorrentes do serviço; • Garantia de que o problema do cliente será tratado ou cuidado.
Confiança	Habilidade do prestador de serviço entregar conforme o prometido. Representa a assertividade na execução do serviço desde a primeira vez.	<ul style="list-style-type: none"> • Cobrança correta; • Manutenção e guarda de informações pessoais de forma confiável; • Desempenho de serviço no prazo determinado.
Cortesia	Educação; respeito; consideração e cordialidade no contato pessoal com o cliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento humanizado; • Consideração em relação aos pertences do cliente; • Aparência limpa e arrumada do pessoal de contato com o público.
Credibilidade	Conquista da confiança do cliente com base na honestidade da empresa prestadora do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> • Nome da empresa; • Reputação da empresa; • Características pessoais dos funcionários; • Grau de dificuldade da venda de serviços ao cliente.
Responsabilidade	Grau de envolvimento ou responsabilidade dos funcionários que prestam o serviço.	<ul style="list-style-type: none"> • Agilidade no tempo de atendimento do serviço; • Resposta rápida de retorno ao cliente; • Pronto atendimento às demandas de serviços.
Segurança	Controle frente ao perigo, risco ou dúvida.	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança física do cliente; • Segurança financeira; • Segurança na guarda de informações do cliente.
Tangíveis	Estrutura física do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> • Instalações e veículos; • Máquinas e equipamentos utilizados na prestação do serviço; • Identificação do cliente (cartão).

Fonte: adaptação da autora com base no Modelo de Avaliação de Serviços – *Service Quality Model-ServQual*, proposto por Parasuraman et al. (1985;1988).

Parasuraman *et al.* (1988) reavaliaram a versão original do SERVQUAL (1985) sintetizando a qualidade em cinco dimensões:

- **Confiabilidade** - abrangendo a habilidade de entrega conforme o comprometido;
- **Empatia** - envolvendo a possibilidade de atenção individualizada aos clientes;
- **Responsabilidade** – refere-se ao pronto atendimento aos clientes;
- **Segurança (Assurance)** - representa conhecimento, habilidades de convencimento, e confiança; e
- **Tangibilidade** - refere-se à estrutura física, equipamentos, material de comunicação, informações e divulgação.

Cronin e Taylor (1992; 1994) desenvolveram um modelo denominado ServPerf, baseado somente na percepção de desempenho dos serviços em geral. A clara distinção entre os dois modelos (ServQual e ServPerf) tem grande importância, pois as empresas fornecedoras de serviço têm a necessidade de saber qual é o seu objetivo, se é ter clientes satisfeitos com o seu desempenho, ou fornecer serviços com um nível máximo de qualidade percebida por estes.

Para justificar seu modelo, os autores ressaltaram que a qualidade é conceituada mais como atitude do cliente com relação às dimensões da qualidade, e que deve ser medida com base no modelo de satisfação de Oliver (1980), e não por meio das diferenças entre expectativa e desempenho, como preconizava o modelo de Parasuraman *et al.* (1985).

Cronin e Taylor (1992; 1994) afirmaram ainda que nos serviços a qualidade percebida antecede à satisfação do cliente, e que essa satisfação tem efeito significativo, enquanto a qualidade dos serviços tem menor influência nas intenções de compra, reafirmando as conclusões obtidas por Oliver (1980) em sua pesquisa.

Assim, esses autores propõem o modelo ServPerf como alternativa ao ServQual. O modelo ServPerf utiliza as dimensões propostas por Parasuraman *et al.* (1988), para avaliação da qualidade dos serviços prestados sob a ótica do usuário dos serviços.

Entretanto, Cronin e Taylor (1992) concluíram que a qualidade de serviço conduz à satisfação do cliente. Essa relação de causalidade entre qualidade de

serviços e satisfação de clientes foi determinada por meio da técnica de modelagem de equações estruturais com variáveis latentes. A partir disso, concluem que o instrumento ServPerf é mais sensível em retratar as variações de qualidade em relação às outras escalas testadas. A conclusão foi baseada na utilização do teste estatístico do “qui-quadrado” e na prova de aderência das distribuições empíricas de dados, e ainda por meio do coeficiente de determinação da regressão linear.

Miguel e Salomi (2004) desenvolveram pesquisa a respeito de Modelos de Qualidade de Serviços, visando fornecer referência na área, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Síntese dos Modelos de Avaliação de Qualidade em Serviços.

AUTOR	MODELO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS	CONCLUSÕES PRINCIPAIS	ÁREA DE APLICAÇÃO
Grönroos (1984)	Não apresenta modelo com representação algébrica	Qualidade = f(expectativa, desempenho e imagem)	- Intereração comprador / vendedor é mais importante que atividades de marketing. - Contato comprador/ vendedor tem mais influência na formação da imagem que atividades de marketing.	Diversos tipos de serviços
Parasuraman <i>et al.</i> (1985,1988)	SERVQUAL $Q_i = D_i - E_i$	22 itens distribuídos em cinco dimensões da qualidade	- A qualidade de serviços pode ser quantificada. - Determina cinco dimensões genéricas para todos os tipos de serviços. - A qualidade dos serviços é diferença entre expectativa e desempenho ao longo das dimensões.	Diversos tipos de serviços
Brown e Swartz (1989)	$Q_i = E_i - D_i$	Utiliza as 10 dimensões desenvolvidas por Parasuraman <i>et al.</i> (1985)	- A qualidade dos serviços é a diferença entre desempenho e expectativa ao longo das dimensões.	Atendimento em consultórios da área médica
Bolton e Drew (1991)	Modelo de Avaliação do serviço e valor Representado por várias equações algébricas	- Utiliza quatro dimensões desenvolvidas por Parasuraman <i>et al.</i> (1988) - Introduz o conceito do valor na avaliação da qualidade do cliente	- Concluem que as características dos clientes influenciam as avaliações de qualidade e valor pelo cliente. - A não confirmação das expectativas está mais fortemente correlacionada com a qualidade dos serviços.	Serviços de telefonia
Cronin e Taylor (1992)	SERVPERF $Q_i = D_i$	Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman <i>et al.</i> (1988)	- Avaliação de qualidade de serviços é melhor representada pela desempenho ao longo das dimensões	Diversos tipos de serviços
Tess (1993)	Modelo do Desempenho Ideal $Q_i = - \left[\sum_{j=1}^m w_j D_{ij} - I_{ij} \right]$	Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman <i>et al.</i> (1988)	- O modelo do desempenho ideal tem maior correlação com as preferências de compra, intenções de recompra e satisfação com os serviços	Lojas de varejo

Fonte: MIGUEL e SALOMI (2004).

Ao final da pesquisa, Miguel e Salomi (2004) afirmaram que apesar dos modelos pesquisados serem teoricamente muito bem embasados, não existe consenso na literatura sobre qual modelo seria mais apropriado para utilização.

Ainda segundo Miguel e Salomi (2004), alguns trabalhos empíricos, como o de Lee *et al.* (2000), apontam que o modelo ServPerf retrata melhor a qualidade de serviços que o modelo ServQual. No entanto, entende-se que ainda não é possível ser conclusivo sob esse aspecto.

Mais recentemente, uma série de autores aplica os modelos ServQual e ServPerf para avaliar a satisfação quanto a prestação de serviços na área da saúde, dentre os quais destacamos:

- Akter *et al.* (2008) utilizaram o modelo “ServQual” em um hospital público em Bangladesh. O resultado da pesquisa concluiu que os serviços prestados não eram satisfatórios aos usuários em decorrência dos seguintes motivos: ausência de pronto atendimento; disponibilidade e atenção dos funcionários; falta de confidencialidade e cordialidade; deficiência em termos de conhecimentos técnicos; ausência de ações preventivas; e inadequação da limpeza nos espaços utilizados.
- Quader (2009) pesquisou a satisfação dos usuários do serviço de saúde prestado por um hospital na Inglaterra, analisando os GAPs entre as expectativas dos usuários com relação à qualidade e à percepção dos mesmos pós-utilização do serviço. O resultado da pesquisa demonstrou que o hospital atende, além do esperado, às expectativas de seus usuários. O bom resultado da pesquisa em questão é atribuído a questões culturais, conhecimentos técnicos e motivação dos funcionários.

Segundo o autor, a melhoria da qualidade de um serviço de saúde gera expectativa de benefícios, dentre os quais se destacam retenção de pessoal; ética na conduta profissional; fidelização e recomendação do serviço pelo usuário; resolutividade ou tratamento do problema; alocação adequada de investimentos; e a própria melhoria da qualidade dos serviços. Assim, a boa qualidade aumenta a satisfação do usuário, que diretamente impacta no número de pacientes que utilizam ou escolhem o hospital.

- Lonial *et al.* (2010) utilizaram o modelo de avaliação de serviços ServQual de Parasuraman *et al.* (1985; 1988 e 1991) para pacientes na Turquia. Os resultados sugerem que o SERVQUAL e suas dimensões de qualidade de serviço percebida são confiáveis, válidos e aplicáveis em diferentes ambientes culturais e econômicos, como no caso da Turquia.

Nesse estudo, serão utilizadas as dimensões de qualidade definidas por Parasuraman *et al.* (1988), porém com a abordagem de Cronin e Taylor (1992;1994), que trata da avaliação da qualidade a partir da percepção do usuário dos serviços.

Este trabalho se propõe a avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS, no município de São Paulo, por meio do Programa “Mãe Paulistana”, a partir da percepção de suas usuárias de “alto risco”, abrangendo todos os níveis de complexidade dos serviços, ou seja, da Unidade Básica de Saúde (UBS), à Clínica de Especialidade (AMA E ou AE), ao pronto atendimento realizado, quando necessário, pelo AMA, até o seu atendimento nos hospitais referenciados. Vale ressaltar que a maioria dos exames de diagnóstico e laboratorial é realizada nas unidades do SUS deste município. Apenas os exames mais sofisticados utilizam a rede referenciada ou contra referenciada.

Vale salientar que apesar dos dois modelos de avaliação de qualidade em serviços utilizar a escala Likert de sete pontos, esta pesquisa se propôs a mensurar de forma objetiva cada um dos elementos que integram a rede SUS. Assim, diferentemente dos demais trabalhos citados, procurou-se avaliar a satisfação das usuárias da rede como um todo e em cada um dos seus nós, no Programa Mãe Paulistana, que, apesar de ser específico, por tratar de gestantes de alto risco, envolve serviços de extrema complexidade.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Este capítulo é composto por cinco partes apresentadas na seguinte ordem: caracterização do objeto de estudo e justificativa; objetivos geral e específicos; hipóteses; métodos e modelos metodológicos adotados; organização da pesquisa.

3.1 Caracterização do Objeto de Estudo e Justificativa

A avaliação deve ser considerada como parte fundamental do planejamento e gestão do Sistema de Saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar e redimensionar a execução das ações e serviços, de forma a atender às necessidades dos usuários, buscando também conferir maior qualidade aos serviços prestados e racionalidade no uso de recursos.

A importância da avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade de um serviço é cada vez mais citada na literatura acadêmica, sobretudo a associada ao setor de saúde.

co do Programa “Mãe Paulistana” abrange importante eixo de avaliação do Sistema Único de Saúde, pois seu resultado poderá ser empregado visando ao alcance de um novo nível de conhecimento e aprendizado organizacional, capaz de proporcionar inovação e melhoria da qualidade dos serviços prestados por essa rede.

O conhecimento dos problemas apontados em uma avaliação de satisfação das usuárias dos serviços de uma rede de saúde gera um conjunto de informações que possibilita a revisão, o provável alinhamento organizacional e adequação da rede, tendo por consequências a continuidade e o bom resultado do tratamento médico.

Conhecer a satisfação das usuárias em relação à qualidade dos serviços de saúde prestados pelo setor público pode ser um primeiro passo para ao desenvolvimento de ações de melhorias desses serviços.

Para os gestores da rede, esse entendimento ajuda a direcionar estratégias e definir ações a serem implantadas. Para os demais profissionais do setor, essas informações são valiosas não só para a humanização dos serviços, como também

para aumentar o grau de confiabilidade dos clientes em relação aos serviços prestados.

Assim, o conhecimento das satisfações e insatisfações das usuárias da rede em relação à qualidade dos serviços prestados implica melhores resultados para a rede e cada uma das suas unidades operativas.

Neste estudo, serão pesquisadas as usuárias da rede de saúde da microrregião do M'Boi Mirim na cidade de São Paulo.

3.2 Objetivos

Esta subseção tem um objetivo geral e três específicos.

3.2.1 Objetivo Geral

Esta pesquisa se propõe avaliar a qualidade dos serviços prestados pela rede SUS, na microrregião do M'Boi Mirim, localizada na Zona Sul da Cidade de São Paulo, sob a ótica da satisfação das usuárias de alto risco do Programa Mãe Paulistana.

3.2.2 Objetivos Específicos:

A partir da percepção e satisfação das usuárias pertencentes à amostra, foram delineados três objetivos específicos:

- Avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos tipos de unidades (UBS, AMA E e Hospitais) que conformam a rede SUS, e as expectativas e satisfação das usuárias desses serviços, na microrregião do M'Boi Mirim, na cidade de São Paulo;
- Avaliar se todas as unidades do mesmo tipo que conformam esta rede SUS apresentam o mesmo padrão de qualidade de serviços, apontando eventuais problemas que poderão ser solucionados;
- Avaliar se os elementos que conformam essa rede estão seguindo os procedimentos previstos na regulamentação e promovendo a integração das unidades da rede SUS.

3.3 Hipóteses

Esta dissertação pautou-se nas seguintes hipóteses:

- As puérperas de alto risco estão satisfeitas com a qualidade dos serviços prestados pelas UBS.
- As puérperas de alto risco estão satisfeitas com a qualidade dos serviços prestados pelo AMA E.
- As puérperas de alto risco estão satisfeitas com a qualidade dos serviços prestados pelos Hospitais.
- Os elementos que conformam a Rede SUS, na microrregião do M'Boi Mirim, na cidade de São Paulo, estão seguindo os procedimentos previstos na regulamentação e promovendo a integração entre as unidades da rede.

3.4 Métodos e Modelos Metodológicos Adotados

Foram adotados neste trabalho dois modelos metodológicos: análise teórico-empírica e estudo de caso múltiplo. O método utilizado para abordagem foi o dedutivo, enquanto para os procedimentos foram utilizados os métodos qualitativo, quantitativo de estudos de caso.

De acordo com Yin (2005), um estudo de casos multivariados se refere a uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, ou seja, a avaliação da qualidade do serviço de saúde deve ser pesquisada em todas as fases da rede, permitindo estudo comparativo sobre a opinião das puérperas de alto risco, nos diferentes níveis de complexidade da rede (UBS, AMA E ou AE e Hospitais).

Segundo o mesmo autor, a técnica exploratória ocorre em virtude dos fenômenos descobertos ou muito pouco conhecidos, sendo muitas de suas características definidas pela primeira vez. A técnica descritiva busca caracterizar os fenômenos ou objeto de estudo com maior propriedade, definindo padrões, sequências e continuidade.

Esta pesquisa busca avaliar a qualidade da prestação de serviços da rede SUS, a partir da percepção das puérperas de alto risco¹ que participaram do Programa “Mãe Paulistana”, em uma Coordenadoria Regional de Saúde do M’Boi Mirim, localizada no município de São Paulo. A escolha das puérperas de alto risco prende-se ao fato de percorrerem todas as unidades da rede durante o período de gestação, sendo, portanto, a melhor escolha para avaliação de toda a rede SUS. A amostra da pesquisa de campo refere-se a 41% das puérperas dessa microrregião, cujo parto ocorreu no período de novembro/2010 a abril/2011.

A Coordenadoria do M’Boi Mirim foi selecionada em razão de ter apresentado o maior volume de puérperas atendidas no Programa Mãe Paulistana em 2006, conforme informações obtidas no site da Prefeitura Municipal de São Paulo.

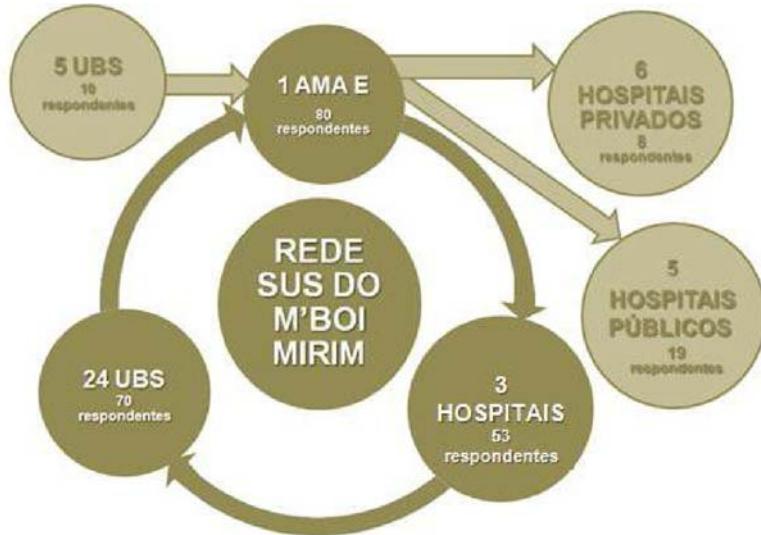
Quanto à abrangência da pesquisa de campo, demonstrada na Figura 3, a análise da rede envolveu 29 UBSs, sendo 5 localizadas fora da microrregião do M’Boi Mirim, mas pertencentes à rede referenciada da cidade de São Paulo. Vale ressaltar que a microrregião do M’Boi Mirim é composta por 28 UBSs, das quais 24 entraram na amostra (85,7%).

A microrregião conta ainda com oito AMAs que devido o caráter eventual de serviço (pronto atendimento) não foi objeto da pesquisa e 1 AMA E.

A amostra da pesquisa conta ainda com a avaliação da qualidade de 14 hospitais (oito públicos e seis privados) sendo 3 da microrregião do M’Boi Mirim, desses dois da Prefeitura e um do Governo do Estado.

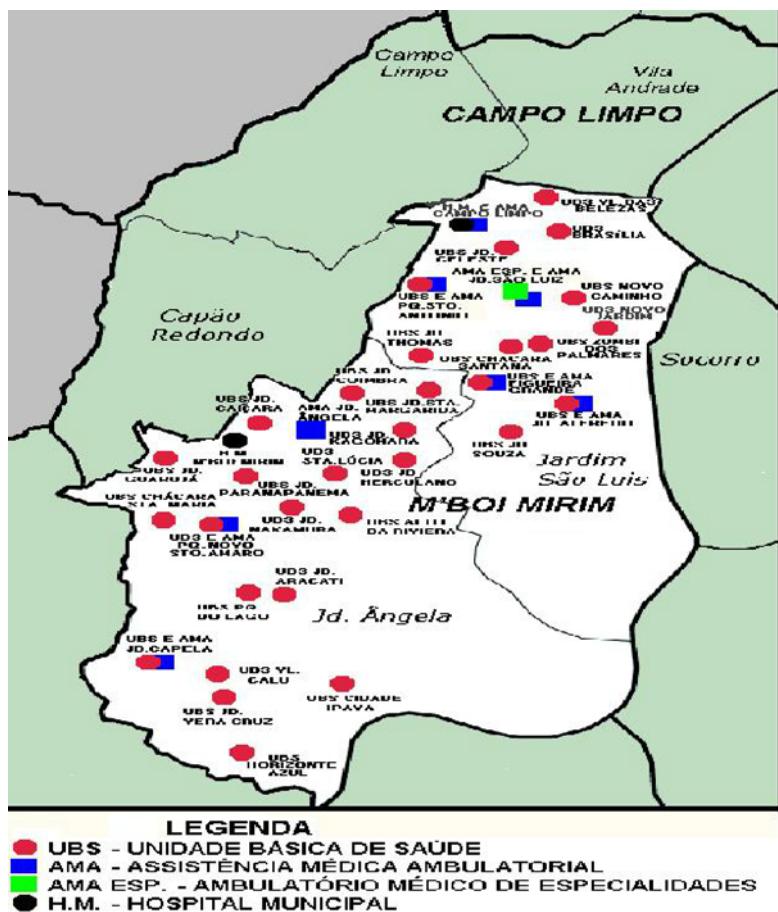
¹ Parturientes de Alto Risco são aquelas cuja gestação tem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto, como para a mãe (Ministério da Saúde, 2000).

Figura 3 - A Interface entre a Rede SUS da microrregião do M'Boi Mirim e o Ambiente Externo.



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo

Figura 4– Mapa da Rede SUS – Microrregião M'Boi Mirim



Fonte: elaborado pela autora, com base na Prefeitura Municipal de São Paulo (2011).

Para tanto, foram aplicadas técnicas de estatística descritiva e análise fatorial com correspondência múltipla, a fim de se averiguar a existência de subconjuntos de puérperas que avaliam de forma semelhante UBS, AMA E e, Hospitais, que apresentam os mesmos padrões de qualidade, e identificar se existe diferença flagrante de qualidade na prestação de serviços desses elementos da rede.

Para a elaboração do questionário da pesquisa de campo, foram utilizadas as cinco dimensões propostas por Parasuraman *et al.* (1988) para avaliação de qualidade na prestação de serviços, buscando elementos para analisar e avaliar cada um dos tipos de unidade que conformam a rede SUS, e a integração e os procedimentos seguidos por toda a rede. Também foram consideradas expectativas, satisfação e avaliação geral de cada serviço.

Para a execução da pesquisa de campo foram imprescindíveis várias entrevistas com profissionais especializados, com o objetivo de definir as questões que melhor traduzissem as dimensões de Parasuraman *et al.* (1988) e as possíveis alternativas de resposta. Face ao nível de complexidade da rede e seus procedimentos, foi também imperiosa a consulta a profissionais especializados na área, para modelar a sequência dos serviços prestados por essa rede.

Por fim, esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Prefeitura de São Paulo, sob o CAEE 0225.0.162.251-10, parecer nº 421/10 no CEP/SMS.

3.5 Organização da Pesquisa

A pesquisa foi organizada em sete fases, conforme explicitado abaixo:

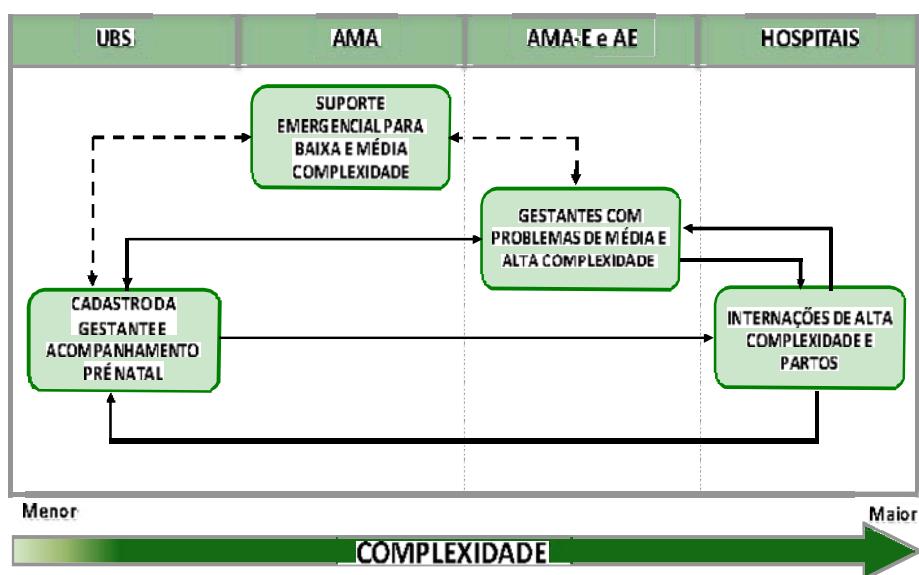
Fase 1 – Estudo Preliminar – Na primeira fase, foi elaborado um estudo de modo a capturar as informações disponíveis em uma Organização Social, encarregada de várias unidades de saúde, localizadas em uma Coordenadoria Regional de Saúde do Município de São Paulo. De posse dessas informações, elaborou-se o mapeamento da região, envolvendo todas as unidades da rede em seus diversos níveis de complexidade de serviços em saúde, ou seja, da UBS ao Hospital, administradas por Organizações Sociais, pelo Setor Público (Prefeitura e Estado) e Setor Privado.

Fase 2 – Seleção do Programa Base para amostra da pesquisa de campo

- Para que as informações refletissem a realidade da rede de prestação de serviços da saúde, houve reuniões com especialistas da área, procurando selecionar uma atividade ou programa que envolvesse a utilização de todos os tipos de unidades, de acordo com o grau de complexidade de atendimento, que formam a rede SUS, em uma região do município de São Paulo. Escolheu-se o Programa “Mãe Paulistana”, pois permite avaliar a partir da prestação dos serviços às puérperas, todo o caminho percorrido em cada unidade (nó) e em toda a rede, conforme mostra a Figura 5.

A Complexidade de Alto Risco se refere a um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo como cirurgia, diálise, quimioterapia, radioterapia, e hemoterapia, entre outros procedimentos. O objetivo desses procedimentos é proporcionar à população acesso a serviços mais qualificados, integrando-os aos demais níveis de Atenção à Saúde (“Atenção básica” e de “Média complexidade”).

Figura 5 – Rede SUS no Programa “Mãe Paulistana”, segundo o grau de complexidade dos serviços prestados.



Fonte: elaborado pela autora.

Fase 3 – O grupo alvo da pesquisa – A escolha recaiu sob as puérperas de alto risco, pois elas, durante a gestação, não só percorreram todos os tipos de unidades SUS, como também fizeram uso mais frequente dos serviços prestados pela rede. O acompanhamento de pré-natal foi realizado, simultaneamente na UBS e na unidade de média e alta complexidade (AMA E ou AE), para onde retornavam

após o parto para avaliação, enquanto o acompanhamento das demais (de baixo risco) é feito somente nas unidades de baixa complexidade (UBS), não passando por todos os tipos de unidades que conformam a rede.

Em termos de localização foi selecionada a Região Sul da cidade de São Paulo, especificamente a Microrregião do M'Boi Mirim, por concentrar o maior número de solicitações de leitos (43%) para internação no Programa Mãe Paulistana na cidade de São Paulo. A amostra da pesquisa de campo refere-se a 41% das puérperas dessa microrregião, cujo parto ocorreu no período de novembro/2010 a abril/2011, totalizando 80 respondentes.

Fase 4 – Síntese da Base Teórica Utilizada – A elaboração do questionário de campo se pautou pelos principais aspectos teóricos apresentados no capítulo Referencial Teórico, sintetizados nesta fase.

Foram contempladas no questionário as cinco dimensões de qualidade propostas por Parasuraman *et al.* (1988):

- Confiabilidade;
- Empatia;
- Responsabilidade;
- Segurança; e
- Tangíveis.

Cronin e Taylor (1994) criticam o modelo de mensuração de qualidade proposto por Parasuraman *et al.* (1985;1988), e afirmam em seus estudos que não é preciso mensurar a expectativa do usuário e sim a percepção dos mesmos em relação à qualidade dos serviços prestados.

Embora os autores confirmem que há relação entre satisfação do usuário e a qualidade do serviço prestado, Parasuraman *et al.* (1988) argumentam que a satisfação do usuário eleva a qualidade da prestação de um serviço, enquanto Cronin e Taylor (1992; 1994) afirmam que o serviço de qualidade leva à satisfação do usuário, posição também adotada neste trabalho.

Fase 5 – Elaboração do questionário – O questionário foi elaborado para ser respondido pelas puérperas de alto risco atendidas pelo Programa “Mãe

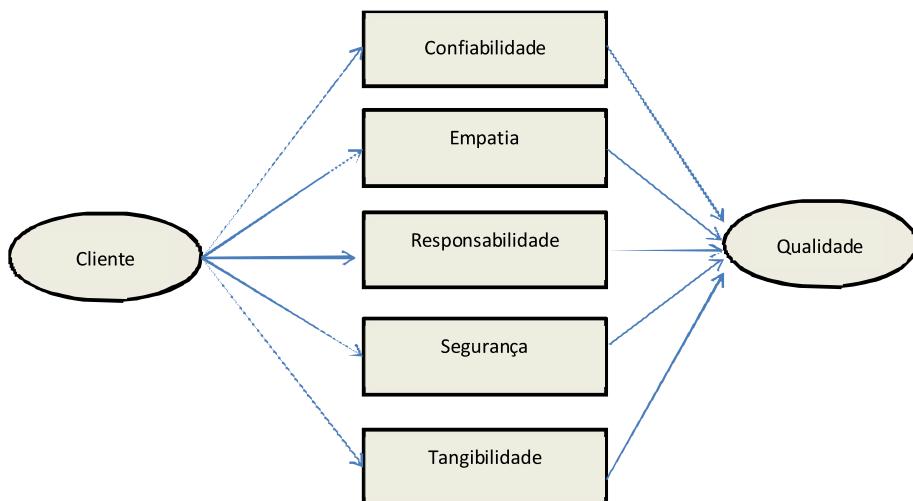
Paulistana”, no momento do seu retorno, após o parto, para o AMA E ou AE, quando há a finalização do processo de atendimento à gestação.

O questionário está organizado pelos elementos (nós) que formam a rede SUS, sendo feitas perguntas semelhantes, porém específicas para aquele grau de complexidade de serviços em saúde, cobrindo cada uma das “dimensões de qualidade” propostas por Parasuraman *et al.* (1988). Para que a avaliação da satisfação das usuárias em relação à qualidade dos serviços prestados fosse o mais objetiva possível, não foi utilizada a escala Likert como nos estudos de Parasuraman *et al.* (1988). O modelo do questionário aplicado nesta pesquisa encontra-se no Apêndice V.

Vale salientar ainda que o questionário elaborado segue a proposta de Cronin e Taylor (1992;1994), mensurando a percepção das usuárias em relação a qualidade dos serviços prestados.

Fase 6 – O Modelo – Nesta pesquisa o modelo a ser utilizado foi adaptado abrangendo as últimas cinco dimensões de qualidade propostas por Parasuraman *et al.* (1988), especificamente em relação às percepções das usuárias sobre a qualidade de um serviço, como proposto por Cronin e Taylor (1992;1994). O modelo teórico utilizado nesta pesquisa está demonstrado na Figura 6.

Figura 6 - Modelo de Avaliação da Qualidade sob a Ótica das Puérperas de Alto Risco.



Fonte: adaptado pela autora a partir de Parasuraman *et al.*(1988).

Fase 7 – Métodos Quantitativos – Após a aplicação do questionário em campo, foram feitas tabulações e a consistência dos dados. Foram aplicados dois

métodos quantitativos. Além do uso da estatística descritiva, foi utilizado o método da análise fatorial com correspondência múltipla. A análise fatorial foi utilizada para identificar os grupos de puérperas que apresentaram respostas semelhantes, avaliando a qualidade dos serviços prestados em cada nó da rede que a usuária percorreu. Isto possibilitou identificar possíveis problemas ocorridos em algumas unidades da rede.

4. ESTUDO DE CASO: A REDE SUS E O PROGRAMA “MÃE PAULISTANA”

Este capítulo está dividido em três partes: a primeira faz uma retrospectiva da rede SUS, no município de São Paulo contemplando sua composição e os aspectos relacionados ao seu gerenciamento; na segunda parte, é feito um estudo sobre a dinâmica de atendimento da rede SUS, na cidade de São Paulo; e na ultima, são apresentados alguns dados específicos, a respeito do Programa “Mãe Paulistana”, fonte da amostra trabalhada.

4.1 A Rede SUS na cidade de São Paulo

A partir da Constituição de 1988, a rede da saúde pública brasileira, particularmente na cidade de São Paulo, passou a contar com a seguinte estrutura:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Assistência Médico Ambulatorial (AMA);
- Assistência Médico Ambulatorial de Especialidades (AMA-E e AE);
- Unidade de Saúde Mental;
- Núcleos Integrados de Reabilitação;
- Núcleos Integrados de Saúde Auditiva;
- Assistência Domiciliar; Hospitais;
- Centros Diagnósticos; dentre outros.

A governança desta rede é múltipla e estabelecida por meios contratuais com Organizações Sociais, que visam complementar as habilidades e competências materiais (infra-estrutura, remédios, equipamentos, etc.) e imateriais (“*know-how*”, qualificação, organização, etc) das Instituições que a gerem.

De acordo com Olave e Amato Neto (2001), esta associação de habilidades e competências entre serviços gera um resultado positivo, reduzindo custos e proporcionando um desenvolvimento social e financeiro às organizações envolvidas.

A gestão da rede SUS é feita de forma descentralizada por diversos atores que englobam: as Instituições Públicas nas três esferas de governo (União, Estado e Municípios); Instituições Privadas com fins lucrativos; Instituições Privadas sem fins

lucrativos, como as Filantrópicas; as Universitárias e as Organizações Sociais formadas para este fim.

As Organizações Sociais da Saúde foram formalizadas pela Lei Complementar 846/98 e representam instituições criadas pelo governo para gerir a questão da saúde pública, por meio de uma rede de atores em busca de um mesmo objetivo: prevenção, tratamento e cura de doenças.

A Organização Social na Área da Saúde, particularmente na cidade de São Paulo, é modalidade de gestão de saúde pública que assume a condição de execução de atividade que se volta ao atendimento dos objetivos de interesse social, buscando maior atenção ao desempenho e à qualidade da prestação de serviços. Deve estar voltada fundamentalmente ao alcance das metas fixadas em um contrato de gestão com o governo.

Em dimensão macro, a rede de saúde SUS abrange outros atores cujas ações intervêm no funcionamento do setor. Esses atores são representados por instituições formadoras de técnicos e profissionais da área de saúde, associações profissionais corporativas, ONGs, indústria farmacêutica, mídia e opinião pública, partidos políticos entre outros. Vale salientar que esses atores não serão objeto desta pesquisa.

4.2 Dinâmica de Atendimento na Rede SUS

A Rede SUS, na cidade de São Paulo, tem modelo dinâmico de funcionamento, baseado no grau de complexidade da atenção para o atendimento. Em cada grau de complexidade há uma rede composta por vários atores ou unidades operacionais regionais.

O primeiro contato do usuário com o SUS é direcionado para ser feito pela Atenção Primária, representada funcionalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

A Atenção Primária desempenha papel importante ao coordenar a continuidade da atenção e o fluxo de informações por todo o sistema de saúde. Todavia, os serviços de Atenção Primária por si só não são suficientes para atender às necessidades mais complexas em saúde da população, direcionando a demanda

funcional, conforme o grau de complexidade aos Ambulatórios de Especialidades (AMAs no âmbito estadual e AEs ou AMA E nos municípios), ou hospitais.

Os pacientes são direcionados ao AMA ou aos Hospitais nos casos de pronto atendimento. Em virtude do cuidado emergencial no tratamento da doença, o paciente deve retornar à sua unidade operativa de origem, que pode ser UBS, AMA-E ou AE, para a continuidade do tratamento ou avaliação do seu estado de saúde.

Nos ambulatórios de especialidades (AMA E ou AE) são feitos tratamentos de baixa e média complexidades, de ordem contínua ou pontual. Se o tratamento for contínuo, o paciente permanece sob os cuidados dessa unidade, entretanto, se o problema foi resolvido, o paciente deve retornar à sua UBS de origem.

4.3 O Programa “Mãe Paulistana”

Criada pela Prefeitura de São Paulo, a Rede de Proteção à Mãe Paulistana oferece assistência integral às gestantes de todo o município. Há um sistema de monitoramento que oferece atendimento à gestante em qualquer nível de complexidade, desde o diagnóstico inicial da gestação, até o primeiro ano de vida do recém-nascido.

A rede do Programa “Mãe Paulistana” é composta por 396 Unidades Básicas de Saúde, 22 Ambulatórios Especializados e 33 Hospitais, de acordo com as informações da Prefeitura Municipal de São Paulo, em 2011. Além do atendimento ambulatorial e hospitalar, as gestantes recebem enxoval para o bebê, vale transporte para retornos médicos durante o pré-natal, exames e medicamentos prescritos pela equipe médica.

A UBS é responsável pelo acolhimento e acompanhamento da gestante até o primeiro ano de vida do recém-nascido. Nesse nível de atendimento são feitos os exames iniciais de rotina e o acompanhamento do pré-natal.

As AMAs são utilizadas como retaguarda das UBSs em função de seu pronto atendimento aos casos de baixa e média complexidade.

Os AMA-E ou AE² são unidades médicas que prestam atendimento secundário complementar à saúde e também oferecem apoio e retaguarda às UBSs da região e às AMAs. Nessas Unidades há equipe médica multidisciplinar, e os atendimentos são feitos mediante encaminhamento de uma das Unidades Básicas de Saúde da capital.

Os hospitais prestam assistência no momento do parto ou em qualquer outro atendimento emergencial porventura necessário. O controle das internações hospitalares é feito por meio de um sistema denominado “Central de Regulação”, cujo principal objetivo é garantir a internação hospitalar das gestantes sob o acompanhamento do Programa “Mãe Paulistana”.

Na tabela 1, estão apresentados os pedidos de leitos feitos pelo Programa “Mãe Paulistana” e o seu percentual de atendimento pela rede hospitalar do SUS. A redução do número de solicitações ao longo do tempo demonstra que com a implantação da rede a paciente conta com a vaga no leito hospitalar na data do parto. Na tabela 2 são apresentados os resultados dos pedidos de leitos feitos após a implantação do Programa “Mãe Paulistana”, por região da cidade de São Paulo.

Tabela 1 - Percentual de Resolubilidade com relação ao número de solicitações de vagas do Programa Mãe Paulistana

Período	Nº de solicitações de vaga em hospital	% de resolubilidade
2004	6.095	65
2005	3.974	60
Abril/2006*	217	91
Maio/2006	388	95
Junho/2006	585	94
Julho/2006	527	95
Agosto/2006	402	99

Fonte: site da Prefeitura da Cidade de São Paulo, Programa “Mãe Paulistana” (Jun/2006)

² AMA-E são unidades de assistência médica de especialidades sob a responsabilidade do Governo do Estado, enquanto que a AE – Ambulatório de Especialidades está sob a responsabilidade do Governo Municipal.

Tabela 2 - Solicitações de vagas feitas à Central de Regulação em junho de 2006, conforme Região

Região solicitante	Nº solicitações	%	Nº de solicitações de Baixo/Médio Risco	Nº de solicitações de Alto Risco
Sul	254	43	161	93
Leste	205	35	116	89
Sudeste	76	12	43	33
Norte	43	7	22	21
Centro-Oeste	7	1	2	5
Total	585	100	344	241

Fonte: site da Prefeitura da Cidade de São Paulo, Programa “Mãe Paulistana” (Jun/2006)

5. RESULTADO DA PESQUISA

A análise fatorial com múltiplas combinações foi aplicada em todas as unidades da Rede do Programa Mãe Paulistana (UBS, AMA Especialidades e Hospitais). As variáveis (APÊNDICE) foram segregadas em três grupos, conforme abaixo:

- Primeiro grupo, com a avaliação das dimensões de qualidade propostas por Parasuraman *et al.* (1985);
- Segundo grupo, com a avaliação dos procedimentos de funcionamento da Rede entre suas unidades.
- Terceiro grupo, com a avaliação da satisfação e das expectativas de toda a Rede.

Quadro 4 - Grupos de Variáveis (número da questão) por Dimensão de Qualidade e Unidades da Rede SUS

Dimensões de Qualidade ou Indicador	UBS Variável	AMA Variável	Hospital Variável
Confiabilidade	4, 7, 9, 10, 13, 14	30, 32, 33, 34, 42, 43	58, 60, 61
Empatia	17, 18, 19	46, 47, 48	64, 65, 66
Responsabilidade	2, 3, 5, 6, 8, 25,29	31, 35, 36, 37,54	38, 59
Segurança	20, 21, 22	39, 49, 50, 51	67,69, 70
Tangibilidade	15, 16, 23, 24	36, 44, 45, 52, 53	62, 63, 68, 71
Expectativas & Satisfação	26, 27, 28	55, 56, 57	72, 73,74

Fonte: elaborado pela autora, com base nas dimensões propostas por Parasuraman *et al.* (1988).

A análise fatorial demonstra os resultados da pesquisa com base na combinação ou agrupamento de acordo com a concentração de variáveis. Entretanto, quando há 100% de escolha por uma mesma resposta, não há menção no resultado da análise fatorial. Para considerar tais resultados na pesquisa, as variáveis não discriminadas foram conferidas manualmente, de modo a garantir a mesma opção de escolha por todas as respondentes.

Os quadros 5, 6 e 7 apresentam os resultados do funcionamento da Rede segregado por suas unidades (UBS, AMA Especialidades e Hospitais), de acordo com:

- As dimensões de qualidade propostas por Parasuraman *et al.* (1988) em cada nó ou unidade da Rede;
- Avaliação dos procedimentos de funcionamento da Rede contemplando todas as suas Unidades;
- Avaliação das expectativas e satisfação dos clientes em relação a toda a Rede.

Algumas variáveis não foram discriminadas nos resultados por conta da similaridade de respostas.

5.1 Resultado da Análise das UBSs

A análise fatorial com correspondência múltipla relativa às variáveis das UBSs (Quadro 5) dividiu a amostra em quatro grupos de semelhança.

O **primeiro grupo, das “satisfeitas”** com a qualidade dos serviços prestados, foi formado por 41 puérperas, equivalente a 51% da amostra, que se destacaram nas dimensões de qualidade de CONFIABILIDADE, EMPATIA, SEGURANÇA E TANGIBILIDADE.

Sobre à dimensão CONFIABILIDADE, por ter tido “acompanhamento médico mensal”, “realizado os exames imediatamente à solicitação médica” e pelo “tempo de espera para o atendimento médico, inferior a 30 minutos”.

Na dimensão EMPATIA, avaliaram como “ótimo” o “atendimento da recepção, enfermagem e do médico”, em termos de cortesia.

Quanto à dimensão SEGURANÇA, o grupo demonstrou ter “confiança na equipe de atendimento”, e “no entendimento e cumprimento das recomendações médicas”.

Sobre a dimensão RESPONSABILIDADE, o grupo destacou o “atendimento médico imediato no primeiro contato com a UBS”.

Em termos da TANGIBILIDADE, o grupo considerou “ótimas” a localização da unidade de saúde e a condição de “limpeza do local”. Esse grupo de puérperas se

“expectativas com relação ao serviço atendidas”; terem ficado “satisfeitas” e avaliado como “ótimos os serviços prestados pelas UBS”.

O **segundo grupo**, das “**parcialmente satisfeitas**” com a qualidade dos serviços prestados, é formado por 31 respondentes, equivalente a 39% da amostra, que se destacaram nas dimensões EMPATIA e CONFIABILIDADE.

Com relação à dimensão EMPATIA consideraram “boa” a cortesia da recepção, enfermeiras e médico da UBS, enquanto em termos da dimensão CONFIABILIDADE, as pacientes informaram terem tido “acompanhamento médico mensal”, e que seus exames foram realizados no período de “quinze dias após a solicitação médica”.

Com relação à dimensão RESPONSABILIDADE, iniciaram o pré-natal “a partir do terceiro mês de gravidez” e sobre a dimensão SEGURANÇA, afirmam que “confiaram parcialmente na equipe médica” da UBS.

Resumindo, o grupo das “parcialmente satisfeitas” avaliou como “bom” o padrão dos serviços prestados pelas UBSs.

O **terceiro grupo**, das “**insatisfeitas**” com a qualidade dos serviços prestados, é formado por 8 respondentes, equivalente a 10% da amostra, que se destacaram principalmente na dimensão EMPATIA, por considerarem “ruim” os serviços prestados pela recepção, enfermeiros e médicos em termos de cortesia.

Esse grupo também teve destaque na dimensão SEGURANÇA por “não confiar na equipe” da UBS, e “não entenderem as orientações médicas”. Em relação à dimensão RESPONSABILIDADE, as pacientes foram encaminhadas ao AMAE na quarta consulta da UBS. Sobre a dimensão TANGIBILIDADE, avaliariam como “ruim” a limpeza do local.

Em relação ao atendimento das expectativas dos serviços da UBS, 85,2% das respondentes consideraram “atendidas suas expectativas com relação aos serviços prestados”.

A avaliação geral dos serviços prestados pelas UBSs no “Programa Mãe Paulistana” da amostra de puérperas de alto risco revelou bons resultados: 56,8% da amostra avaliou como “ótimo”; 27,2% como “bom” e as demais (16%) consideraram os serviços como “ruim”.

Algumas variáveis, incluindo as que não foram discriminadas pela análise factorial com correspondência múltipla, foram analisadas a partir de tabelas de saída do sistema estatístico SPAD, que oferecem o cruzamento de todas as variáveis levantadas na pesquisa, pelos grupos formados a partir das categorias de Parasuraman *et al.* (1988).

Com base nestas informações, foi possível focar e identificar, variável a variável, que apresentam problemas nas UBSs, que podem ser melhorados. Metodologicamente, a identificação dos problemas restringiu-se às UBSs sendo que mais de 50% das respondentes indicaram o mesmo problema. As UBSs que atenderam somente a uma puérpera da amostra foram desconsideradas na análise.

Os principais problemas identificados foram:

- Atendimento “ruim” da recepção das UBSs Capela do Socorro (75%) e Ipava (75%);
- Espera de mais de 30 minutos para atendimento da recepção nas UBSs Jardim Coimbra, Jardim Guarujá e Riviera;
- Realização de exames parcialmente na Rede Privada nas UBSs Ipava (75%) e Parque Santo Antonio (67%);
- Demora de mais 31 dias da solicitação médica para exames de rotina na UBS Novo Caminho (57%).

Quadro 5: Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas UBSs, conforme dimensões propostas por Parasuraman et al. (1988).

Questões discriminadas	Questões	GRUPO 1 41 respondentes (51%)	GRUPO 2 31 respondentes (39%)	GRUPO 3 8 respondentes (10 %)
Modalidades				
CONFIABILIDADE				
Local de diagnóstico da gravidez	V4			
Tempo para realização de exames.	V7	1	3	
Periodicidade das consultas.	V9	1	2	
Tempo para resultados de exames	V10			
Tempo de espera para atendimento na recepção.	V13			
Tempo de espera para atendimento médico.	V14	1		
EMPATIA				
Cortesia dos funcionários da recepção.	V17	1	2	3
Cortesia das enfermeiras.	V18	1	2	3
Cortesia dos médicos.	V19	1	2	3
RESPONSABILIDADE				
Conhecimento do local de atendimento.	V2			
Exame de confirmação da gravidez.	V3			
Atendimento inicial imediato.	V5	1	3	
Solicitação de exames de rotina.	V6			
Realização de exames de rotina.	V8			
Distribuição de medicamentos prescritos.	V25			
Encaminhamento para o pré natal de alto risco	V29			4
SEGURANÇA				
Confiança na equipe.	V20	1	2	3
Compreensão das orientações médicas para o tratamento.	V21	1		2
Cumprimento do tratamento conforme recomendação médica.	V22	1		
TANGIBILIDADE				
Avaliação da limpeza.	V15	1		3
Avaliação dos móveis e equipamentos.	V16			
Localização e acesso.	V23	1		
Sinalização interna.	V24			

Fonte: a autora, conforme dados da pesquisa de campo.

5.2 Resultado da Análise do AMA Especialidades

A análise fatorial com correspondência múltipla relativa às variáveis do AMA E (Quadro 6) dividiu a amostra em quatro grupos de semelhança.

O **primeiro grupo** é formado por 40 respondentes consideradas “**satisfeitas**” com a qualidade dos serviços prestados, equivalente a 50% da amostra, que apresentam semelhanças nas dimensões EMPATIA, CONFIABILIDADE e TANGIBILIDADE.

Quanto à dimensão EMPATIA, o grupo avaliou como “ótima” a cortesia da recepção, enfermeiros e médico.

Na dimensão CONFIABILIDADE, o grupo informou ter tido atendimento imediato na solicitação de consultas, agendamento de exames cujos resultados sempre estavam prontos antes da consulta seguinte, e ainda informaram que tiveram acompanhamento semanal da equipe médica do AMA E.

Com relação à dimensão TANGIBILIDADE, o grupo considerou como “ótimos” a limpeza e o acesso ao AMA Especialidades.

O **segundo grupo**, formado por 26 respondentes consideradas “**parcialmente satisfeitas**” com a qualidade dos serviços prestados, equivalente a 32% da amostra total, apresentou semelhanças nas dimensões de qualidade CONFIABILIDADE E EMPATIA.

Com relação à CONFIABILIDADE 18 puérperas tiveram o acompanhamento médico no intervalo de “16 a 21 dias”; para 7 respondentes, houve acompanhamento médico no intervalo acima de “22 dias”; enquanto as 2 restantes tiveram acompanhamento “semanal”. Vale ressaltar que o intervalo de 22 dias para acompanhamento médico não é problema, pelo fato de se referir às pacientes clinicamente estáveis e que não requerem acompanhamento semanal.

Com relação à dimensão EMPATIA, o grupo considerou como “boa” a cortesia da recepção. Sobre a TANGIBILIDADE, as respondentes consideraram “ruim” somente a localização do AMA E.

O **terceiro grupo**, formado por 7 respondentes, consideradas “**parcialmente confiantes**” com a qualidade dos serviços prestados, equivalente a 9% do total da amostra, destacou-se pela semelhança na dimensão EMPATIA, considerando como

“bom” o atendimento da recepção, enfermagem e médico, em termos de cortesia. Na dimensão RESPONSABILIDADE, o grupo confiou parcialmente na equipe do AMA E.

O quarto grupo é formado por 7 respondentes “insatisfeitas” com a qualidade dos serviços prestados, equivalente a 9% das puérperas amostradas, que se destacou nas dimensões EMPATIA, SEGURANÇA, CONFIABILIDADE e TANGIBILIDADE.

Na dimensão EMPATIA, o grupo considerou “ruim” a cortesia da recepção, e como “bom” o atendimento da enfermagem.

Sobre a dimensão SEGURANÇA, o grupo informou ter tido dificuldade para entender as orientações médicas e, por isso, não confiou na equipe e nem seguiu suas orientações.

Na dimensão CONFIABILIDADE, o grupo teve monitoramento médico em intervalo de “15 a 21 dias”.

Em relação à RESPONSABILIDADE, o grupo informou que “não sabiam onde procurar ajuda em caso de emergência”, e que “estas informações foram obtidas por terceiros e não pela rede”.

Quanto à TANGIBILIDADE, o fator que as reúne foi relativo à limpeza do AMA E, considerada “ruim”.

Em relação às expectativas dos serviços prestados pelo AMA E, a maioria das respondentes (96%) considerou “atendidas suas expectativas”.

Por outro lado, com relação à satisfação com os serviços prestados pelo AMA E, 98% das respondentes revelaram-se satisfeitas com os serviços.

Como avaliação final dos serviços prestados pelo AMA E, temos que 85% consideraram “ótimos” e 15% “bons”.

Quadro 6: Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo AMA Especialidade, conforme as dimensões propostas por Parasuraman et al. (1988).

Questões Discriminadas	Variáveis	GRUPO 1 40 respondentes (50 %)	GRUPO 2 26 respondentes (32 %)	GRUPO 3 7 respondentes (9 %)	GRUPO 4 7 respondentes (9 %)
MODALIDADES					
CONFIABILIDADE					
Demora para o agendamento da consulta	V30	1			
Demora na realização de exames	V32	1			
Periodicidade das consultas	V33	1	4		3
Tempo para resultados de exames	V34	1			
Tempo de espera para atendimento na recepção	V42				
Tempo de espera para atendimento médico	V43				
EMPATIA					
Cortesia da recepção	V46	1	2	2	3
Cortesia das enfermeiras	V47	1		2	2
Cortesia dos médicos	V48	1		2	
RESPONSABILIDADE					
Solicitação de exames de rotina	V31				
Realização de exames de rotina	V35				
Conhecimento do local de atendimento	V36				2
Referência em caso de emergência	V37				3
Confiança na equipe.	V49			2	
Distribuição de medicamentos prescritos	V54				
SEGURANÇA					
Fez pré-natal até o parto	V39				
Compreensão das orientações médicas para o tratamento	V50				
Cumprimento do tratamento conforme recomendação médica	V51				
TANGIBILIDADE					
Avaliação da limpeza	V44	1			3
Avaliação dos móveis e equipamentos	V45				
Localização e acesso	V52	1	2		
Sinalização interna	V53				

Fonte: a autora, conforme dados da pesquisa de campo.

5.3 Resultado da Análise da Qualidade dos Hospitais

A análise fatorial com correspondência múltipla das variáveis referente aos Hospitais (Quadro 7) dividiu a amostra em três grupos.

O **primeiro grupo** é composto por 51 respondentes “**satisfeitas**” com a qualidade dos serviços prestados pelos Hospitais, equivalente a 64% da amostra, que enfatizaram as dimensões EMPATIA e SEGURANÇA.

Com relação à EMPATIA, o grupo considerou como “ótimo” o padrão de atendimento da recepção, enfermeiros e médico.

Sobre o aspecto da SEGURANÇA, o grupo confiou na equipe do Hospital, entendendo e cumprindo todas as orientações médicas.

Quanto à CONFIABILIDADE, o grupo informou não ter esperado mais de 30 minutos para atendimento médico no dia do parto.

Em termos da TANGIBILIDADE, essas puérperas avaliaram como “ótimos” os equipamentos e mobiliários do Hospital.

O **segundo grupo**, formado por 21 respondentes “**parcialmente satisfeitas**” com a qualidade dos serviços, é composto por 26% da amostra. O grupo destacou as dimensões EMPATIA e CONFIABILIDADE. Com relação à EMPATIA foi considerado “bom” o atendimento da recepção, enfermeiros e médico. Quanto à dimensão CONFIABILIDADE, o grupo informou que o tempo de espera para atendimento médico ocorreu num intervalo entre 30 minutos e 1 hora, e que confiaram parcialmente na equipe do Hospital.

O **terceiro grupo**, composto por 8 respondentes “**insatisfeitas**” com o padrão de qualidade, representou 10% da amostra. O grupo enfatizou as dimensões EMPATIA, SEGURANÇA, CONFIABILIDADE e TANGIBILIDADE.

Com relação à EMPATIA, o padrão de atendimento da recepção, enfermeiros e médicos foi considerado “ruim”.

Sobre o aspecto da SEGURANÇA, o grupo “não confiou” na equipe do Hospital, além de não ter entendido ou mesmo seguido as orientações médicas.

Quanto à CONFIABILIDADE, as respondentes informaram terem esperado mais de 1 hora pelo atendimento da recepção e do médico do Hospital, e que confiaram parcialmente na equipe.

Por fim, em relação à dimensão TANGIBILIDADE, consideraram como “ruins” a limpeza, equipamentos e mobiliários no Hospital.

Os principais problemas, identificados na pesquisa de satisfação dos Hospitais e a porcentagem relativa aos casos que atenderam, detectados a partir da análise de estatística descritiva, foram:

- Parto fora da data prevista no cartão de pré-natal, nos seguintes hospitais:
 - Hospital Alvorada, privado - 100%;
 - Hospital Amparo Maternal, público - 50%.
- Acesso e localização ruim nos seguintes hospitais:
 - Hospital das Clínicas, público - 75%;
 - Hospital Amparo Maternal, público -80%;
 - Hospital Regional Sul, público - 73%.
- Não possuem placas de sinalização:
 - Hospital Amparo Maternal, público – 50%;
 - Hospital das Clínicas, público - 75%;
 - Hospital Regional Sul, público -73%;
 - Hospital São Leopoldo, privado -100%;
 - Hospital do Servidor Público Estadual, público -100%.

É importante salientar que 80 puérperas fizeram parte da amostra, no entanto, 53 destas utilizaram hospitais públicos da Microrregião do M’Boi Mirim. As 27 puérperas restantes, utilizaram hospitais fora da área de abrangência, sendo 19 atendidas em hospitais públicos e 8 em hospitais privados, conforme destacado na Figura 3, p. 42.

Quadro 7: Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Hospitais, conforme as dimensões propostas por Parasuraman et al. (1988).

Questões discriminadas	Questões	Grupo 1 / 3 51 respondentes (64 %)	Grupo 2 / 3 21 respondentes (26 %)	Grupo 3 / 3 8 respondentes (10 %)	
		Modalidades			
CONFIABILIDADE					
Parto no Hospital de referência	V58				
Tempo de espera para atendimento na recepção	V60	1	2	3	
Tempo de espera para atendimento médico	V61	1	2	3	
EMPATIA					
Cortesia dos funcionários da recepção	V64	1	2	3	
Cortesia das enfermeiras	V65	1	2	3	
Cortesia dos médicos	V66	1	2	3	
RESPONSABILIDADE					
Atendimento de emergência	V38				
Parto realizado na data prevista	V59				
SEGURANÇA					
Confiança na equipe	V67	1	2	3	
Compreensão das orientações médicas para o tratamento	V69	1		3	
Cumprimento do tratamento conforme recomendação médica	V70	1		3	
TANGIBILIDADE					
Avaliação da limpeza	V62			3	
Avaliação dos móveis e equipamentos	V63	1		3	
Localização e acesso	V68				
Sinalização interna	V71				

Fonte: a autora, conforme dados da pesquisa de campo.

5.4 Avaliação dos Procedimentos das UBS, da AMA Especialidades e, dos Hospitais no funcionamento da Rede.

Este quadro foi elaborado com a seleção de algumas variáveis da pesquisa que ressaltam os aspectos relacionados à qualidade dos procedimentos da rede (UBSs, AMA E e Hospitais) e a integração da Rede na microrregião do M'Boi Mirim.

A análise fatorial com correspondência múltipla dos procedimentos de rede resultou na formação de 2 grupos por semelhança.

O **primeiro grupo** é composto por 52 respondentes, equivalente a 65% da amostra, consideradas “satisfeitas” com a qualidade dos procedimentos da Rede. Esse grupo iniciou o acompanhamento de pré-natal na UBS de forma “imediata”, realizou seus exames no “momento da solicitação” e sem fila de espera, tanto na UBS como no AMA E. O acompanhamento médico da gestação desse grupo foi realizado “mensalmente” na UBS e “semanalmente” no AMA E, para as pacientes que não se encontravam em situação de saúde estável, notadamente nos casos de pressão e diabetes elevados. Com relação aos procedimentos do Hospital, as respondentes “tinham conhecimento” de onde procurar ajuda em caso de emergência e “não tiveram problema” de espera para atendimento médico.

O **segundo grupo** é composto por 28 respondentes, equivalente a 35% da amostra, consideradas “insatisfeitas” com a qualidade dos procedimentos da rede. Esse grupo iniciou o pré-natal na UBS a partir do terceiro mês de gravidez, realizando, portanto, seus exames, em período superior a 31 dias na UBS e em 30 dias após o início do acompanhamento no AMA E. O acompanhamento médico da gestação aconteceu na UBS em período “superior a 1 mês” e no AMA E “a cada quinze dias”. Isso ocorre porque o pré-natal de alto risco é acompanhado nas duas unidades da Rede. Enquanto a UBS realiza os procedimentos usuais de acompanhamento da gravidez, como, por exemplo, a altura uterina, controle do peso, pressão arterial e batimento cardíaco fetal, e demais exames de rotina, o AMA E concentra sua atenção nos procedimentos referentes às doenças de média e alta complexidades, como, por exemplo, hipertensão arterial, diabete melitus, endocrinopatia entre outras.

Com relação ao Hospital, o grupo não utilizou o serviço de emergência, e reclamou por ter que esperar “mais de uma hora” para atendimento da recepção e médico.

Quadro 8: Avaliação dos procedimentos da UBS, AMA E e Hospitais no funcionamento da Rede SUS da Microrregião do M'Boi Mirim.

Questões discriminadas	Variável	Grupo 1 52 respondentes (65%)	Grupo 2 28 respondentes (35 %)
Modalidades			
PROCEDIMENTO DAS UBSs NA REDE			
Conhecimento do local de atendimento	V2		
Exame de confirmação da gravidez	V3		
Atendimento inicial imediato	V5	1	3
Solicitação de exames de rotina	V6		
Tempo para realização de exames	V7	1	5
Realização de exames de rotina	V8		
Periodicidade das consultas	V9	1	2
Tempo para resultados de exames	V10		
Tempo de espera para atendimento na recepção	V13		
Tempo de espera para atendimento médico	V14	1	
Distribuição de medicamentos prescritos	V25		
PROCEDIMENTO DA AMA E NA REDE			
Conhecimento do local de atendimento	V29		
Atendimento inicial imediato	V30	1	
Solicitação de exames de rotina	V31		
Tempo para realização de exames	V32	1	4
Periodicidade das consultas	V33	2	3
Tempo para resultados de exames	V34		
Realização de exames de rotina	V35		
Tempo de espera para atendimento na recepção	V42		
Tempo de espera para atendimento médico	V43		
Distribuição de medicamentos prescritos	V54		
PROCEDIMENTO DOS HOSPITAIS NA REDE			
Conhecimento do local de atendimento	V38	1	2
Parto no Hospital de referência	V58		
Parto realizado na data prevista	V59		
Tempo de espera para atendimento na recepção	V60	1	3
Tempo de espera para atendimento médico	V61	1	3

Fonte: a autora, conforme dados da pesquisa de campo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa, foi possível avaliar a qualidade dos serviços prestados pela Rede de Saúde SUS da microrregião do M'Boi Mirim, conforme tabela 5, em todos os seus níveis de atendimento, e na integração dos procedimentos das unidades estudadas que compõem toda a rede microrregional e com outros agentes da rede de saúde pública e privada da cidade de São Paulo.

Tabela 3: Avaliação da Qualidade dos Serviços prestados pela Rede SUS na Microrregião do M'Boi Mirim.

	UBS	AMA E	Hospitais
Satisfeitas	51%	50%	64%
Parcialmente Satisfeitas	39%	32%	26%
Insatisfeitas	10%	9%	10%
	100%	100%	100%

Fonte: a autora, conforme dados da pesquisa de campo.

A análise fatorial com correspondência múltipla apresentou os grupos das puérperas, satisfeitas e insatisfeitas, informando por dimensão de qualidade as variáveis que contribuíram positivamente ou não para os resultados discriminados. Porém, a amostra da pesquisa de campo, composta por 80 puérperas de alto risco, mostrou peculiaridades que extrapolam a abrangência da Rede SUS da microrregião do M'Boi Mirim.

A amostra da microrregião do M'Boi Mirim foi composta por 24 UBSs, 1 AMA E e 3 Hospitais relacionados nos Quadros 10 e 11 dos Apêndices II e III. Da amostra de 80 puérperas, 87,5% relataram terem sido atendidas em alguma das UBSs da rede da microrregião do M'Boi Mirim. As demais (12,5%) vieram de UBSs localizadas fora da área de abrangência dessa microrregião, provavelmente para o tratamento de alto risco, pois todas estas têm registro no AMA E.

Os três hospitais da microrregião atenderam 53 das 80 puérperas pertencentes à amostra, equivalentes a 66,3% desse total. Isto significa que 37,7% realizaram seu parto em hospitais públicos ou privados externos à região foco desta

pesquisa, ou seja, das 27 puérperas, 19 realizaram o parto fora da microrregião em Hospital público e 8 em Hospitais privados.

Na análise integrada da rede amostrada (80 puérperas), cerca de 35% de puérperas demonstraram insatisfação com a qualidade dos serviços prestados. Quando analisamos especificamente a microrregião do M'Boi Mirim (70 puérperas), formada por 24 UBSs e 3 Hospitais, este número é bastante inferior, sendo respectivamente de 15,7% e 14,5%.

Em relação aos resultados específicos da rede do M'Boi Mirim (70 puérperas), nota-se que 8,6% das puérperas atendidas nas UBSs dessa microrregião ficaram insatisfeitas com o atendimento da recepção; 5,7% com o atendimento da enfermagem e 8,6% com o do médico. Dados que mostram que o nível de insatisfação dessas mulheres com o atendimento é inferior ao verificado no conjunto da amostra.

O fato confirma que as UBSs da microrregião têm melhor desempenho no atendimento da recepção, enfermagem e médico em relação às demais que utilizam a rede.

Em relação à avaliação geral da qualidade dos serviços prestados em cada unidade da rede, são estes os números:

- Quanto à UBS - 16% das respondentes consideraram os serviços da UBS como “ruins”. Considerando as UBSs da rede da microrregião do M'Boi Mirim, os problemas estão concentrados na UBS do Jardim Coimbra, Jardim Guarujá, Novo Caminho, Parque Riviera e Santo Antônio.
- Quanto aos Hospitais – Das 80 puérperas amostradas, 20% consideraram os serviços do Hospital como “ruins”. Vale salientar que 66,3% utilizaram os hospitais da rede e 37,7% utilizaram hospitais públicos ou privados fora da rede. Dos hospitais da microrregião, evidenciou-se que os problemas estão concentrados no Hospital Regional Sul.
- Quanto ao AMA E – 85% das respondentes avaliaram os serviços como “ótimos” e 15% avaliaram “bons”.

O resultado possibilita identificar o AMA E como elemento da rede com a melhor avaliação em relação à qualidade dos serviços prestados sob a ótica da

puérpera de alto risco e como elemento catalisador dos serviços de saúde da região e externos a ela. Entretanto, a rede da microrregião do M'Boi Mirim teve melhores resultados apresentando baixo percentual de insatisfação com os serviços prestados, pelas 24 UBSs e pelos 3 Hospitais, resultando em avaliação positiva da qualidade dos serviços.

As dimensões de qualidade propostas por Parasuraman *et al.* (1988) que concentraram o maior número de variáveis discriminadas de forma positiva na análise fatorial com correspondência múltipla das unidades que compõem a rede (UBS, AMA E e Hospitais) foram empatia, referente à atenção dos funcionários nos atendimentos e confiabilidade, especificamente quanto ao tempo de espera pelo atendimento. Com base neste dado, é possível concluir que a cordialidade e o tempo de espera por atendimento nesta rede amostrada de prestação de serviços se destacam de forma eficiente em relação às demais dimensões de qualidade. Ainda na análise de cada elemento da rede se destacou nas UBSs e nos Hospitais a dimensão segurança, em decorrência da confiança na equipe de saúde e no AMA E destacou-se a dimensão tangibilidade, por causa da higiene e limpeza do local e facilidade de acesso ao serviço.

O resultado dessa pesquisa aponta um baixo nível de insatisfação com a qualidade dos serviços prestados pela Rede da microrregião do M'Boi Mirim sob a ótica das puérperas de alto risco elencando os problemas pontuais e facilmente corrigíveis de modo a melhorar ainda mais a qualidade de toda a Rede.

Para futuras pesquisas na área de prestação de serviços da saúde, recomenda-se realizar um estudo de equações estruturais para analisar o grau de importância de cada uma das dimensões propostas por Parasuraman *et al.*(1988).

Posteriormente, seria interessante ampliar o objeto da pesquisa e a amostra, tanto em termos do tipo de unidade do SUS a ser analisada (incorporando as AMAs e outras unidades especializadas), como também o tipo de usuário dos serviços SUS em outras especialidades.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKTER, S; UPAL, M; HANI, U. *Service Quality Perception and Satisfaction: A study over sub-urban public hospitals in Bangladesh.* Journal of Services Research, Special Issue; p.125-144; 2008.
- BALESTRIN; A.; VARGAS; L. **A dimensão estratégica das redes horizontais de PMES: Teorizações e Evidências.** Revista de Administração Contemporânea – RAC; p. 203 a 227; 2004.
- BENAZZI, L. E. B.; FIGUEIREDO, A. C. L.; BASSANI; D. G. **Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil.** Ciênc. Saúde Coletiva; Rio de Janeiro; v. 15; n. 3; May 2010.
- BREMER, C.F.; **Uma análise da Aplicação do Modelo de Empresas Virtuais na Indústria Brasileira.** WZL. Univ. Achen, Alemanha, 1996.
- BRITTO, J. Redes de cooperação entre empresas. In: KUPFER, D. **Economia Industrial: Fundamentos teóricos e práticos no Brasil.** Rio de Janeiro; Editora Campus, 2002.
- CARMAN; James. *Consumer Perceptions of Service Quality: An assessment of ServQual dimensions.* Journal of Retailing; v.66; n.1; 1990.
- CASAROTTO FILHO, N.E. & PIRES, L.H.; **Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local. Estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência Italiana.** Atlas, 1999.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** 9 Ed.; São Paulo: Paz e Terra; v.1;1999.
- COOK, K. S; WHITMEYER, J. M. *Two approaches to social structure; exchange theory and network analysis.* Annual Review Sociological, 18, 109-127,1992.
- CORREA, G.N. **Proposta de integração de parceiros na formação e gerência de empresas virtuais.** Tese (Doutorado em Engenharia). Escola de Engenharia de São Carlos – USP, São Carlos, 1999.
- CRONIN; J.J.; TAYLOR; S. *Measuring service quality: A reexamination and extension.* Journal of Marketing; v.56; n. 3; p. 55-68; 1992.
- CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. *SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perception-minus-expectations measurement of service quality.* Journal of Marketing; Vol. 58; pp. 125-31,1994.
- DE GEYNDT, W. *Five approaches for assessing the quality of care.* Hospital Administration; v.15; p.21- 42; 1970.
- DHANARAJ, C; PARKHE, A. *Orchestrating Innovation Networks.* Academy of Management Review. v. 31; n.3; p.659–669; 2006.

DOLL, R. *Surveillance and monitoring. International Journal of Epistemology*; v. 3;p.305-14; 1974.

DONABEDIAN, A. *Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly*; v. 83.; n. 4; p.691-729; 2005. Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing, 2005. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly; v. 44; n. 3; p.166- 203; 1966.

DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality Assessment and Monitoring*; v.1; Health Administration Press; Ann Arbor, 1980.

DONABEDIAN A. *The seven pillars of Quality*. Arch Pathol Lab Med ; 114; 1115-8; 1990.

DROR ,Y. *Public Policy Making Reexamined*. San Francisco: Chandler Publishing Co.; p.370; 1968.

EBERS, M.; JARILLO, J.C. *The construction, forms and consequents of industry network*. International Studies of Management & Organizations; v.27; n.4; winter; p.3-21, 1998.

ESPERIDIÃO; MA; TRAD; LA. *Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais*. Cad.SaúdePública; p.22-6; 2006.

FREEBORN, D.K.; GREENLICK, M.R. *Evaluation or the performance of ambulatory care systems: Research Requirements and Opportunities*. Supplement to Medical Care; p.68-75; 1973.

GOLDMAN, S.; NAGEL, R. & PREISS, K. *Agile Competitors - concorrência e Organizações Virtuais*. São Paulo, Ed. Érica, 1995

GRANDORI, A; SODA, G. *Inter-firm networks: Antecedents, mechanisms and forms*. Organization Studies.1995.

GRÖNROOS, C. *A service quality model and its marketing implications*. European Journal of Marketing. Vol. 18; Nº4; p. 36-44; 1984.

GULATI, R. *Alliances and networks. Strategic Management Networks*. v.19; p.293-317; p.14-18; 1998.

GULATI, R., NOHRIA, N., & ZAHEER, A. *Strategic networks*. Strategic Management Journal; v. 21(Special Issue); p. 203–215; 2000.

HOFFMAN, V.; MOLINA-MORALES,F.; MARTINEZ-FERNANDES, M. *Redes de empresas: uma proposta de tipologia para sua classificação*. Congresso EnAnpad, p.3-7, 2004.

INKPEN, A.C. Strategic Alliances. In: HITT, M.A., FREEMAN, R.E., HARRISON, J.S.(Org.) *The blackwell handbook of strategic management*. Oxford: Blackwell Publishers, 2001.

- INKPEN, A.C.; TSANG, E.W.K. ***Social Capital, Networks and Knowledge Transfer.*** Academy of Management Review; v. 30; n. 1; p.146–165; 2005.
- KOKA, B. R.; PRESCOTT, J. E. ***Strategic alliances and social capital: A multidimensional view.*** Strategic Management Journal; v. 23; p.795–816; 2002.
- KANTER, R.M. ***When giants learn cooperative strategies.*** Planning Review, v.18,n.1, Jan 1990.
- KONGSTVEDT, P.R.; GATES, R. ***Ten critical success factors for integrated delivery systems.*** Aspen Publishers; Gaithersburg, M.D.; 2001.
- LEE R.I., JONES L.W. ***The concept of good medical care.*** Chicago, Illinois. University of Chicago Press,1933.
- LEE H., LEE Y., YOO D. ***The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction.*** Journal of Services Marketing; v..14; n°3; p. 217- 31; 2000.
- LONIAL et al. ***An evaluation of SERVQUAL and patient loyalty in an emerging country context.*** Total Quality Management Vol. 21, No. 8, August 2010, 813–827.
- MAZZALI, L.; COSTA, V. ***As formas de organização em redes: configuração e instrumentos de análise da dinâmica industrial recente.*** Revista Econômica Política; v.17; n.4; p.121-139;Out-Dez,1997.
- MENDES, E.V. ***Os novos desafios para os gestores dos sistemas de serviços de saúde no século XXI (apresentação).*** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.
- MENDES, E.V. ***Vigilância em Saúde e Atenção Primária a Saúde: Alinhamento Conceitual e o Estabelecimento de Novas Práticas Necessárias para o Avanço do SUS.*** IX Encontro Científico Expoepi; Ministério da Saúde, 2009.
- MIGUEL, P. A.; SALOMI, G. E. ***Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços.*** Produção; São Paulo; v. 14; n. 1; p.12-30; 2004.
- MILES, R.; SNOW, C. ***Organizations: new concepts for new forms;*** California Management Review; v.28; p. 68-73; 1986.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***SUS de A a Z - Garantindo Saúde nos Municípios.*** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 3 Edição, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***As Cartas da Promoção da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.*** Ottawa; 1986.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Mortalidade Infantil. Diagnóstico do Brasil;*** Maio 2010-05-13.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas; Área Técnica de Saúde da Mulher. ***Gestação de Alto Risco – Manual Técnico;*** 3^a Edição; Brasília, 2000.

MONTENEGRO, H. *Organización de sistemas de servicios de salud en redes.* Foro internacional de redes de servicios y ordenamento territorial em salud. Bogotá, Colombia, 11-13 de Junio 2003.

NOHRIA, N. *Is a network perspective a useful way of studying organizations?* In: NOHRIA, N.; ECLES, R. Networks and organizations: Structure, form, and action. Boston: Harvard Business School; Introduction; p.1-22; 1992.

OLAVE; M.; AMATO NETO; J. **Redes de cooperação produtiva.** Revista Gestão e Produção; v.8; n.3; p. 289-303; 2001.

OLIVER, R. L. *A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions.* Journal of Marketing Research, Vol. XVII ; p. 460-9; 1980.

OLIVER, A. L.; EBERS, M. *Networking network studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships.* Organization Studies; v.19; p.549-583; 1998.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, 2007.

OPAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes Integradas de Servicios de Salud.* N.4, p.29-54, 2010.

PARASURAMAN, A; BERRY, L.; ZEITHAML, V. *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research.* Journal of Marketing; V. 49 (Fall); p. 41-50; 1985.

PARASURAMAN, A; BERRY, L.; ZEITHAML, V. **SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality.** Journal of Retailing; v. 64 (1); p.12-40; 1988.

PARASURAMAN, A; BERRY, L.; ZEITHAML, V. *Guidelines for Conducting Service Quality Research.* Marketing Research (December); p.34; 1990.

PARASURAMAN, A; BERRY, L.; ZEITHAML, V. *Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale.* Journal of Retailing; 67 (Winter); 420-50; 1991.

PARASURAMAN, A; BERRY, L.; ZEITHAML, V. *More on Improving Service Quality Measurement.* Journal of Retailing; 69 (Spring); 140-47; 1993.

PORTR, M. **Vantagem Competitiva. Criando e sustentando um desempenho superior.** 13 ed., Rio de Janeiro, Campus, 1998.

POWELL, W. W. *Neither market nor hierarchy: network forms of organization.* Research in Organization Behavior. v. 12, p. 295-336, 1990.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Mãe Paulistana. www.prefeitura.sp.gov.br; acesso em 01/06/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PRO-ADESS – Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde.** www.proadess.cict.fiocruz.br,20/04/ 2011.

QUADER, M. S. ***Manager and Patient Perceptions of a Quality Outpatient Service: Measuring the GAP.*** Journal of Services Research; Vol.9; Number I ; April-September 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. www.sistema.saude.sp.gov.br/consulta_cnes; acesso em 20/06/2011.

SHEPS, M.C. ***Approaches to the Quality of Hospital Care.*** Public Health Reports 70:p.877–886. September, 1955.

SHORTELL, S.M.; ANDERSON, D.A.; GILLIES, R.R.; MITCHELL, J.B.; MORGAN, K.L. ***Building integrated systems: the holographic organization.*** Healthcare Forum Journal; 36(2): p. 20-6; 1993.

THORELLI, H. B. ***Networks: between markets and hierarchies.*** Strategic Management Journal; V.7; p. 37-51; 1986.

TICHY, N.; TUSHMAN, M.; FOMBRUN, C. ***Social Networks analysis for organizations.*** Academy of Management Review; v.4; n.4; p. 507-519; 1979.

TSANG, E. W. K. ***Internationalization as a learning process: Singapore MNCs in China.*** The Academy of Management Executive, v. 13, n. 1, p. 91, fev. 1999.

VERRI, F.T.H. ***Competitividade em redes de empresas que operam por projeto.*** Anais do III Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Industriais. São Paulo, FGV, vol.2, Setembro, 2000.

VUORI, H. ***Patient Satisfaction an attribute or indicator of the quality of care?*** QRBQual Rev Bull 1987; 13:106-8.

WOOD JR, T.; ZUFFO, P. ***Supply Chain Management.*** Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.38, n.3, p.55-63, Julho/ Setembro, 1998.

YIN, R. K. ***Estudo de caso: planejamento e métodos.*** Porto Alegre, Bookman. Companhia Editora, 3^a Ed., 2005.

APENDICE

I - Fatores de Riscos Associados às Gestantes de Alto Risco.

Quadro 9: Fatores de Risco Associados às Gestantes de Alto-Risco

Riscos de Fatores	Sócio-Econômicos e Comportamentais	Biológicos	Ginéco-Obstétrica
	<ul style="list-style-type: none"> Condições ambientais desfavoráveis; └ Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário; └ Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos; Escolaridade baixa; └ Baixa renda; □ Situação conjugal insegura; Tabagismo; └ Alcoolismo; □ Uso de drogas lícitas ou ilícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Idade Menor que 15 e maior que 35 anos; Práticas inadequadas de saúde e higiene - Idade - Estatura Peso antes da gestação - Peso ganho na gestação - Anemia Estresse; Altura menor que 1,45 m; Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia uterina anterior; Anormalidades uterinas; Neoplasia ginecológica; - Morte perinatal; - Recém-nascido com crescimento retardado ou mal formado; Abortamento habitual; - Esterilidade ou infertilidade; Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos.; □ Nuliparidade e Multiparidade; □ Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Doenças obstétricas (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragias, qualquer desvio no desenvolvimento do feto, etc...); Intercorrências Clínicas em geral (cardiopatias, hemopatias, pneumopatias, doenças autoimunes, nefropatias, etc...).

Fonte: Adaptado pela Autora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

II - Relação de UBS da amostra.

Quadro 10 - Codificação de UBS

UBS	Denominação	Nº
1	Alto do Riviera	2
2	Capela do Socorro*	
3	Chácara Santana	3
4	Figueira Grande	5
5	Herculano	1
6	Interlagos *	
7	Ipava*	
8	Jd . Aracati	2
9	Jd . Brasília	3
10	Jd . Caiçara	4
11	Jd. Celeste	5
12	Jd. Coimbra	3
13	Jd. Germânia*	
14	Jd. Guarujá	2
15	Jd . Thomas	1
16	Kagohara	1
17	Nakamura	2
18	Novo Caminho	7
19	Novo Jardim	7
20	Palmares	1
21	Paranapanema	1
22	Pq. do Lago	1
23	Pq. Santo Antonio	6
24	Riviera	2
25	Santa Lúcia	3
26	Santa Margarida	5
27	Santa Maria	1
28	Santo Eduardo*	
29	Vila das Belezas	2

Fonte: elaborado pela autora, a partir dos dados da pesquisa de campo.

(*) UBS que não pertencem a Rede da microrregião do M'Boi Mirim. A rede conta com 24 UBS na microrregião do M'Boi Mirim. Estas 24 UBS atenderam 87,5% da amostra.

III - Relação dos hospitais da amostra.

Quadro 11- Codificação de Hospitais

HOS	Denominação	NJ	Nº**
1	Alvorada	2	2
2	Amparo Maternal	1	
3	Campo Limpo *	1	7
4	Hospital do Brás	2	1
5	HCL	1	
6	Hospital da Luz	2	1
7	M'Boi Mirim *	1	35
8	Regional Sul *	1	11
9	Santa Casa	1	2
10	Santa Paula	2	1
11	São Leopoldo	2	2
12	Servidor Público	1	
13	Vidas	2	1
14	Maternidade Interlagos	1	

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo

*Hospitais referenciados para usuárias da rede SUS da microrregião do M'Boi Mirim da cidade de São Paulo. Os Hospitais indicados pelo NJ 1, referem-se a Hospitais Públicos e pelo NJ 2 a Hospitais Privados.

**Foram atendidas 55 puérperas na Microrregião do M'Boi Mirim, equivalente a 68,8% das mulheres amostradas. Aproximadamente 25% das puérperas utilizaram serviços fora da rede da microrregião.

IV - Amostra

A população envolvida nesta pesquisa foi definida após mapeamento dos atendimentos feitos no Ambulatório de Especialidades - AMA E, quando foram relacionadas 193 puérperas de alto risco, que percorreram toda a rede do Programa.

Tabela 4 – Base Amostral em relação ao número total de puérperas de alto risco atendidas pelo SUS na microrregião do M'Boi Mirim – Nov/2010 a Abr/2011.

Época do parto	Nº de puérperas* atendidas pela rede SUS [a]	Amostra [b]	[b/a] %
Novembro	31	21	68
Dezembro	30	18	60
Janeiro	42	21	50
Fevereiro	34	1	3
Março	13	7	54
Abril	43	12	28
Total	193	80	41

OBS: (*) puérperas de alto risco.

Fonte: Elaborado pela autora a partir da pesquisa de campo.

Quanto ao perfil demográfico da amostra todas as respondentes eram alfabetizadas. Este fato facilitou a comunicação e o entendimento das questões propostas, provavelmente possibilitando respostas mais exatas. A tabela 5 apresenta o perfil etário da amostra, que se assemelha a uma curva normal.

Tabela 5: Perfil Etário da Amostra

Categoría	Nº de Puérperas	Percentual
Idade		
Até 18	4	5%
19-25	20	26%
26-30	26	32%
31-40	26	32%
41	4	5%
Total	80	100%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DAS CLIENTES SUS					
I - IDENTIFICAÇÃO		Nº SUS			
1. Nome completo:			2. Idade:		
3. Bairro onde reside:			4. Naturalidade (UF):		
5. UBS ou Unidade de origem:					
6. Alfabetizada () Não Alfabetizada ()					
1. Em que momento que você achou que estava grávida?		2. Você sabia onde procurar ajuda?		3. Em que momento foi realizado o teste que confirmou a gravidez?	
<input type="checkbox"/> 1 No primeiro mês	<input type="checkbox"/> 1 UBS	<input type="checkbox"/> 1 No primeiro mês	<input type="checkbox"/> 2 No segundo mês		
<input type="checkbox"/> 2 No segundo mês	<input type="checkbox"/> 2 AMA	<input type="checkbox"/> 2 No segundo mês	<input type="checkbox"/> 3 No terceiro mês		
<input type="checkbox"/> 3 No terceiro mês	<input type="checkbox"/> 3 Pronto Socorro	<input type="checkbox"/> 3 No terceiro mês	<input type="checkbox"/> 4 A partir do quarto mês		
<input type="checkbox"/> 4 A partir do quarto mês	<input type="checkbox"/> 4 Não sabia	<input type="checkbox"/> 4 A partir do quarto mês			
4. Onde foi feito diagnóstico de gravidez:		5. Quando chegou a UBS, iniciou o pré-natal:		6. Os exames de rotina de pré-natal na UBS foram solicitados na primeira consulta:	
<input type="checkbox"/> 1 UBS	<input type="checkbox"/> 1 Imediatamente ou até o primeiro mês.	<input type="checkbox"/> 1 Sim			
<input type="checkbox"/> 2 AMA	<input type="checkbox"/> 2 No segundo mês	<input type="checkbox"/> 2 Não			
<input type="checkbox"/> 3 Pronto Socorro Público	<input type="checkbox"/> 3 A partir do terceiro mês				
<input type="checkbox"/> 4 Convênio Particular					
<input type="checkbox"/> 5 Outros: _____					
7. Quanto tempo levou para os exames solicitados pela UBS serem realizados?		8. Todos os exames de rotina, conforme protocolo médico da UBS, foram realizado na rede pública de saúde?		9. O retorno para consulta de rotina do pré-natal (UBS) foi agendado em:	
<input type="checkbox"/> 1 Imediatamente	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Até 1 mês			
<input type="checkbox"/> 2 Até sete dias da solicitação	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 2 Mais de 1 mês			
<input type="checkbox"/> 3 De 8 a 15 dias da solicitação					
<input type="checkbox"/> 4 De 16 a 30 dias da solicitação					
<input type="checkbox"/> 5 A partir de 31 dias da solicitação					
10. Os resultados dos exames já estavam prontos no primeiro retorno da consulta de pré-natal na UBS?		11. Quantas consultas você faltou no pré-natal na UBS?		12. Qual o motivo da falta na consulta da UBS?	
<input type="checkbox"/> 1 Todos	<input type="checkbox"/> 3 Nenhum	<input type="checkbox"/> 1 Nenhuma consulta	<input type="checkbox"/> 1 Não faltou		
<input type="checkbox"/> 2 Quase Todos		<input type="checkbox"/> 2 Uma consulta	<input type="checkbox"/> 2 Problema de saúde (estava internada, incapacitada para deslocamento)		
		<input type="checkbox"/> 3 Duas consultas	<input type="checkbox"/> 3 Problemas familiares (saúde, financeiros, etc.)		
		<input type="checkbox"/> 4 Três ou mais consultas.	<input type="checkbox"/> 4 Falha de comunicação do agente comunitário ou agendamento.		
13. Nas consultas de rotina na UBS, o tempo de espera para o atendimento da recepção demorava:		14. Nas consultas de rotina na UBS, o tempo de espera para o atendimento do médico/enfermeira demorava :		15. Como você avalia a limpeza da UBS?	
<input type="checkbox"/> 1 Até meia hora.	<input type="checkbox"/> 1 Até meia hora.	<input type="checkbox"/> 1 Ótima			
<input type="checkbox"/> 2 Mais de meia hora.	<input type="checkbox"/> 2 Entre meia hora e uma hora.	<input type="checkbox"/> 2 Boa			
	<input type="checkbox"/> 3 Mais de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 3 Ruim			
16. Como você avalia o estado dos móveis e equipamentos da UBS (cadeiras, macas, balcão, bebedouro)?		17. Como você foi recebido pelos funcionários da recepção (educação e cortesia)na UBS?		18. Como você avalia a atenção ou cortesia dos enfermeiros da UBS?	
<input type="checkbox"/> 1 Ótimo	<input type="checkbox"/> 1 Ótima	<input type="checkbox"/> 1 Ótima			
<input type="checkbox"/> 2 Bom	<input type="checkbox"/> 2 Boa	<input type="checkbox"/> 2 Boa			
	<input type="checkbox"/> 3 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Ruim		

19. Como você avalia a atenção ou cortesia do médico da UBS?	20. Você confiou na equipe de médico/enfermeiro do pré-natal da UBS?	21. Você entendeu as orientações médicas da UBS?
<input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 2 Boa	<input type="checkbox"/> 1 Confiou <input type="checkbox"/> 2 Confiou mais ou menos	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não
22. Você seguiu as recomendações médicas da UBS?	23. A localização da UBS é boa?	24. Na UBS os consultórios , locais de exames e sanitários tem placas ou sinalizações?
<input type="checkbox"/> 1 Totalmente <input type="checkbox"/> 2 Seguiu em parte	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não
25. O medicamento receitado na consulta da UBS foi distribuído na UBS?	26. As suas expectativas com relação a equipe de pré-natal da UBS foram atendidas?	
<input type="checkbox"/> 1 Todos <input type="checkbox"/> 2 A maioria	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	
27. Você ficou satisfeita com o atendimento da UBS?	28. Como você avaliaria o serviço da UBS?	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 2 Bom	
29. Quando foi diagnosticada a necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (AMA Especialidade)?	30. Quanto tempo demorou para agendar a consulta no pré-natal de alto risco da AMA Especialidade?	31. Os exames especializados do pré-natal de alto-risco foram solicitados na primeira consulta?
<input type="checkbox"/> 1 Na primeira consulta <input type="checkbox"/> 2 Na segunda consulta <input type="checkbox"/> 3 Na terceira consulta <input type="checkbox"/> 4 Na quarta consulta <input type="checkbox"/> 5 A partir da quarta consulta	<input type="checkbox"/> 1 Imediatamente <input type="checkbox"/> 2 Menos de uma semana <input type="checkbox"/> 3 Mais de uma semana <input type="checkbox"/> 4 Mais de quinze dias	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não
32. O tempo de demora para realização dos exames solicitados no pré-natal de alto risco da AMA Especialidade foi:	33. Qual o tempo de espera para agendamento de consulta do pré-natal de alto risco do AMA Especialidade?	34. Os resultados dos exames já estavam prontos no primeiro retorno do pré-natal de alto-risco do AMA Especialidade?
<input type="checkbox"/> 1 Imediatamente. <input type="checkbox"/> 2 Até sete dias da solicitação <input type="checkbox"/> 3 De 8 a 15 dias da solicitação <input type="checkbox"/> 4 De 16 a 30 dias da solicitação <input type="checkbox"/> 5 A partir de 31 dias da solicitação	<input type="checkbox"/> 1 Imediatamente <input type="checkbox"/> 2 Até sete dias da solicitação <input type="checkbox"/> 3 De 8 a 15 dias da solicitação <input type="checkbox"/> 4 De 16 a 21 dias da solicitação <input type="checkbox"/> 5 A partir de 22 dias da solicitação	<input type="checkbox"/> 1 Todos <input type="checkbox"/> 2 Parte
		<input type="checkbox"/> 3 Nenhum

<p>35. Todos os exames foram realizados na rede pública de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>	<p>36. Você tinha conhecimento de onde procurar ajuda em caso de emergência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Se Não, Por quê?</p>	<p>37. Quem orientou o seu hospital de referência em caso de emergência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 UBS <input type="checkbox"/> 2 AMA Especialidade <input type="checkbox"/> 3 Outros Informaram</p>
<p>38. O atendimento de emergência resolveu o problema no momento (entrou com alguma dor e saiu sem a dor)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Se Não, Por quê?</p>	<p>39. Seu pré-natal de alto risco no AMA Especialidades foi até o momento do parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>	<p>40. Quantas consultas você faltou no pré-natal de alto-risco do AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nenhuma consulta <input type="checkbox"/> 2 Uma consulta <input type="checkbox"/> 3 Duas ou mais consultas</p>
<p>41. Qual o motivo da falta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Não faltou <input type="checkbox"/> 2 Problema de saúde <input type="checkbox"/> 3 Problemas familiares <input type="checkbox"/> 4 Falha de comunicação</p>	<p>42. Nas consultas de rotina do pré-natal de alto risco no AMA Especialidade, o atendimento da recepção demorava quanto tempo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Até meia hora <input type="checkbox"/> 2 Mais de meia hora</p>	<p>43. Qual o tempo de espera para o atendimento médico na consulta de pré-natal de alto risco do AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Até meia hora. <input type="checkbox"/> 2 Entre meia hora e uma hora. <input type="checkbox"/> 3 Mais de uma hora</p>
<p>44. Como você avalia a limpeza do AMA Especialidades?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 3 Ruim <input type="checkbox"/> 2 Boa</p>	<p>45. Como você avalia o estado dos móveis e equipamentos (cadeira, maca, balcão, bebedouro) do AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ótimos <input type="checkbox"/> 3 Ruins <input type="checkbox"/> 2 Bons</p>	<p>46. Como você avalia a atenção ou cortesia dos funcionários da recepção do AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 3 Ruim <input type="checkbox"/> 2 Boa</p>
<p>47. Como você avalia a atenção ou cortesia dos enfermeiros da AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 3 Ruim <input type="checkbox"/> 2 Boa</p>	<p>48. Como você avalia a atenção ou cortesia do médico do AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 3 Ruim <input type="checkbox"/> 2 Boa</p>	<p>49. Você confiou no médico do pré-natal de alto risco do AMA Especialidades?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Confiou <input type="checkbox"/> 3 Não confiou <input type="checkbox"/> 2 Confiou mais ou menos</p>
<p>50. Você entendeu as orientações do médico de pré-natal de alto risco do AMA Especialidades?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>	<p>51. Você seguiu as recomendações médicas no pré-natal de alto risco do AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Totalmente <input type="checkbox"/> 3 Não seguiu nada <input type="checkbox"/> 2 Seguiu em parte</p>	<p>52. A localização do AMA Especialidade é boa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>
<p>53. No AMA Especialidade os consultórios, locais de exames e sanitários têm placas ou sinalizações?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>	<p>54. O medicamento receitado na consulta de pré-natal de alto risco foi distribuído no AMA Especialidades?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Todos <input type="checkbox"/> 3 Nenhum <input type="checkbox"/> 2 A maioria</p>	<p>55. As suas expectativas com relação a equipe de pré-natal no AMA Especialidades foram atendidas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>
<p>56. Você ficou satisfeita com o atendimento no AMA Especialidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>	<p>57. Como você avaliaria o serviço do AMA Especialidades?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ótimo <input type="checkbox"/> 3 Ruim <input type="checkbox"/> 2 Bom</p>	<p>58. O parto foi realizado no seu hospital de referência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não Se Não, Por quê?</p>

HOSPITAIS			
59. O parto foi realizado dentro da data prevista (cartão do pré-natal)? Se Não, Por quê?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	60. Qual o tempo de espera para o atendimento da recepção do Hospital? 1 Até meia hora. 2 Entre meia hora até uma hora 3 Mais de uma hora	61. No atendimento hospitalar, a espera pelo atendimento médico foi de quanto tempo? 1 Até meia hora 2 Entre meia hora e uma hora 3 Mais de 1 hora
62. Como você avalia a limpeza do Hospital?	<input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 2 Boa <input type="checkbox"/> 3 Ruim	63. Como você avalia o estado dos móveis e equipamentos (cadeira, maca, balcão, bebedouro) do Hospital? 1 Ótimo 2 Bom 3 Ruim	64. Como você avalia a atenção ou cortesia dos funcionários da recepção do Hospital? 1 Ótima 2 Boa 3 Ruim
65. Como você avalia a atenção ou cortesia dos enfermeiros do Hospital?	<input type="checkbox"/> 1 Ótima <input type="checkbox"/> 2 Boa <input type="checkbox"/> 3 Ruim	66. Como você avalia a atenção ou cortesia do médico? 1 Ótima 2 Boa 3 Ruim	67. Você confiou na equipe médica que te atendeu no hospital? 1 Confiou 2 Confiou mais ou menos 3 Não confiou
68. A localização do hospital é boa?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	69. Você entendeu as orientações médicas feitas no Hospital? 1 Sim 2 Não	70. Você seguiu as recomendações médicas? 1 Totalmente 2 Seguiu em parte 3 Não seguiu nada
71. No Hospital os consultórios, locais de exames e sanitários têm placas ou sinalizações?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	72. As suas expectativas com relação a equipe médica no Hospital foram atendidas? 1 Sim 2 Não	OBSERVAÇÕES: _____ _____ _____
73. Você ficou satisfeita com o atendimento do Hospital?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	74. Como você avaliaria o serviço do Hospital? 1 Ótimo 2 Bom 3 Ruim	