

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Márcia Maria de Medeiros Travassos Saeger Martins

**A POLÍTICA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS
USUÁRIOS DO SUS NA REGIÃO METROPOLITANA DE
JOÃO PESSOA E RECIFE**

João Pessoa

2009

Márcia Maria de Medeiros Travassos Saeger Martins

**A POLÍTICA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS
USUÁRIOS DO SUS NA REGIÃO METROPOLITANA DE
JOÃO PESSOA E RECIFE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Rohde

João Pessoa

2009

S127p *Saeger, Márcia Maria de Medeiros Travassos Martins.*
A política do cartão nacional de saúde sob a ótica dos usuários do SUS
na região metropolitana de João Pessoa e Recife/ Márcia Maria de
Medeiros Travassos Saeger Martins. - - João Pessoa: [s.n.], 2010.

120f. : il.

Orientador: Leonardo Rohde

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCSA.

1.Tecnologia da informação . 2.Sistema Único de Saúde .
3.Cartão Nacional de Saúde . 4.Usuário do SUS.

Márcia Maria de Medeiros Travassos Saeger Martins

**A POLÍTICA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS
USUÁRIOS DO SUS NA REGIÃO METROPOLITANA DE
JOÃO PESSOA E RECIFE**

Dissertação de Mestrado entregue à banca examinadora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Conceito final:

Aprovado em:/...../.....

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Leonardo Rohde
Orientador - UFPB

Professor Dr. Carlo Gabriel Porto Bellini
Membro – UFPB – PPGA

Professor Dr. Guilherme Ataíde
Membro – UFPB – PPGCI

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Filippo, Sophia e Enzo, preciosos tesouros que Deus presenteou a mim e aos meus familiares. Hoje, ainda pequeninos, mas sem dúvida, motivo eterno de orgulho de todos nós. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, centro inefável para quem se direcionam e se fundem todas as ciências, artes e verdades superiores. Ser supremo que é a primeira e a última palavra das coisas presentes ou passadas, próximas ou longínquas; causa única de todas as coisas, a união absoluta do Bem em que a alma humana acha sua razão de ser e a fonte inesgotável de suas forças e de suas inspirações. Afinal, não existe um constructo mais perfeito que Ele.

Aos meus pais e irmãos, pela presença de todos os dias e pela sincera torcida para a realização dos meus sonhos. Com carinho especial, à minha mãe, Verônica, pela efetiva participação em cada etapa deste trabalho, vibrando com as conquistas e me apoiando frente aos obstáculos que surgiram.

A todos os meus familiares, avós, tios e primos, pelo incentivo e carinho de todos os dias. Em especial, ao meu avô, Ruben Rangel Travassos (*in memoriam*), pelo exemplo de homem, marido, pai e avô que sempre foi. Este trabalho é mais uma prova de que teus ensinamentos de vida e força de vontade sem igual perduram no seio de nossa família até hoje.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa, que com o tempo se tornaram amigos verdadeiros e companheiros em diversos momentos deste trabalho. Um carinhoso agradecimento aos amigos Antônio Henriques de França e Deoclécio Francisco do Nascimento, pelas conversas e injeções de ânimo diante das tantas adversidades que se colocaram em nossas trajetórias.

Aos professores e funcionários do PPGA, que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste projeto. Especial agradecimento aos professores Carlo e Rita Bellini, que no momento mais difícil do meu mestrado transcenderam questões pessoais e ofereceram o suporte necessário à conclusão deste trabalho.

Ao professor Leonardo Rohde, que aceitou a difícil missão desta orientação. Ético e objetivo, fez com que este trabalho passasse a ter sentido. Em meio aos cafezinhos, tortas de chocolate e “abelhas suicidas”, fez surgir um trabalho do qual hoje posso me orgulhar.

Aos colegas do Mestrado, desta e de outras turmas, que, nas experiências de sala de aula ou em conversas pelos corredores, deixaram seu apoio e auxílio diante do desafio que é a conclusão deste curso.

Aos pacientes dos hospitais municipais que, em meio aos seus problemas pessoais, concordaram em conceder as entrevistas que nos auxiliaram a concluir esta pesquisa. Que este trabalho possa, de alguma maneira, sensibilizar aqueles que são os responsáveis por melhorar as condições do serviço público de saúde do Brasil, ofertado a todos vocês, sem

distinção. Agradeço a paciência com as falhas do gravador e da “tecnologia”, o sorriso sincero; desejo que as dores e os problemas vividos por vocês se dissipem logo.

Um agradecimento especial, a Joaquim Valdenês Martins, pessoa que hoje representa a certeza de um presente feliz e a esperança de um futuro maravilhoso. Companheiro e acima de tudo, amigo. Obrigado pelos conselhos, pelas suaves críticas, elogios e gestos que me encorajaram a não desistir em momento algum desta jornada.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo.

O futuro tem muitos nomes. Para os fracos é o inalcançável. Para os temerosos, o desconhecido. Para os valentes é a oportunidade.

Victor Hugo

RESUMO

O Brasil tem encontrado grandes dificuldades, ao longo de sua história, na educação, economia, segurança, política e saúde. A população carente, que ocupa uma fatia enorme em relação àqueles que têm mais recursos depende das ações do Governo para que possa usufruir de educação e saúde de qualidade, além de outros serviços. Uma das formas adotadas na busca de soluções de otimização dos serviços de saúde pública no país foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Com os crescentes avanços tecnológicos por que vem passando o mundo, a administração pública vem inserindo em suas práticas ferramentas que a Tecnologia da Informação (TI) disponibiliza. No campo da saúde pública, além dos Sistemas de Informação em Saúde, o Cartão Nacional de Saúde, ou Cartão SUS representa um dos maiores projetos criados pelo governo, utilizando sistemas de informação que integram todas as esferas de Governo, propiciando assim maior controle financeiro do Ministério da Saúde. O Cartão SUS possibilita o acesso de pacientes cadastrados aos serviços prestados pelo SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, um dos objetivos do Cartão SUS é aumentar a eficiência e a qualidade do acesso aos serviços públicos de saúde. Diante dos investimentos realizados em tecnologia é esperado um aumento de produtividade, que reflete em benefícios à população. Esta pesquisa objetiva trazer ao leitor, o modo como os usuários do SUS percebem a política do Cartão SUS. Para tanto, foram entrevistados pacientes de hospitais públicos das regiões metropolitanas de João Pessoa e Recife e os resultados da avaliação foram provenientes de uma análise de conteúdo, proposta por Gläser e Laudel, com dimensões e variáveis estabelecidas a partir do modelo SERVQUAL, validado cientificamente. Verificou-se, ao final da análise, que os usuários do SUS não se sentem beneficiados com a implantação do Cartão SUS, o que possibilita a conclusão de que os altos gastos do Governo com o Cartão SUS não foram revertidos em benefícios à população.

Palavras-chaves: Tecnologia da Informação, Sistema Único de Saúde, Cartão Nacional de Saúde, usuário do SUS.

ABSTRACT

Throughout its history, Brazil has been finding many difficulties in education, economy, security, politics and health. The poor sections of the population - which is a large majority of people in relation to the ones who have more conditions - depend on governmental actions to make use of education and good health care among other services. One of the ways used to find solution to improve public health care services in the country was to create the Unique Health Care System (Sistema Único de Saúde - SUS), which aims at altering inequality in health care assistance to the population, imposing public attendance to any citizen, being prohibited the charge of money under any circumstances. With the increase in advances in technology around the world, public administration has been inserting in its practice devices that information technology (IT) disposes. In the public health care field, besides the Information systems in health, the national health card -or SUS card - represents one of the biggest projects developed by the government, using information systems that integrate all governmental spheres, providing a bigger financial control of the Ministry of health. The SUS card makes the access of registered patients to the SUS services possible, but at the same time it should not obstacle the access of the ones who do not have the card yet. According to the Health Ministry, one of the objectives of SUS card is to raise quality and efficiency in access to public health services. Ahead of the investments carried through in technology, an increase productivity is waited, that reflects in benefits to the population. This research aims at bringing to the reader the way as the users of SUS perceives the politics of SUS Card. Therefore public hospital patients in the metropolitans regions of João Pessoa and Recife were interviewed and the evaluation results proceeded from content analysis, proposed by Gläser and Laudel, with variables and dimensions established from the SERVQUAL model, scientifically validated. It was verified, to the end of the analysis, that the users of SUS do not feel themselves benefited with the implantation of SUS Card, what it makes possible the conclusion of that the high expenses of the Government with SUS Card had not been reverted in benefits to the population.

Key-words: Information technology, Common Health Care System, National Health Card, users of SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Processo de atendimento do usuário do Cartão SUS	38
Figura 02 – Arquitetura do sistema Cartão SUS	44
Figura 03 – Princípio da análise de conteúdo qualitativa	62
Gráfico 01 – Distribuição de internautas por região do Brasil	33
Quadro 01 – Componentes do Cartão Nacional de Saúde	35
Quadro 02 – Amostragem teórica <i>versus</i> amostragem estatística	57
Quadro 03 – Distribuição da amostra da pesquisa	59
Quadro 04 – Comparação entre análise de conteúdo de Bardin e Gläser e Laudel	61
Quadro 05 – Grupo e dimensões analisadas na pesquisa	64
Quadro 06 – Dimensões e rastreadores ou variáveis analisados na pesquisa.....	65
Quadro 07 – Roteiro da análise de conteúdo da pesquisa	66
Quadro 08 – Distribuição de entrevistados quanto à apresentação de benefícios com o Cartão SUS	69
Quadro 09 – Distribuição de entrevistados por abordagem de cada variável da dimensão confiabilidade	70
Quadro 10 – Novos rastreadores para análise da dimensão confiabilidade	71
Quadro 11 – Distribuição de entrevistados por abordagem da variável da dimensão compreensividade	78
Quadro 12 - Conceitos de qualidade	80
Quadro 13 – Rastreadores ou variáveis analisados para a dimensão empatia	80
Quadro 14 – Distribuição de entrevistados por abordagem das variáveis da dimensão empatia	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil de usuários e não-usuários da Internet no Brasil	32
Tabela 02 – Comparação entre as Capitais - Incidência da Pobreza	34
Tabela 03 – Gastos com saúde eletrônica <i>versus</i> outros programas sociais	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CPA – Centro Público de Acesso
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
GED – Gestão Eletrônica de Documentos
GIS – Sistemas de Informações Geográficas
HTTP – HyperText Transfer Protocol ou Protocolo de Transferência de Hipertexto
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP – Internet Protocol
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH – Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção
PROAIM – Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade
SAD – Sistema de Informação de Apoio à Decisão
SAE – Sistemas de Automação de Escritório
SI – Sistema de Informação
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS – Sistema Único de Saúde
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
TCP – Transmission Control Protocol
TI – Tecnologia da Informação
TPS – Transaction Processing System
WWW – World Wide Web

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1. JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO	19
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.2 JUSTIFICATIVA	20
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 Objetivo Geral	21
1.3.2 Objetivos Específicos	22
1.4 RESULTADOS ESPERADOS	22
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 Introdução: a informação	23
2.2 Tecnologia da Informação	25
2.3 Tecnologia da Informação no Setor Público	26
2.3.1 Escolha dos sistemas de informação	28
2.4 Sistemas de Informação em Saúde	29
2.4.1 Sistemas de Informação em saúde no Brasil: história	29
2.4.2 A sociedade brasileira e inserção dos SIS	32
2.5 Cartão Nacional de Saúde	34
2.5.1 Objetivos do Cartão SUS	37
2.5.2 Recursos Tecnológicos contemplados no Cartão SUS	39
a) Cartões de identificação	40
b) Terminais de atendimento e equipamentos	40
c) <i>Software</i>	41
d) Rede de comunicação	41
e) Aspectos de segurança do sistema	42
2.5.3 Gastos públicos com o Cartão SUS	44
2.6 A importância do usuário do SUS	45
2.6.1 O direito à saúde conferido a todos	46
2.7 O Paradoxo da Produtividade	47
2.7.1 Produtividade em Tecnologia da Informação	47
2.7.2 Explicações para o Paradoxo da Produtividade	48
2.8 Modelo SERVQUAL	49
3. MÉTODO DE PESQUISA	52
3.1 Natureza da pesquisa	52

3.2 Abordagem qualitativa	53
3.3 Instrumento de coleta de dados	55
3.4 Universo e amostra da pesquisa	56
3.5 Análise de dados	60
3.5.1 Rastreadores	63
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	67
4.1 Análise de conteúdo das dimensões: confiabilidade, compreensividade e empatia ..	69
4.1.1 Confiabilidade	69
a) variável “o hospital fornece os serviços no tempo prometido”	70
b) variável “o hospital fornece os serviços no tempo prometido para atendimentos de urgência e emergência”	72
c) variável “O hospital fornece os serviços no tempo prometido para realização de consultas e exames previamente marcados”	73
d) Variável “A equipe de funcionários do hospital demonstra interesse em resolver os problemas dos pacientes”	75
4.1.2 Compreensividade	77
a) variável “Os funcionários do hospital apresentam informações precisas”	78
4.1.3 Empatia	79
a) variável “A equipe do hospital dá atenção especial aos pacientes”	81
b) variável “A equipe do hospital é cortês com os pacientes”	82
5. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	83
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
7. SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE	96
APÊNDICE A - ROTEIRO ELABORADO PARA PESQUISA DE CAMPO, ATRAVÉS DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	97
APÊNDICE B - ESCALAS DO MODELO SERVQUAL UTILIZADAS NA PESQUISA	98
APÊNDICE B.1 – ESCALA SERVQUAL UTILIZADA EM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFTALMOLÓGICOS PRESTADOS AOS PACIENTES DO SUS	98
APÊNDICE B.2 – ESCALA SERVQUAL UTILIZADA EM INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA EM SERVIÇOS OFERTADOS POR HOSPITAIS	99
APÊNDICE C – ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS DAS CIDADES DE CABEDELO, JOÃO PESSOA, CAMPINA GRANDE E RECIFE	100

APÊNDICE C1 – ENTREVISTAS EM CABEDELO	100
APÊNDICE C2 – ENTREVISTAS EM JOÃO PESSOA	102
APÊNDICE C3 – ENTREVISTAS EM CAMPINA GRANDE	105
APÊNDICE C4 – ENTREVISTAS EM RECIFE	108
APÊNDICE D – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “O HOSPITAL FORNECE OS SERVIÇOS NO TEMPO PROMETIDO PARA ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”	111
APÊNDICE E – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “O HOSPITAL FORNECE OS SERVIÇOS NO TEMPO PROMETIDO PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES PREVIAMENTE MARCADOS”	112
APÊNDICE F – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “A EQUIPE DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL DEMONSTRA INTERESSE EM RESOLVER OS PROBLEMAS DOS PACIENTES”	113
APÊNDICE G – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “OS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL APRESENTAM INFORMAÇÕES PRECISAS”	114
APÊNDICE H – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “A EQUIPE DO HOSPITAL DÁ ATENÇÃO ESPECIAL AOS PACIENTES”	115
APÊNDICE I – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “A EQUIPE DO HOSPITAL É CORTÊS COM OS PACIENTES”	116
ANEXOS	118
ANEXO I – MUNICÍPIOS DO PROJETO PILOTO DO CARTÃO SUS	119
ANEXO II - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES BÁSICAS DO SUS – LEI N° 8.080/90	120

INTRODUÇÃO

A desigualdade social, a fome, a miséria e a falta de meios adequados de sobrevivência para a população carente brasileira são alguns dos problemas enfrentados diariamente pelo Governo. A precariedade da saúde atinge a população cada vez mais, apesar de diversas medidas serem tomadas para combater esse impacto negativo sobre os que dependem dos serviços gratuitos oferecidos pelo Governo para sua sobrevivência. Uma dessas medidas foi a criação do SUS.

Campos (1997) e Carvalho e Santos, (1995) postulam que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no Brasil como resposta às críticas e aos limites de seu modelo antecessor (SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde), que caracterizava-se por ser centrado na figura do médico e dos hospitais, voltado para ações curativas, apresentando uma visão meramente biologistica do processo de saúde, deixando de considerar as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas.

O SUS foi criado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida a cobrança de dinheiro sob qualquer pretexto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ e o Instituto Vital Brasil.

Através deste sistema, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamento nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (das esferas municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelos gestores públicos de saúde. O SUS é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população em geral e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

Tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades do cidadão, independente de seu poder aquisitivo. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, exames, alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público.

Com o SUS, os pacientes passaram a ter direito ao atendimento de Saúde em qualquer parte do país, dentro das condições oferecidas pelo local. Porém, por se tratar de um programa de cobertura nacional, não seria fácil trabalhar com o SUS sem o auxílio da Tecnologia da Informação (TI). Isto porque alguns dados processados nos estabelecimentos de saúde precisam ser compartilhados, em curto espaço de tempo, o que traz a necessidade de equipamentos e ferramentas de comunicação que propiciem esta troca contínua de informações. Tavares e Costa (2008, p. 12) apontam que “a disseminação do uso de equipamentos e sistemas computadorizados tem sido extensa nas últimas décadas, motivada por diversos benefícios percebidos, geralmente relacionados a ganhos de produtividade, de competências e *performance* organizacional”.

Várias são as ferramentas que a TI disponibiliza ao campo da saúde, tais como: Sistemas de Informações Hospitalares, Sistemas de Controle Financeiro, Sistemas de Informações Ambulatoriais, Sistemas de apoio às decisões, códigos de barras em medicamentos e produtos biológicos e Prontuário Eletrônico do Paciente.

Contudo, a manutenção da Tecnologia da Informação, que tem sido proposta como ferramenta essencial para promover a melhoria da Saúde (DICK E STEEN, 1997), exige particularidades advindas de sua implantação e uso, tais como altos custos de manutenção das tecnologias, investimento em segurança das informações armazenadas nos bancos de dados e manutenção da integração de sistemas.

É grande o número de organizações que vem enfrentando problemas por optarem por sistemas que são elaborados de acordo com as últimas tendências de mercado, mas que não condizem com as necessidades organizacionais. Neste sentido, Rodrigues Filho (2001, p. 98) afirma que “mais de 60% da Tecnologia da Informação projetada para as organizações hoje são falhas, por não atenderem as suas reais necessidades de utilização”.

O insucesso desses sistemas pode ser atribuído, de certa forma, à falha dos planejadores de sistemas, que por vezes não entendem o verdadeiro sentido da implantação e importância que os sistemas de informação têm para a organização. Tavares e Costa (2008) defendem que a tecnologia não deve ser vista apenas como artefato; sua prática nas organizações deve ser enfatizada, uma vez que os indivíduos, dotados de crenças, valores e expectativas irão assimilar e influenciar seu uso. Assim, ao tomar a decisão de implantar um sistema de informação na organização, seja ele um sistema construído ou adaptado aos processos de trabalho organizacionais, é necessário que o planejador do sistema possua o domínio da tecnologia enquanto artefato agregado a uma visão clara da organização e de suas particularidades.

Diferente disto, o criador deste sistema agirá como um técnico de informática. De acordo com Denning (1991) um profissional de informática é alguém cuja principal função é dar suporte à outra pessoa que use o computador. As organizações necessitam de pessoas

capacitadas a oferecer suporte técnico voltado não apenas para a utilização de computadores, mas também para a operacionalização dos processos de trabalho. A não inclusão do usuário e dos profissionais da organização no processo de desenho e implementação do sistema de forma correta pode acarretar em um aspecto negativo para a organização.

Diversos autores, tais como Benson (2002), Berg (2001) e Pekkolla *et al* (2006) vêm apontando falhas no desenvolvimento de Sistemas de Informação para a área Médica e Hospitalar. Para alguns, a introdução da informática no campo da Medicina é relativamente nova, além de os profissionais que atuam nesta área possuírem, em geral, formação nas áreas exatas, tornando-os técnicos em TI e faltando-lhes o conhecimento específico da área da saúde, o que pode refletir de forma negativa na construção de Sistemas de Informação Hospitalares.

Na intenção de alinhar TI e saúde, foram criadas algumas ferramentas, dentre as quais o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que, além de substituir os prontuários em papel, agrega informações mais completas acerca do atendimento ao paciente em um sistema computadorizado.

Na intenção de reunir todas as informações relacionadas ao atendimento dos usuários, foi criado o Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS, cuja proposta geral é garantir que, em qualquer lugar do país aonde o usuário do SUS venha a ser atendido, seus dados pessoais, anteriormente inseridos no sistema de cadastramento (CadSUS) e acessados por meio de um cartão magnético, possibilitem sua identificação, garantindo a consulta no estabelecimento conveniado com o SUS, além de solucionar a questão do repasse financeiro equivalente ao atendimento prestado pela instituição de direito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

O Cartão SUS apresenta propostas bastante inovadoras para a saúde pública do Brasil. O propósito de buscar a melhoria no atendimento ao usuário é apoiado por uma grande estrutura tecnológica, com sistemas de informação e equipamentos capazes de integrar toda a rede SUS do país. Contudo, Tavares e Costa (2008) alertam para o fato de que a implantação de algumas tecnologias ainda pouco conhecidas pela sociedade pode gerar uma ampla gama de efeitos, nem sempre antecipáveis. Assim, investimentos em tecnologias de ponta não necessariamente podem acarretar em resultados efetivos de melhoria nas condições de atendimento à população usuária do SUS, por não gerar o efeito esperado.

O Brasil ainda busca solucionar problemas de atenção básica à população, como educação, saúde e a crescente desigualdade social. De acordo com pesquisa realizada pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 1% dos brasileiros mais ricos - 1,7 milhão de pessoas - detém uma renda equivalente a da parcela formada pelos 50% mais pobres

(86,5 milhões de pessoas) (FOLHA ONLINE *apud* IPEA, 2005). Mas não é apenas a renda dos brasileiros que traz diferenças de percentuais. O acesso a planos de saúde também é privilégio de poucos. Apenas 24% da população do país possui acesso a planos de saúde, incluídos neste percentual titulares e dependentes (IBGE, 2005).

É sabido que o Cartão Nacional de Saúde se presta a atuar como mecanismo de controle governamental, e, sobretudo, como instrumento facilitador do acesso do usuário do SUS aos serviços públicos de saúde, que configura maior parte da população brasileira. Entender como o Cartão SUS beneficiou o usuário dos serviços públicos de saúde é o foco desta pesquisa.

1. JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO

A finalidade deste capítulo é apresentar a problemática que fez surgir a necessidade de desenvolvimento deste trabalho, justificando a escolha do tema. A seguir, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A evolução da Tecnologia da Informação e o aperfeiçoamento dos sistemas de informação fazem com que o acesso ao conhecimento se torne um dos requisitos para o pleno exercício da administração pública em todas as esferas de governo e áreas de gestão. Assim, o campo da saúde também vem fazendo uso crescente das novas ferramentas disponibilizadas pela TI (SAAD *et al*, 2005).

É certo que inovar práticas e sistemas de trabalho demanda gastos. A tecnologia traz benefícios às organizações, mas estes benefícios muitas vezes exigem um investimento com custos bastante elevados. Bernstorff e Cunha (1999) defendem que, em razão de sua importância, a TI possui um orçamento privilegiado nas organizações. No setor público não é diferente. Porém, apesar de se enfatizar a modernização da gestão pública, “a TI está sendo utilizada, na maioria das vezes, como gerenciador de dados e não como forma de disseminação e descentralização da informação” (SAAD *et al*, 2005, p. 2).

Na saúde pública, a busca por informações vem aumentando os desafios relativos à sua utilização, de modo a dar suporte ao processo de tomada de decisão e controle social.

“Muitos avanços foram alcançados desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), porém ainda insuficientes frente à crescente necessidade em convergir para a integração dos sistemas e no uso da informática para a melhoria dos processos de trabalho em saúde. A integração dos sistemas de informação em saúde através do uso da TI, quando efetivada, contribuirá para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, otimizando os recursos disponíveis e trazendo benefícios potenciais para usuários, profissionais e gestores” (SAAD, *et al*, 2005, p. 2).

Assim, é importante entender que o resultado dos investimentos em TI deve ser o aumento de produtividade. Esta por sua vez deve ser refletida de forma positiva no usuário do serviço. Para fortalecer o sistema público de saúde, foi elaborada a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH), onde uma das prioridades é “fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Um de seus objetivos é a reformulação dos processos de trabalho dos sujeitos que atuam fornecendo serviços públicos de saúde, buscando assim melhoria da qualidade dos serviços para o usuário.

Vários esforços são percebidos no sentido de beneficiar o usuário da saúde pública do Brasil. Além da PNH, o Cartão SUS também é apontado como caminho para ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), porém seus resultados ainda não são conhecidos.

Para nortear a problemática levantada nesta pesquisa, nos valem de que a questão de pesquisa deve ser formulada de tal maneira que implicitamente não levante outras questões ao mesmo tempo. Flick (2004, p. 63) versa sobre este ponto quando afirma que

“A formulação de questões de pesquisa, em termos concretos, é guiada pelo objetivo de esclarecer o que os contatos do campo irão revelar. Quanto menos clareza houver na formulação de uma questão de pesquisa, maior será o risco de os pesquisadores acabarem impotentes diante da tentativa de interpretar uma montanha de dados” (FLICK, 2004, p. 63).

Assim constitui objetivo desta pesquisa responder à seguinte questão-problema:
Como os usuários do SUS da região metropolitana de João Pessoa e Recife foram beneficiados com a política do Cartão Nacional de Saúde?

1.2 JUSTIFICATIVA

O Cartão Nacional de Saúde demandou altos investimentos em TI – até 2005 estima-se que foram gastos aproximadamente US\$ 106 milhões (RODRIGUES FILHO; GOMES,

2006) – mas os reais benefícios resultantes destes investimentos junto aos usuários dos serviços do SUS não são conhecidos, por não existir ainda uma avaliação dos resultados obtidos com o Cartão SUS.

Rodrigues Filho e Gomes (2004), em estudo realizado sobre a Tecnologia da Informação no Governo Federal, apontam a questão dos altos gastos com Tecnologia da Informação realizados pelo Governo. Mas, não se pode verificar que número de estudos já realizados sobre o efetivo aumento da produtividade nas agências governamentais com a utilização de novas tecnologias venha crescendo na mesma proporção que os gastos com tecnologia nas empresas públicas.

Ainda seguindo a linha de pensamento de Rodrigues Filho e Gomes (2004), a avaliação dos grandes projetos de TI no Brasil é uma necessidade urgente, e se faz necessário criar novas metodologias de avaliação que não se limitem a quantificar aspectos econômico-financeiros, mas, considerar questões qualitativas quanto ao funcionamento destas tecnologias e seus benefícios para a sociedade.

Assim, a realização desta pesquisa investiga como os usuários do SUS foram beneficiados com a política do Cartão SUS, viabilizando sugestões de melhoria ou correção nos serviços ofertados à sociedade, para o caso da não existência de resultados positivos. Os resultados encontrados podem dar oportunidades a estudos de maior porte, no que tange a dar continuidade a investimentos no projeto ou não, dando fim a gastos que podem acabar por ser desnecessários ao Governo, por não refletir benefícios à sociedade.

Diante do exposto acima, destacamos a importância de uma avaliação do projeto de implantação do Cartão Nacional de Saúde. Para alcançar os objetivos da pesquisa, foi realizado um estudo da literatura, tomando por base principal os seguintes autores: Benson (2002), Berg (2001), Dewan e Kraemer (2000), Féres (2005), Littlejohns e Wyatt (2003), Nikula (2005), O'brian (2001), Schneier (2001), Ückert *et al* (2004).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Configura objetivo geral desta pesquisa **entender como os usuários dos serviços públicos de saúde da região metropolitana de João Pessoa e Recife foram beneficiados com a política do Cartão Nacional de Saúde.**

1.3.2 Objetivos específicos

- Entender a política do Cartão Nacional de Saúde;
- Investigar como os investimentos com o cartão SUS foram refletidos no ganho de produtividade;
- Avaliar se houve um reflexo positivo dos gastos com o Cartão Nacional de Saúde no usuário do SUS na região metropolitana de João Pessoa e Recife.

1.4 RESULTADOS ESPERADOS

Estudos sobre a relação entre investimentos em TI e ganhos de produtividade, mais precisamente o Paradoxo da Produtividade, devem ser levados em consideração pelos projetistas e analistas de sistemas, a fim de que não sejam perdidos investimentos com tecnologias que, por algum motivo, não resultarão em ganhos de produtividade.

Em se tratando do SUS, quando os investimentos em tecnologias são realizados mas os resultados não geram, ainda que em longo prazo, ganhos de produtividade, os resultados são refletidos de forma negativa nos usuários dos serviços do SUS, uma vez que sobram investimentos em tecnologia e faltam em medicamentos, profissionais e infraestrutura, por exemplo.

Com esta pesquisa, pode-se esperar que o resultado das avaliações dos usuários dos serviços do SUS possa atuar como um alerta aos dirigentes da saúde pública sobre o verdadeiro impacto que o Cartão SUS tem causado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo se encontram inseridas as proposições que nortearam a base teórica desta pesquisa, segundo o levantamento bibliográfico feito em livros, artigos e documentos relacionados ao assunto, bem como pesquisas realizadas em *sites* e encartes específicos do Ministério da Saúde.

A temática que serviu como base para esta pesquisa, destacada nesta seção, foi: Sistemas de Informação na Saúde e Cartão Nacional de Saúde. Após a abordagem do Cartão SUS, com seus objetivos, componentes de tecnologia e gastos, foi dedicada uma seção ao usuário do SUS, por constituir objeto desta pesquisa.

2.1 INTRODUÇÃO: A INFORMAÇÃO

No ambiente empresarial, a informação é a base de sustentação da organização. Mas a necessidade pela informação não data dos tempos modernos, surgindo há muitos anos, nas antigas civilizações.

Muitos historiadores acreditam que uma das principais características de algumas civilizações antigas era a sua capacidade de produzir e utilizar de maneira eficiente as informações (Burch e Grudnitski, 1989). Por exemplo, as civilizações mesopotâmicas, que viveram por volta de 4500 a.C. mantinham sofisticados registros em tabletes de argila de diversas formas e tamanhos. Aquela armazenagem em tabletes fornecia inúmeras informações sobre recibos, despesas, inventários, empréstimos, compras, vendas, arrendamentos, formação e dissolução de sociedades e contratos (Burch e Grudnitski, 1989).

Em meados do século XVIII, a Revolução Industrial removeu os processos básicos de produção em casas e pequenas oficinas para as grandes fábricas, que cresciam cada dia mais. O aumento de tamanho e complexidade destas organizações foi tornando impossível a qualquer pessoa obter informações suficientes para gerenciá-las com excelência sem a ajuda de um processamento de dados (Date, 1991).

Atualmente, apresenta-se diante dos gestores de empresas um grande desafio: oferecer soluções que contribuam para a resolução de problemas que venham a surgir na caminhada em direção à realização dos objetivos da organização. Para que estes problemas possam ser equacionados, permitindo a reflexão de bases para o seu devido

processo de decisão, o gestor necessita trabalhar com informações. Isto leva à necessidade de conhecer o conceito e a importância que a informação possui para as organizações.

A informação envolve a comunicação e a recepção de conhecimento. Em linhas gerais, informação consiste em dados, imagens, textos, documentos e voz, todos indiscriminadamente entrelaçados e sempre organizados em um contexto significativo. Na visão de Stair (1998, p. 4) “a informação é um conjunto de fatos organizados de tal forma que adquirem valor adicional além do valor do fato em si”. A informação “é o dado trabalhado que permite o executivo tomar decisões” (OLIVEIRA, 1998, p. 34).

Ao ser utilizada pelos gestores, a informação pode afetar ou modificar o comportamento existente na empresa, assim como o relacionamento entre as várias unidades organizacionais (Cheswick *et al.*, 2005). Deste modo, a informação deve ser correta e atuar como ferramenta de produção de soluções eficientes no processo de tomada de decisão nas organizações. Para Foina (2001, p. 17) “a informação certa, no formato adequado e na hora certa pode mostrar oportunidades de negócios (ou ameaças) que levam os executivos a tomar decisões importantes para o sucesso do negócio”.

Com o forte avanço da tecnologia, a importância da informação também passou a ser considerada quando se trata dos sistemas de informação. Um sistema de informação pode ser definido de diversas formas. Para Saeger (2004, p. 23/24)

“Como recursos, podemos definir sistemas de informação como um conjunto de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros agregados segundo uma seqüência lógica para o processamento dos dados e tradução em informações, para, com seu produto, permitir às organizações o cumprimento de seus objetivos. É também uma combinação de pessoas, facilidades, tecnologias, mídias, procedimentos e controle, com os quais se pretendem manter canais de comunicação relevantes, processar transações rotineiras, chamar a atenção dos gerentes e outras pessoas para eventos internos e externos significativos e assegurar bases para a tomada de decisões inteligentes” (SAEGER, 2004, p. 23/24).

Em um conceito mais objetivo, Melo (1999, p. 30) afirma que “todo e qualquer sistema que tem informações como entrada, visando gerar informações de saída é um sistema de informação”. Levando-se em consideração que as informações processadas pelos sistemas darão subsídio ao processo de tomada de decisão, é possível perceber que os sistemas de informação devem ser adquiridos pelas organizações quando realmente puderem oferecer informações relevantes à empresa, atuando como diferencial para a organização e não como um simples componente.

Além dos sistemas de informação, existem diversas ferramentas à disposição das organizações, formando um grande conjunto de itens de Tecnologia da Informação, que

vem sendo utilizada de forma abrangente em todos os segmentos. Assim, as empresas dispõem de sistemas de informação de diversos tipos, ferramentas de multimídia e telecomunicações, enfim, um vasto *portfólio* de ferramentas que podem auxiliar nos processos empresariais.

Contudo, ao adquirir estas ferramentas que facilitam o trabalho e geram mais eficiência no trabalho, a organização deve dispor de um bom capital destinado à investimentos em TI. E neste ponto algumas organizações vêm enfrentado problemas, pois sempre que se investe em algo, espera-se que os resultados daquele investimento apareçam rapidamente e que sejam positivos.

Como em algumas organizações o investimento em TI não é correspondido da maneira esperada através das ações, ou melhor, da produtividade, alguns gestores se perguntam se o investimento foi errado, se a ferramenta não se adequou às necessidades da organização ou se as pessoas não sabem lidar com aquela ferramenta. Para Solow (1987), podia-se ver computadores em toda parte, menos nas estatísticas da produtividade.

No campo da saúde, onde são realizados vários investimentos em TI, muito tem sido discutido sobre a verdadeira eficiência que as ferramentas de TI vêm trazendo aos serviços de saúde. Uma das formas de buscar auxílio na ciência para explicar este questionamento está no Paradoxo da Produtividade.

2.2 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

O conceito de Tecnologia da Informação é mais abrangente do que os conceitos de processamento de dados, sistemas de informação, engenharia de *software*, informática ou o conjunto de *hardware* e *software*, pois também envolve aspectos humanos, administrativos e organizacionais (KEEN, 1993). Existem autores que distinguem TI e sistemas de informação. Outros conceituam TI incluindo os sistemas de informação, o que lhe atribui aspecto mais amplo.

Para fins deste estudo, a TI será conceituada segundo a visão de LUFTMAN *et al.*, (1993) incluindo sistemas de informação, uso de *hardware* e *software*, telecomunicações, automação e recursos multimídia utilizados pelas organizações para fornecer dados, informações e conhecimento.

A tecnologia da informação está sendo proposta como ferramenta essencial para promover a melhoria da Saúde (DICK e STEEN, 1997). Desta forma, ferramentas de TI como sistemas de apoio às decisões, gestão eletrônica de doenças, códigos de barras de

medicamentos e produtos biológicos, prescrições eletrônicas e prontuário eletrônico do paciente vem sendo apontados como meios de reduzir custos com a saúde e erros médicos.

Porém, ainda que estas ferramentas sejam apontadas com o intuito de reduzir custos com a saúde, um dos maiores obstáculos que as organizações de saúde têm enfrentado com a implantação destas tecnologias é o próprio custo de sua implantação e utilização.

Diante da complexidade dos sistemas que integram estas ferramentas, um outro aspecto que pode ser apontado como obstáculo é a dificuldade que os usuários dos sistemas encontram em manuseá-los, posto que geralmente estes são implantados sem a participação daqueles que irão trabalhar direta e indiretamente com estes sistemas. Este configura um grande problema para as organizações que adquirem os sistemas sem a prévia participação dos usuários, que muitas vezes não conseguem se adaptar àquela realidade e a organização pode até perder todo o investimento feito em determinada tecnologia. Rodrigues Filho (2001, p. 98) afirma que “mais de 60% da Tecnologia da Informação projetada para as organizações hoje são falhas, por não atenderem as suas reais necessidades de utilização”.

Ainda no caminho dos obstáculos que se impõem diante da implantação da TI na saúde, temos o reflexo que a tecnologia tem no usuário dos serviços de saúde, pois, apesar da implantação de equipamentos e sistemas de informação em busca de um melhor serviço fornecido ao usuário, nem sempre estas práticas refletem em benefícios aos pacientes.

2.3 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO

A revolução tecnológica que domina quase que a totalidade das camadas da sociedade contemporânea alastra-se não apenas sobre o cenário privado, mas também sobre o público.

“Se o modo de agir individual modifica-se e, de certa maneira, codifica-se pelas formatações binárias dos computadores e da *web*, é certo que o Estado não pode orientar sua atuação à margem dessa realidade. Não se discute mais se a Administração Pública deve ou não se valer dos meios tecnológicos, se deve ou não se informatizar. O debate atual refere-se à escolha que o Estado, em qualquer de suas esferas, deve fazer dentre as várias opções existentes no mercado” (FÉRES, 2005, pág. 01).

Segundo Leite (1995), a partir dos anos 1980, percebeu-se uma maior consolidação dos grandes centros de processamento nas organizações e uma maior visão da informação como um recurso estratégico. Desta forma, o que antes era conhecido por processamento

de dados, hoje é chamado tecnologia da informação. A TI, de acordo com Reynolds e Stair (2002), vem impactando profundamente a sociedade, de forma que hoje, vivermos na Era da Informação.

A tecnologia é responsável pela melhoria dos bens e serviços consumidos na sociedade, mas, também interfere histórica, social, econômica e culturalmente no processo de desenvolvimento local, provocando mudanças radicais no modo de agir, sentir e pensar. A tecnologia é, ainda, um poderoso instrumento político-ideológico na formação da opinião pública.

Na Sociedade da Informação e suas múltiplas possibilidades de conexão em rede, não é diferente. O uso disseminado do computador, o acesso às informações, a universalização dos meios de comunicação e telecomunicações, conjugados com a expansão da Internet no mundo, possibilita o surgimento de uma rede institucional de serviços eletrônicos. O resultado é a difusão social do conhecimento em larga escala de transmissão, a partir de sistemas tecnológicos inteligentes, com acesso público para o cidadão em diferentes pontos de conectividade, para indústrias e para todos os segmentos de atividade que necessitem trabalhar com este conhecimento difundido.

Quando pensamos na Administração Pública moderna e na execução das metas planejadas pelos gestores públicos, é difícil nos dissociarmos da idéia de que a tecnologia da informação, através principalmente dos sistemas de informação automatizados, atua como base de sustentação para a realização das atividades planejadas. SILVA *et al.* (2004, p. 31) afirmam:

“Passamos a ver a disseminação irreversível e progressiva, dia a dia, da Tecnologia da Informação e a utilização incondicional dos sistemas de informação automatizados em todos os níveis da administração pública direta e indireta, tanto federal quanto estadual e, especialmente municipal, em todos os escalões e níveis da estrutura organizacional das entidades públicas” (SILVA *et al.*, 2004, p. 31).

A transformação da economia industrial em economia da informação leva a informação e seus respectivos sistemas a desempenharem papel estratégico e operacional, utilizados como recurso impulsionador de atividades desempenhadas pelas organizações.

Contudo, a informatização não deve ser vista como o esforço máximo para solucionar as dificuldades enfrentadas pela organização, pois, a partir do momento em que este processo é inserido na organização, diversas barreiras organizacionais surgirão, trazendo novos problemas. Zuboff (1994, p. 91) afirma que “uma estratégia informatizante requer uma visão abrangente que avalie as possibilidades únicas da tecnologia inteligente e que reconheça a necessidade de utilizar a organização para liberar essas possibilidades”.

Tavares e Costa (2008, p. 13) defendem que “a tecnologia é socialmente construída e o usuário de TI é um agente na adoção, no uso e na adaptação dos recursos disponíveis”. Isto acarreta a necessidade de que os gestores tenham capacidade de compreender cada situação posta diante de si de uma forma estruturada, lógica e racional, desenvolvendo suas habilidades em um ambiente organizacional cada vez mais dependente da tecnologia e, sobretudo, aplicando da melhor maneira possível os resultados obtidos com a tecnologia para a sociedade.

2.3.1 Escolha dos Sistemas de Informação

A escolha de qual sistema de informação utilizar, quando e como, exige bastante habilidade dos gestores de TI. “No passado, numerosos projetos de desenvolvimento de sistemas de informação falharam. Os orçamentos ou os prazos finais foram excedidos ou uma parte significativa de características foram excluídas da execução final” (PEKKOLA *et al.*, 2006, p. 21). Desta forma, um sistema de informação deve ser entendido dentro de um contexto que vai muito além de componentes de informática.

Devem ser levados em consideração os usuários (diretos ou indiretos) que atuam na organização, a cultura da organização, o ambiente onde este sistema será inserido e as metas organizacionais desejadas. Rezende (2002) confirma tal pensamento, quando reforça que os usuários são os verdadeiros donos ou gestores dos sistemas e dos recursos da TI, recebendo suporte técnico dos profissionais de informática. Rodrigues Filho e Ludmer (2005) expõem que a visão centrada no usuário e não no sistema tem como orientação básica desenhar sistemas *com* as pessoas, e não *para* as pessoas, a fim de que se possa usufruir de toda a experiência do usuário.

A partir do confronto de todos estes aspectos organizacionais com as proposições do sistema, é possível se traçar um perfil do desempenho que este sistema terá na organização, e se realmente poderá auxiliar no processo gerencial. Isto porque a estratégia dos sistemas de informação é baseada no negócio e focada nas aplicações da administração pública, ou seja, “no que é necessário” (SILVA *et al.*, 2004).

Além disso, é preciso também verificar se a organização já possui ou não uma estrutura de sistemas anteriormente criada, a fim de que se possa pensar nas modificações que um novo sistema exigiria das pessoas e do ambiente organizacional em geral. Isto porque, segundo Nikula (2005), a maioria das mudanças e inovações ocorridas com o advento de novas tecnologias é feita utilizando-se armações tecnológicas já existentes, onde a nova tecnologia absorve a antiga estrutura. Tal fato não promove nenhuma diferença

em relação ao meio ambiente e o lado humano da organização, tornando a estrutura idêntica à já utilizada, sem nenhum diferencial interpretativo e com as mesmas bases conceituais.

2.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O campo da saúde vem passando por constantes atualizações no que tange a equipamentos, processos e ferramentas que viabilizem o cuidado na saúde. A Tecnologia da Informação se insere neste campo de forma a auxiliar processos de gestão hospitalar, na área de laboratórios e mesmo no trabalho diário de médicos e demais profissionais da saúde.

No Brasil, esta não é uma realidade diferente. A TI e suas ferramentas incrementam hospitais da rede privada, com ferramentas importantes, como o Prontuário Eletrônico do Paciente, ainda em experimento em alguns hospitais. No setor público, sistemas de informação e outras ferramentas de TI auxiliam no processo de gestão de políticas públicas de saúde e no trabalho de profissionais. A inserção dos sistemas de informação na saúde no Brasil será tratada na seção seguinte.

2.4.1 Sistemas de Informação em Saúde no Brasil: história

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde (SIS), como “um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e inclusive recomendações para a ação” (SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA)

A implementação de sistemas de informação em saúde por meio de instrumentos padronizados de coleta de dados no país é relativamente recente. De acordo com a Secretaria de Saúde de Santa Catarina, através de dados expostos no endereço eletrônico <http://www.saude.sc.gov.br>, a criação dos SIS se deu a partir de 1975, com a implantação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que foi o sistema pioneiro a empregar um documento individualizado e padronizado (Declaração de Óbito) para a coleta das informações sobre óbitos.

A criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), também se deu em 1975. Este foi estabelecido com base em documentos individuais e padronizados de coleta para as diferentes doenças de Notificação Compulsória. Suas informações, de maneira geral, têm sido trabalhadas de forma isolada.

A utilização de informações provenientes de outros sistemas, como por exemplo, do SIM para complementar as informações do SNVE, teve início apenas com a epidemia de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), após ter-se observado, no município de São Paulo, que havia um número maior de óbitos por AIDS, que de casos notificados pelo SNVE. Posteriormente, houve sua formalização e dotação de estrutura adequada para seu funcionamento, com a criação do PROAIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade) em 1989.

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) foi criado em 1990, surgindo sob a nova perspectiva da descentralização dos serviços de saúde e no momento em que a informática já estava sendo incorporada aos sistemas de informação. O SINASC possui uma maior capacidade de captação de nascimentos que as Estatísticas do Registro Civil. Em 1994, decorridos apenas quatro anos do início de sua implantação e considerando que até esse momento, ainda havia municípios fora do sistema, este já captava 2.480.380 nascidos vivos, enquanto o IBGE cobria 2.472.325 nascimentos. Estes resultados mostram o acerto, quando de sua concepção, em definir os estabelecimentos de saúde como a principal fonte de captação dos nascimentos para o SINASC.

Em 1993 foi implantado o SIH (Sistema de Informações Hospitalares), que também se baseava num instrumento de coleta de dados individualizado e padronizado (AIH - Autorização de Internações Hospitalares), em grande parte pré-codificado ou com normas estabelecidas para sua posterior codificação. Porém, seu objetivo principal é o pagamento das internações efetuadas pela rede hospitalar, constituindo-se, secundariamente, um instrumento de medida da morbidade hospitalar. Mas, este sistema, ao contrário do sistema de mortalidade, não tem cobertura universal da população, restringindo-se à população usuária do SUS.

O Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA foi criado com a finalidade de agilizar os procedimentos de pagamento dos serviços produzidos, permitindo assim, analisar o perfil da oferta de serviços ambulatoriais através do acompanhamento das programações físicas e orçamentárias, bem como o acompanhamento das ações de saúde produzidas. Sua origem está na Ficha de Cadastro Ambulatorial, e as informações são repassadas da unidade prestadora de serviço para o órgão gestor, chegando, por fim, ao Ministério da Saúde.

Nos últimos anos, tem sido observado grande avanço no que se refere ao acesso e às possibilidades de análise destes e de outros sistemas de informação em saúde

disponíveis no Brasil: o processamento desses sistemas vem, gradativamente, passando para Estados e/ ou Municípios, permitindo que a análise ocorra em tempo oportuno; foram incluídas, em alguns sistemas, variáveis como bairros e áreas de residência, fundamentais quando o usuário é o nível local; foram criados programas como o TABWIN, com a finalidade de simplificar a realização de tabulações com dados provenientes desses sistemas, além de torná-la mais ágil.

Uma parte desses avanços pode ser atribuída à implantação do SUS, que postula a descentralização dos sistemas de informação como um dos mecanismos para o seu gerenciamento. A demanda por informações que pudessem subsidiar a tomada de decisões nos níveis estadual, regional e municipal, funcionou como importante elemento de pressão para definir estratégias de adequação e disseminação das informações em saúde.

O desenvolvimento tecnológico ocorrido na área da saúde foi também determinante no aprimoramento dos mecanismos de disseminação das informações disponíveis. Souza (2007) afirma que as empresas de TI devem mostrar aos hospitais que a tecnologia é segura e traz benefícios, além de ajudá-los a seguir a tendência de uma medicina cada vez mais colaborativa. A autora aponta também a necessidade de que os registros de saúde sejam digitalizados e armazenados em bases que possam ser facilmente compartilhadas, enfatizando mais uma vez a questão da segurança desses dados, garantindo assim, ao paciente, o controle sobre as informações acerca de sua própria saúde.

Apesar de o Brasil ainda estar iniciando sua jornada rumo à inserção de tecnologias no campo da saúde, já podemos apontar alguns exemplos do início desta caminhada, como o SUS, que garante ao setor público o acesso a essas tecnologias, através dos sistemas anteriormente mencionados. Além disso, um importante projeto foi idealizado com o intuito de facilitar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, bem como melhorar a qualidade dos serviços ofertados e torná-los mais eficientes, utilizando também sistemas que possibilitem a integração dos serviços de saúde do Brasil: O Cartão Nacional de Saúde.

2.4.2 A sociedade brasileira e a inserção dos SIS

Nos dias atuais, o foco da aplicação da Tecnologia da Informação e a utilização dos sistemas de informação estão voltados de forma especial para a administração pública. “Estamos assim diante do momento em que todos os níveis da administração pública (federal, estadual e municipal) estão começando a investir e direcionar seus serviços ofertados aos cidadãos para a plataforma da Internet” (SILVA *et al.*, 2004, p. 192).

Para Saad *et al.* (2005), a pressão exercida pela sociedade por transparência, racionalização dos recursos e demanda por qualidade dos serviços públicos, voltando o foco da administração pública para o cidadão e para os resultados, leva a TI a estar cada vez mais presente como um fator qualificador da gestão das políticas públicas.

Sem dúvida, há motivos suficientes para se implementar os SIS nos projetos públicos de saúde e fazer deles instrumentos de melhoria das atividades executadas nas unidades. Contudo, ressaltamos a importância de, antes de se fazer maciços investimentos, analisar se eles terão o resultado esperado diante de seus usuários diretos e indiretos.

Littlejohns *et al.* (2003) destacam a importância de concentrar os esforços organizacionais para entender “por que” utilizar um sistema, antes de compreender “como” utilizá-lo. Após conhecer a real utilidade e funcionalidade, é que a organização deve optar ou não pela instalação de um sistema de informações. Além disso, é necessário também identificar se a população tem a consciência de quais benefícios poderá ter diante destas melhorias. O que observamos é a iniciativa dos gestores públicos em inserir a TI e suas ferramentas em um país onde poucos possuem o conhecimento ou acesso a computadores e outras ferramentas de tecnologia. Tal atitude caracteriza a gestão pública como sendo, por vezes, voltada para uma sociedade cuja realidade é diferente da vivenciada pela sociedade brasileira.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em pesquisa publicada em março de 2007, no ano de 2005 o número de internautas brasileiros era de apenas 32,1 milhões de pessoas, em meio a uma população de 190 milhões de habitantes. As informações fazem parte do suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD de 2005, sobre acesso à Internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. O levantamento realizado pelo IBGE, em parceria com o Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br), mostrou também que o rendimento, o nível de instrução e a idade apresentam reflexos evidentes no acesso à Internet, conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil de usuários e não usuários da Internet no Brasil

	Perfil dos usuários da rede	Perfil das pessoas que não utilizam a rede
Idade Média	28,1 anos	37,5 anos
Número médio de anos de estudo	10,7 anos	5,6 anos
Rendimento médio mensal domiciliar <i>per capita</i>	R\$ 1.000,00	R\$ 333,00

FONTE: IBGE, Pnad, 2005

Também podemos observar uma maior concentração destes usuários nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. O gráfico 2 ilustra a enorme fatia de pessoas que ainda não possuem acesso à Internet, bem como a divisão destes usuários de forma bastante desigual em todo o país.

Desta forma, a iniciativa de se fazer altos investimentos em tecnologia deveria ter sido tomada após grandes investimentos em inclusão digital da grande fatia que ainda não possui acesso à Internet. Isto porque o real propósito destes investimentos do Governo em TI se dá por dois motivos: a tecnologia virá para melhorar os serviços disponibilizados à população, como também para tornar públicas as ações e procedimentos executados pela administração pública, sem prejuízo do sigilo e segurança das informações necessárias.

Na intenção de reduzir estes percentuais baixos quanto ao acesso à rede, segundo Balboni (2007) o avanço da TI no Brasil vem sendo acompanhado por políticas públicas e privadas, que, apesar de tímidas, se voltam para a inclusão digital, especialmente para a universalização do acesso, através da instalação de Centros Públicos de Acesso (CPA) à Internet, sejam em escolas, bibliotecas ou outros locais de livre acesso da população. Porém, o percentual da população beneficiada com estes centros ainda é pequeno: apenas 3,5% da população brasileira tem acesso aos CPAs (CGI.br, 2006).

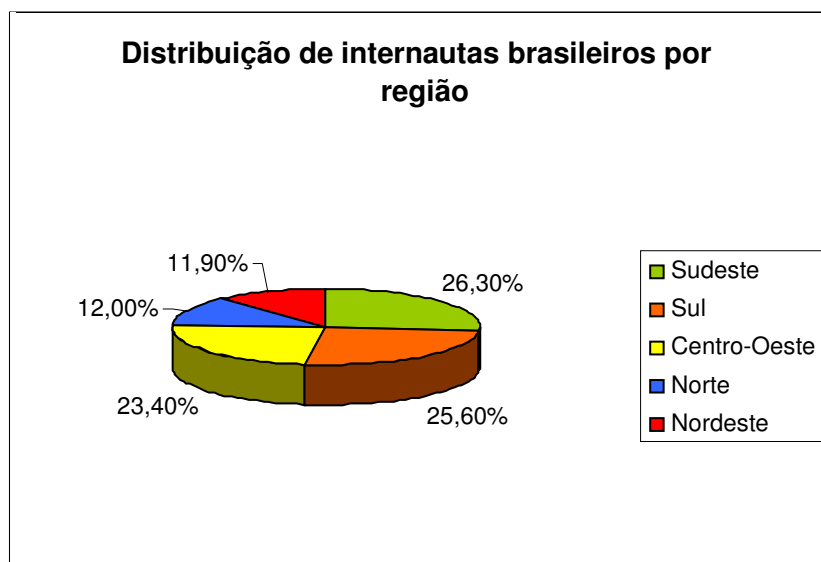


Gráfico 1 – Distribuição de internautas por região do Brasil
FONTE: IBGE: Pnad 2005

Além da inclusão digital, outro problema assola a população brasileira: os altos índices de pobreza na população. Para fins de esclarecimento, por pobre, segundo a Lei nº. 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, entende-se: “todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família” (QUEIROZ, 2002). Segundo o IBGE, “é considerada pobre

aquela pessoa que não consegue ter acesso a uma cesta alimentar e de bens mínimos necessários a sua sobrevivência” (IBGE, 2003). Em pesquisa realizada em 2003, o IBGE divulgou dados referentes ao percentual de pobreza nas capitais brasileiras, conforme Tabela 2.

Estes índices nos despertam atenção para o campo da saúde, onde foram realizados nos últimos anos grandes investimentos em TI. Como em qualquer outra atividade, no setor da saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias.

Tabela 2 – Comparação entre as capitais: incidência da pobreza

UF	MUNICÍPIO	%	UF	MUNICÍPIO	%
AL	Maceió	58,37	PR	Curitiba	31,71
MA	São Luís	54,83	TO	Palmas	29,52
PB	João Pessoa	52,98	MS	Campo Grande	29,25
PI	Teresina	47,39	SP	São Paulo	28,09
CE	Fortaleza	43,17	MT	Cuiabá	27,63
AM	Manaus	40,98	SE	Aracaju	27,45
RN	Natal	40,86	RJ	Rio de Janeiro	23,85
PA	Belém	40,60	RS	Porto Alegre	23,74
PE	Recife	39,46	SC	Florianópolis	23,49
RR	Boa Vista	37,95	RO	Porto Velho	21,89
DF	Brasília	37,71	GO	Goiânia	13,99
AC	Rio Branco	37,21	ES	Vitória	11,26
AP	Macapá	36,41	MG	Belo Horizonte	5,43
BA	Salvador	35,76			

FONTE: IBGE, 2003

Isto nos permite concluir que a área de Saúde também necessita de informações trabalhadas e concretas, para que seus profissionais possam tomar decisões acertadas. E mais uma vez nos reportamos ao uso da Tecnologia da Informação como aliada importante nas questões referentes à saúde.

2.5 O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

O Cartão SUS foi idealizado em 1996, quando se iniciou o esboço de um dos maiores projetos de saúde pública após a criação do SUS. Porém, devido ao grande número de falhas, não divulgadas oficialmente, o projeto foi posto de lado por certo tempo. Em 1999, retomadas as atividades ainda de criação do projeto, o Brasil pôde conhecer as propostas que surgiam diante da população usuária do SUS. A esperança de que seria um grande

projeto veio em virtude das promessas de unidades de saúde sem filas, atendimento rápido, marcação de consultas e exames sem demora, em dias e horários certos.

A implantação do Cartão SUS foi feita por meio da criação de uma base de dados cadastrais que identificava todos os usuários do SUS do país. Tratava-se de uma forma de organizar a rede de serviços de saúde nos municípios, estados e no âmbito nacional, mediante a modernização dos instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Cartão SUS não se limita a um cartão magnético entregue aos usuários, mas constitui um conjunto de cartões e sistemas que necessitam funcionar juntos. O quadro a seguir ilustra estes componentes e suas especificações:

Componentes do Cartão Nacional de Saúde
Cartão do usuário: um cartão magnético, que será lido pelos equipamentos terminais desenvolvidos especificamente para o projeto. Este cartão tem impresso o número nacional de identificação do usuário;
Cartão do profissional: também é um cartão magnético e permitirá a identificação dos profissionais de saúde perante o sistema;
Uma infra-estrutura de informação e telecomunicações, com funções de captar, armazenar e transmitir as informações sobre os atendimentos realizados. Essa infra-estrutura é composta pelos equipamentos terminais, instalados nas unidades de saúde que compõem o SUS, pelos equipamentos servidores instalados nas secretarias estaduais e municipais de saúde e no Ministério da Saúde e por uma rede de comunicações que abrange os níveis municipal, estadual e federal; e
Conjunto de aplicativos, desenvolvidos especificamente para o Cartão Nacional de Saúde.

Quadro 1 – Componentes do Cartão SUS

FONTE: www.saude.gov.br/cartao

Um dos objetivos do Cartão Nacional de Saúde era possibilitar ao SUS a capacidade de identificação individualizada dos usuários. Para tanto, foi constituído o Cadastro de Usuários do SUS, baseado no número PIS/ Pasep. Cada cidadão possui um cartão identificador que facilita seu acesso ao sistema. Este cadastramento teve seu início em 1999, iniciando a etapa de execução prática do projeto.

A partir do cadastramento e da emissão do cartão, seria possível identificar o usuário em todos os seus contatos com o SUS e acompanhar a sua evolução dentro do Sistema, com efeitos na atenção individual e no planejamento das ações de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a fase de experimento se deu com a criação do Projeto Piloto, onde foram tomados como pilotos 44 municípios do país, cuja lista se encontra no anexo I desta pesquisa. O cadastramento para o Cartão Nacional de Saúde pôde ser dividido em duas fases, para efeito de facilitar o entendimento dos dois processos vividos pelo projeto até o momento:

- Cadastramento nos municípios do Projeto Piloto;
- Cadastramento nacional para a expansão do Projeto.

Nos municípios que integram o Projeto Piloto, o cadastramento deu-se de forma diferenciada em relação aos demais municípios do país, com o intuito de que o projeto passasse a funcionar com a concretização de todas as suas metas. Os demais municípios brasileiros foram cadastrados para expandir o projeto por todo o país, seguindo as condições listadas abaixo:

- Todo o preenchimento dos formulários deve ser feito através da visita aos domicílios dos usuários;
- Os municípios e estados aderem ao processo voluntariamente por meio da assinatura de termos de adesão;
- A ajuda financeira aos municípios para a operacionalização do processo é realizada a partir da validação de cada cadastro. Como forma de apoiar o início do processo de cadastramento, na adesão dos municípios o Ministério da Saúde libera 15% do total de recursos estimados para o repasse.

Conforme estabelecido no Manual de Cadastramento Nacional dos usuários do SUS,

“O Cadastro Nacional de Usuários é o primeiro passo para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional. O Cartão é uma importante ferramenta para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a gestão do sistema e contribuindo para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 02).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a fase piloto do projeto engloba os seguintes aspectos quanto ao atendimento:

- Identificação do usuário através do Cartão SUS;
- Acompanhamento clínico do usuário, através das informações contidas em um banco de dados com todo o histórico do paciente;
- Prescrições de medicamentos, requisições de exames e cirurgias;
- Diagnósticos e resultados de atendimentos do paciente.

Para a realização desta fase, além do sistema de identificação do usuário, o sistema do Cartão SUS também possui uma base de dados de controle clínico do paciente. Sendo assim, os prontuários médicos em papel devem ser substituídos por um sistema denominado Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Prontuário Eletrônico é um registro on-line do paciente, que pode ser compartilhado por vários usuários dentro dos hospitais, consultórios, laboratórios etc. Nele, ficam reunidos em um único banco de dados informações de consultas, diagnósticos, laudos, procedimentos, prescrições, cirurgias, entre outros dados do paciente. Segundo Murphy, Hanken e Waters (1999), o PEP armazena informações relacionadas com o passado,

presente ou futuro da saúde física e mental, ou condição dos pacientes, informações estas que residem num sistema eletrônico usado para capturar, transmitir, receber, armazenar, disponibilizar, ligar e manipular dados multimídia com o propósito primário de um serviço de saúde.

Com o PEP, as informações dos pacientes podem ser acessadas mais rapidamente, melhorando a qualidade do atendimento. Os prestadores ficam livres das pilhas de papel, evitando a possibilidade de re-trabalho e reexames. Todas as informações, prescrições e processos de atendimento encontram-se on-line, disponíveis para os profissionais envolvidos no acompanhamento ao mesmo.

2.5.1 Objetivos do Cartão SUS

Segundo a Secretaria de Gestão de Investimento (2008), o Cartão Nacional de Saúde é um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde, de cunho nacional, com o objetivo de modernizar os instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde, através de tecnologias de ampla difusão, que conjugam informática e telecomunicações, visando prover ao SUS uma rede integrada de informações para a realização de diversas operações e captura de informações.

O sistema permite a coleta de uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização de serviços de saúde e para ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos mesmos. Dentre os objetivos específicos do Cartão SUS, destacam-se:

- construção de uma base de dados de histórico clínico;
- imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento;
- ampliação e melhoria de acesso da população a medicamentos;
- possibilidade de revisão do processo de compra de medicamentos;
- integração de sistemas de informação;
- acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra-referência dos pacientes;
- revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos;
- acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde;
- gestão e avaliação de recursos humanos.

Com a realização destes objetivos, é possível conhecer quem está sendo atendido, que profissional presta atendimento, aonde, como e com quais resultados. Com a base de dados construída pelo sistema, é possível gerar uma série de informações visando à melhoria dos serviços de saúde. A figura 1 ilustra o propósito do Cartão SUS, descrevendo as etapas de uso do cartão e sua atuação frente ao sistema.

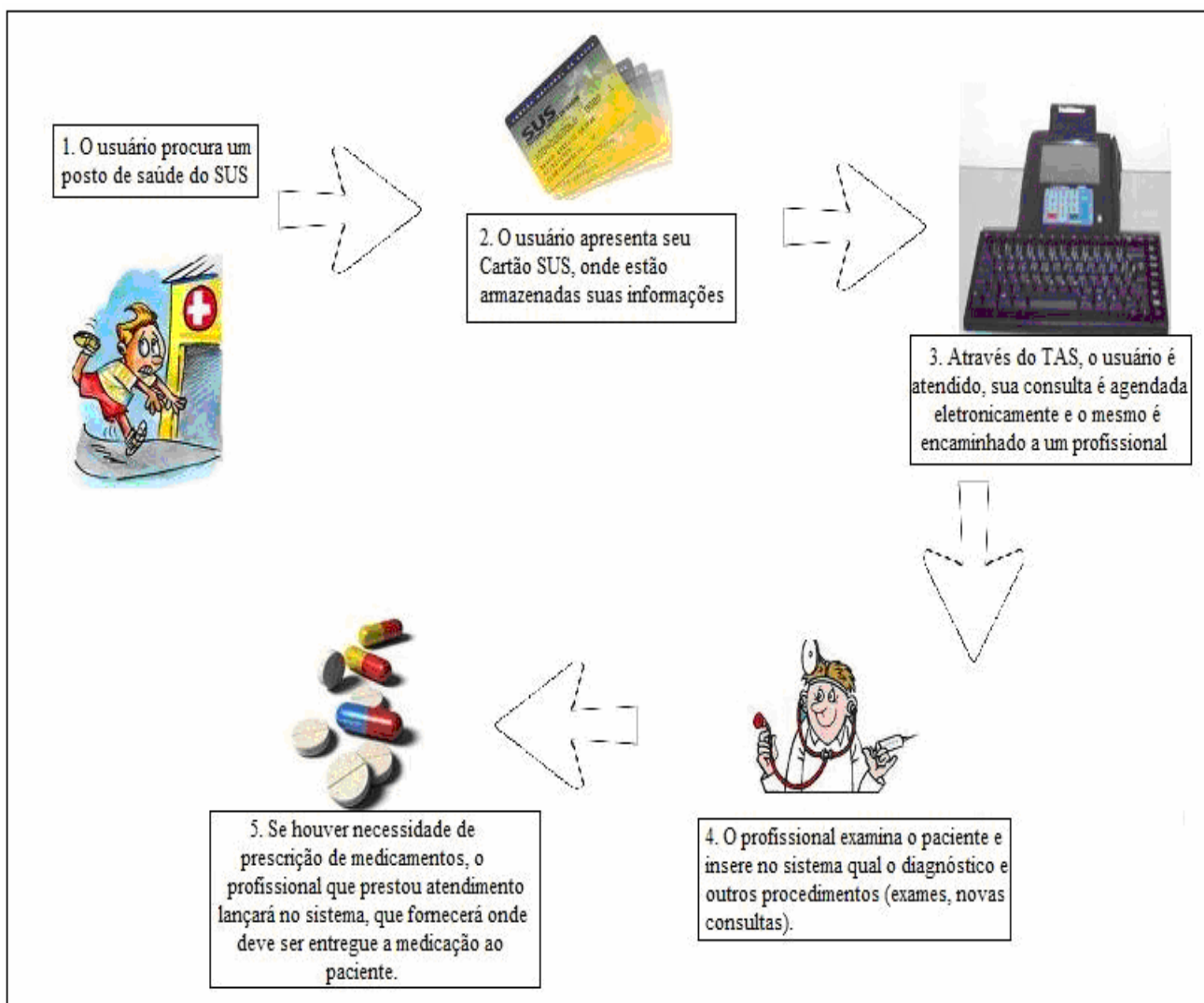


Figura 1 – Processo de atendimento do usuário do Cartão SUS

FONTE: elaborado pela autora

É importante observar que o sistema trabalha com padrões bem definidos, garantidos por tabelas corporativas residentes¹, o que permite a comparação entre as diversas informações coletadas. Por exemplo, para definir problemas de saúde, é utilizada a CID 10 – Classificação Internacional de Doenças; para identificar os procedimentos

¹ Tabelas elaboradas para consulta nacional por todos que utilizam sistemas ligados ao Cartão SUS.

executados ou solicitados, são utilizadas as tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares, de estabelecimentos de saúde ligados ao SUS, além de outras tabelas elaboradas especificamente para o Cartão Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, o sistema permite que os gestores incluam informações específicas, definidas por município, a depender do programa de controle municipal de gestão da saúde.

2.5.2 Recursos tecnológicos contemplados no Cartão SUS

Após apresentadas as propostas e objetivos do Cartão SUS, serão analisados os equipamentos e sistemas de informações que integram a rede de informações compartilhada em todo o país. Estes sistemas alimentam bancos de dados, com informações sobre pacientes e funcionários registrados no SUS, que são processadas e enviadas a outros bancos de dados, que, por sua vez, originarão informações que serão utilizadas no controle da saúde pública do país.

O sucesso de muitas organizações e projetos depende da capacidade que seus gestores têm de administrar as informações produzidas por seus sistemas. E se estes sistemas funcionarem de forma isolada, com certeza um grande volume de informações será perdido, acarretando decisões prejudiciais à organização. Por isso, assim como os setores de uma organização devem ser integrados, é importante que haja a integração de todos os sistemas de uma organização. Silva *et al.* (2004, p. 239) contribuem:

“A integração das áreas da organização possibilita a redução de esforços, recursos e de despesas, e até mesmo a evasão de receitas, além da melhoria dos tempos de respostas aos serviços públicos, redução de erros, eficácia na obtenção das metas e objetivos setoriais e globais públicos e, em última instância, influirá nos níveis da qualidade do funcionamento da máquina pública, refletindo diretamente na qualidade dos serviços, tanto para os agentes internos (consumidores e fornecedores) – servidores públicos – quanto para os agentes externos (consumidores e fornecedores) – pessoas jurídicas e fornecedores, funcionários terceirizados e cidadãos”. (SILVA *et al.*, 2004, p. 239).

Com os sistemas de informação não acontece diferente. Se uma organização ou projeto contempla a utilização de um ou mais sistemas, estes devem estar totalmente integrados, possibilitando a transmissão de informações a todos os que dela necessitarem para a execução de suas atividades. Para Sordi e Júnior (2006), a avaliação e seleção de que sistema de informação utilizar na organização já não constitui mais o maior desafio aos

gestores; o desafio atual é integrar os sistemas utilizados na organização e agilizar o processo de comunicação.

Do ponto de vista de tecnologia, o Cartão SUS é constituído por cinco componentes principais:

- a) Os cartões de identificação dos usuários e profissionais;
- b) Os terminais de atendimento e os equipamentos para armazenamento e tratamento da base de dados (servidores);
- c) O *software*;
- d) A rede de comunicação;
- e) Os aspectos de segurança das informações.

a) Cartões de identificação

Os cartões de identificação dos usuários e dos profissionais são lidos por um terminal especialmente desenvolvido para o projeto. Esses cartões utilizam a tecnologia de tarja magnética exclusiva para leitura e refletem a preocupação com diversas variáveis, dentre elas durabilidade, custo e controle de uso.

Os cartões são instrumentos de identificação, e não de armazenamento de informações. O cartão do profissional traz embutida uma senha para acesso ao sistema.

Na etapa de cadastramento e expansão do projeto são entregues inicialmente cartões de papelão, contendo o número do registro do paciente, até que o cartão magnético seja confeccionado.

b) Terminais de atendimento e equipamentos

Os equipamentos estão distribuídos em cinco grupos, conforme o nível do sistema em que se situam: terminais de atendimento, servidores municipais, servidores regionais, servidores estaduais e servidores do âmbito federal.

No primeiro grupo, destaca-se o terminal de atendimento desenvolvido especificamente para o projeto, denominado Terminal de Atendimento do SUS (TAS), que funciona como porta de entrada de dados do sistema, como terminal para emissão de relatórios e como dispositivo para facilitar a interação das unidades de saúde com os usuários do SUS.

Os demais grupos de equipamentos são centralizados por computadores servidores, cada um possuindo configuração específica, de acordo com o volume de dados a serem tratados e armazenados e com as funcionalidades desenvolvidas.

c) Software

O conjunto de *software* compreende o aplicativo do terminal de atendimento, os aplicativos de gestão municipal, regional, estadual e federal e gerenciadores de rede.

É importante lembrar que estes sistemas não funcionam de maneira isolada. Inserido neste conjunto de sistemas, foi desenvolvido também um Sistema de Prontuário Eletrônico, que fornece aos usuários do sistema todas as informações relativas ao atendimento prestado nas unidades de saúde do SUS. De acordo com a divisão do projeto, este sistema só foi implantado nos municípios que integram o Projeto Piloto do Cartão SUS.

d) Rede de comunicação

A rede de comunicações está configurada como uma rede corporativa, utilizando protocolos tipo TCP/IP e o HTTP. Um protocolo TCP/IP (*Transmission Control Protocol/Internet Protocol*) pode ser visto como um grupo de camadas, onde cada uma resolve um grupo de problemas da transmissão de dados, fornecendo um serviço bem definido para os protocolos da camada superior. O TCP é um nível de transporte e o IP é um nível de rede. Já o protocolo HTTP – *HyperText Transfer Protocol* ou Protocolo de Transferência de Hipertexto, é utilizado para transferência de dados através da *World Wide Web* (WWW), que controla o envio de uma página desenvolvida em HTML (linguagem usada para desenvolver uma página publicada na Internet) de um servidor para um cliente. Requer um programa cliente HTTP (*browser*) de um lado da conexão e do outro um programa servidor HTTP.

Entre os terminais de atendimento e o servidor municipal, as comunicações são feitas por linha discada, e o mesmo acontece entre o servidor municipal e o servidor regional. Nos demais servidores, a comunicação utiliza uma rede *Frame Relay*² que utiliza um *backbone*³ de 2 megabits. A rede *Frame Relay* é considerada por muitos prestadores de

² *Frame Relay* é o protocolo que permite a transferência de informações de um ponto a outro em rajadas de pacotes em alta velocidade.

³ Esquema de ligações centrais de um sistema mais amplo, tipicamente de elevado desempenho.

serviço como uma rede segura, sendo difícil a interceptação não autorizada de suas informações.

e) Aspectos de segurança do sistema

A rápida expansão da utilização da Internet como meio de difusão de informações fez com que aumentasse o número de maneiras com que as várias ameaças de segurança podem corromper a integridade das redes locais e pôr em risco informações importantes e sigilosas.

Isto ocasionou o surgimento dos *Data Centers*, empresas especializadas no armazenamento seguro de informações eletrônicas e na guarda de computadores que funcionam como servidores de dados, oferecendo assim a infra-estrutura física necessária. Segundo Pinheiro (2004, p. 01),

“Um *DataCenter* é uma modalidade de serviço de valor agregado que oferece recursos de processamento e armazenamento de dados em larga escala para que organizações de qualquer porte e mesmo profissionais liberais possam ter ao seu alcance uma estrutura de grande capacidade e flexibilidade, alta segurança, e igualmente capacitada do ponto de vista de hardware e software para processar e armazenar informações” (PINHEIRO, 2004, p. 01).

Estes centros são alternativas para a redução de custos de investimento e a manutenção de informações disponíveis na Internet.

Embora toda esta segurança física dos equipamentos seja importante, o compartilhamento eletrônico de informações trouxe à tona outra necessidade: a de segurança digital, para evitar a invasão de sistemas e o acesso às informações por pessoas não autorizadas. Esta segurança é provida pelos chamados *firewall* - conjuntos de aplicativos que monitoram e dificultam o acesso por intrusos a partes dos sistemas. Em geral, estes *firewalls* também são oferecidos pelos *Data Centers*. Além dos *firewalls*, outras tecnologias de proteção como antivírus e *proxies* também são bastante utilizadas.

A questão da segurança na captação, transmissão e armazenamento das informações foram bastante enfatizadas nas propostas do Cartão SUS. Por essa razão, como parte da arquitetura do sistema, foi definida uma política de segurança que abrange os requisitos de privacidade, autenticidade, integridade, controle de acesso e auditoria de dados de saúde vinculados ao sistema do Cartão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Tal

política de fato deve ser observada devido à particularidade das informações contidas nos bancos de dados do sistema, transmitidas em rede nacional.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o sistema pode ser dividido em cinco níveis, descritos a seguir:

- Nível de atendimento: composto pelos TAS instalados nas unidades de saúde;
- Nível municipal: composto pelos servidores municipais responsáveis pelo processamento e armazenamento dos dados de todos os atendimentos realizados no município;
- Nível concentrador: composto por servidores conectados à rede on-line em tempo real, atuando como um depósito dos dados dos atendimentos prestados nos municípios que estejam ligados a ele, possibilitando também o acesso aos níveis estadual e federal;
- Nível estadual: composto por servidores conectados à rede permanente e responsáveis pelo armazenamento dos dados acerca dos atendimentos prestados no estado;
- Nível federal: composto por servidores conectados à rede permanente e responsáveis pelo armazenamento dos dados acerca dos atendimentos prestados em todo o país.

De acordo com o DataSUS (2004), os níveis federal, estadual e concentrador fazem parte de uma rede com enlaces permanentes, enquanto que os níveis municipal e de atendimento compõem uma infra-estrutura computacional disseminada pelo País, periodicamente conectada à rede permanente. A arquitetura geral do sistema Cartão SUS está ilustrada na Figura 2.

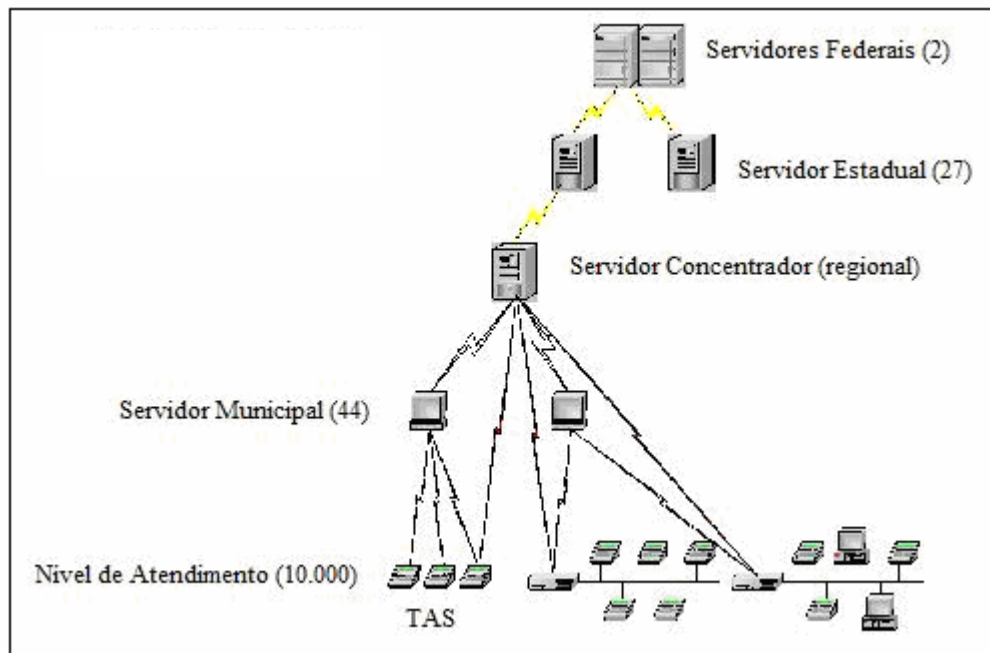


Figura 2 – Arquitetura do sistema Cartão SUS
 FONTE: Ministério da Saúde (2004)

2.5.3 Gastos públicos com o Cartão SUS

Conforme já exposto, a Administração Pública necessita utilizar a Tecnologia da Informação em suas práticas diárias. Também não há mais espaço para discutirmos que a TI traz benefícios às organizações que a utilizam. Porém, estes benefícios demandam altos investimentos financeiros, e os reais resultados alcançados com esta nova forma de dispor dos serviços públicos através dos meios eletrônicos ainda é um assunto pouco estudado.

Rodrigues Filho e Gomes (2004) nos alertam quando informam que o governo tem investido bastante em tecnologias destinadas a controlar a vida dos cidadãos através de sistemas de arrecadação de tributos. Os mesmos autores também afirmam que poucas são as fontes de divulgação sobre investimentos em tecnologias destinadas a gerar aos cidadãos informações e serviços que eles necessitem do governo. O que podemos perceber claramente é que os gastos do governo com tecnologia são crescentes, mas o retorno esperado destes investimentos não vem sendo obtido (Rodrigues Filho e Gomes, 2004).

Segundo estatísticas da Abramge/ Fenaseg, são gastos 31 bilhões de reais para cuidar de 35 milhões de segurados de saúde, enquanto, para suprir o direito à saúde de mais de 145 milhões de brasileiros, gasta-se com o SUS quase a mesma quantia. Fácil concluir que o assunto não se limita a mandatos políticos. Durante décadas, não vem sendo

cumprido o mandamento constitucional na direção de prover a saúde para a população brasileira (GAZETA MERCANTIL, 2004).

O Cartão SUS pode ser considerado um dos projetos públicos de saúde que demandou os mais elevados investimentos financeiros. Se compararmos os gastos realizados com o Cartão SUS a gastos com outros projetos de ordem Nacional, também direcionados à população, durante o período de 2001 a 2005, veremos que em todos os anos as cifras destinadas à implementação do Cartão SUS foram mais elevadas, em relação a projetos com igual ou maior importância para a população. A Tabela 3 ilustra os dados financeiros dos programas nacionais.

Tabela 3: Gastos com saúde eletrônica versus outros programas sociais (Valores em US\$ milhões)

NATUREZA DOS GASTOS	Valores em US\$ milhões				
	2001	2002	2003	2004	2005
Implementação do Cartão Nacional de Saúde	16,538.9	22,156.5	13,403.5	23,491.4	30,810.2
Prevenção/ tratamento de câncer	10,587.9	9,756.6	9,278.0	N/A	N/A
Vacinação da população	14,430.6	9,617.7	5,152.0	2,664.6	3,080.4
Reinserção social de adolescentes infratores da lei	7,024	7,725	4,472.2	2,961.7	4,633.4

FONTE: Rodrigues Filho e Gomes (2006)

2.6 A IMPORTÂNCIA DO USUÁRIO DO SUS

A temática deste estudo envolve os benefícios que o Cartão SUS trouxe à população usuária dos serviços públicos de saúde. Foram levantados dados sobre a importância de inserir a TI na administração pública e como esta implantação se deu. Foram também citados alguns sistemas de informação aplicados à Saúde. Em seguida foi explanada a implantação do Cartão SUS no Brasil, com seus objetivos, propostas, recursos de TI e gastos com o Cartão SUS até o ano de 2005. Contudo, ainda não foi alvo de discussão deste trabalho como o usuário do SUS se situa neste contexto. Assim, serão explanados a seguir alguns aspectos que devem ser considerados sobre o paciente do SUS no Brasil.

2.6.1 O direito à saúde conferido a todos

Conforme afirma Santos (2004) nem a Constituição Federal nem a regulamentação do SUS foram suficientes para garantir que na prática todos os cidadãos usuários do SUS tivessem direito à saúde. Este direito se encontra ilustrado em vários documentos e leis, mas pouco se aplica no atendimento aos pacientes. Os profissionais que atuam na saúde são conhecedores de seus direitos, mas nem todos conhecem e respeitam os direitos que os usuários têm.

Os usuários do SUS têm seus direitos legitimados pelas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). Segundo estas leis, todo cidadão tem livre acesso aos serviços públicos de saúde e os estabelecimentos que prestam serviços pelo SUS não podem efetuar nenhuma cobrança pela prestação do serviço. O Cartão SUS foi implantado com o objetivo principal de viabilizar o controle financeiro e da gestão dos estabelecimentos de saúde por parte do Ministério da Saúde, além de proporcionar a identificação dos usuários. Em sua fase piloto, o Cartão vai além, propiciando além da identificação do usuário, o acesso a seus dados clínicos, através de um sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que vem em substituição aos antigos prontuários em papel.

Contudo, dentro das premissas do Cartão SUS, existem algumas diretrizes, dentre as quais, uma que aborda a manutenção dos direitos do cidadão quanto ao acesso à saúde assegurada pelo SUS. Segundo o Ministério da Saúde (2001), sob hipótese alguma, o fato de o indivíduo possuir ou não o Cartão SUS poderá ser utilizado como forma de coação ou barreira ao seu acesso aos serviços de saúde.

Infelizmente, quando analisada a realidade vivenciada pela população brasileira, pode-se perceber que o livre acesso aos serviços de saúde não é direito exercido por todos, o que vai de encontro ao princípio da universalidade. Conforme reza o Ministério da Saúde, universalidade consiste em garantir o acesso aos cidadãos a um conjunto de ações e serviços, incluídos os de atenção básica em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O acesso à saúde, de acordo com Unglert (1995), associa-se às condições de vida, habitação, poder aquisitivo, nutrição e educação, incluindo-se a acessibilidade aos serviços que, por sua vez, perpassa os limites geográficos, abrangendo também: aspecto financeiro, correspondente a gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço; aspecto cultural, envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos e costumes da população; e, aspecto funcional, pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

2.7 O PARADOXO DA PRODUTIVIDADE

A indústria da Tecnologia da Informação é crescente por todo o mundo. Os investimentos em computadores, *software*, comunicação e serviços passaram de US\$ 162 bilhões em 1985 para US\$ 937 bilhões em 2000 (Dewan e Kraemer, 2000).

Com o crescimento dos investimentos em TI, alguns pesquisadores passaram a discutir os reais impactos que a TI tinha sobre a produtividade nas organizações. Segundo Dewan e Kraemer (2000) a demanda por produtos e serviços da indústria de TI é influenciada pelas contribuições financeiras às saídas e à produtividade nos países em todo o mundo. É a partir deste ponto que surge o Paradoxo da Produtividade.

Em 1987, Robert M. Solow, economista norte-americano, publicou no jornal *The New York Times* um comentário que serviu como marco para uma série de discussões sobre a verdadeira relação entre investimentos em TI e produtividade: “nós vemos computadores por toda parte, exceto nas estatísticas de produtividade” (SOLOW, 1987, p. 36). Esta frase tem por objetivo questionar os grandes investimentos realizados em TI, mas que não são refletidos em aumento de produtividade. Deste modo, quando se investe muito em TI mas os resultados não são positivos, nasce a contradição, que foi chamada de Paradoxo da Produtividade pelo Economista Norte-americano Stephen Roach.

O paradoxo da produtividade está mais ligado a um subconjunto dos estudos baseados na teoria da produção, que não encontraram nenhuma correlação positiva total, ou que apontaram que os benefícios foram insuficientes em relação aos custos (Brynjolfsson e Hitt, 1996). Para um melhor entendimento sobre o Paradoxo, é necessário entender o que é produtividade em TI e como ela pode ser medida.

2.7.1 Produtividade em Tecnologia da Informação

Em linhas gerais, pode-se dizer que produtividade é uma medida de eficiência na conversão de recursos em bens econômicos, ou seja, a relação entre o que é produzido (bens ou serviços) e recursos que são usados para produzi-los (Wainer, 2003). Este conceito pode ser aplicado quando se busca medir a produtividade industrial ou no trabalho. No Brasil, a medida da produtividade é responsabilidade do IBGE, que disponibiliza indicadores nacionais e regionais (Santos *et al.*, 2008).

Porém, quando se fala em produtividade em TI, alguns aspectos devem ser abordados. Wainer (2003) aponta que os ganhos de produtividade podem ser divididos em

dois grupos: ganho devido ao investimento de capital no trabalho ou no trabalhador e ganho relacionado a técnicas, tecnologias ou engenharia. Neste último caso, tem-se a produtividade multi-fatorada, que ocorre quando a TI causa uma mudança no trabalho. No primeiro grupo de ganhos de produtividade, o investimento de capital é feito em ferramentas ou tecnologias que auxiliam a melhoria do trabalho.

A preocupação dos gestores com a produtividade se dá pelo fato de que todo o dinheiro investido em uma organização deve gerar certo retorno, já esperado na empresa. Assim, temos a produtividade de investimentos, que pode ser medida pelo ROI – *return on investment* (retorno sobre o investimento). O ROI é a relação entre quanto se espera ganhar e o que foi investido (Wainer, 2003). Assim, as empresas investem em TI esperando que aquele investimento gere retorno para a organização.

2.7.2 Explicações para o Paradoxo da Produtividade

Em face do crescimento da TI e das facilidades que ela proporciona às empresas, é comum acreditar que os investimentos em TI geram retornos significativos em produtividade. Porém, o que se percebe é a dificuldade em ver este retorno refletido positivamente nas estatísticas. Dewan e Kraemer (2000) relatam que o investimento em TI aumenta a cada ano, mas a produtividade no trabalho é baixa.

Os referidos autores apontam que existem diferentes enfoques para analisar o Paradoxo da Produtividade (Dewan e Kraemer, 2000). Alguns pesquisadores analisam o paradoxo no nível da empresa (Brynjolfsson e Hitt, 2003), outros por setores específicos da economia (Strassmann, 1997), e outros, ainda, analisam o nível macroeconômico, sendo que, neste último, os dados muitas vezes são difíceis de serem encontrados (Santos *et al.* 2008).

Independente do tipo de análise para o paradoxo, surge a necessidade de explicar sua existência. Como as explicações são em sua maioria teóricas, não sendo fundamentadas em dados empíricos, serão adotadas em razão do nível de onde são identificadas perdas de produtividade. Para fins desta pesquisa, foram tomadas as explicações para o Paradoxo da Produtividade contidas na obra de Wainer (2003, p. 14).

- Macro-econômica: Explicações macro econômicas se baseiam no fato que o paradoxo na sua versão mais conhecida é um fenômeno macro-econômico. Por exemplo, vários autores comentam que as estatísticas governamentais são inapropriadas para medir a produção do setor de serviços.

- Inter-organizacional: A explicação neste nível diz que investimentos em TI são investimentos de cunho competitivo e não produtivo. Ou seja, se investe em TI para competir com os concorrentes e isso não traz ganhos de produtividade.
- Organizacional: Alguns autores e algumas pesquisas empíricas parecem indicar que TI por si não é uma tecnologia que possa gerar diretamente ganhos de produtividade, mas que ela é útil na medida em que propicia outras transformações dentro da empresa, principalmente transformações nos processos de negócios e nas estruturas hierárquicas. As explicações organizacionais afirmam que TI propicia a mudança das organizações e é isto que traz ganhos. Enquanto tais transformações não acontecem, não há ganho de produtividade.
- Gerencial: As explicações gerenciais, na sua maioria levantadas por Strassmann, centram nos custos visíveis e invisíveis⁴ da TI, principalmente no que se refere a projetos de sistemas organizacionais.
- Programas: As explicações neste nível criticam como os sistemas atuais foram desenvolvidos, a dificuldade em operá-los e a “perda de produtividade” que isto causa. (WAINER, 2003, p. 14).

2.8 Modelo SERVQUAL

Definir qualidade envolve uma série de atributos, uma vez que pode-se analisar a qualidade de um produto ou de um serviço. Na visão de Parasuraman *et al.* (1985), o estudo da qualidade em serviços surgiu após a preocupação em aprimorar a qualidade dos produtos.

Segundo afirmam Bandeira *et al.* (1999), em razão das características que diferem os serviços dos produtos, a compreensão de como os clientes avaliam e percebem a qualidade em cada uma das situações de serviço torna-se uma tarefa aprimorada. É fácil padronizar produtos, mas isto não ocorre quando se fala em serviços. Um serviço pode ser ofertado de forma diferente, pois é executado por pessoas e fornecedores diferentes, em dias diferentes. Até mesmo é exigido e avaliado por pessoas diferentes.

Estas características, resumidas em uma estrutura que compara expectativas e percepções apresentada por Parasuraman *et al.* (1985), evidenciam o quão difícil é identificar a percepção da qualidade pelo cliente, uma vez que neste contexto, ele é convidado a participar e interagir, tornando-se parte atuante na elaboração do serviço (Mello *et al.*, 2002). O modelo dos *gaps* proposto por Parasuraman constitui o modelo de avaliação de maior credibilidade entre os especialistas, aponta Rebelato (1995).

⁴ Os custos visíveis contribuem para o ganho de produção, ao passo que os custos invisíveis atrapalham o aumento de produção em razão da própria TI.

O ponto de partida para efetuar medidas da qualidade do serviço consiste em mensurar as percepções do consumidor quanto ao serviço recebido em confronto com suas expectativas anteriores à prestação do referido serviço.

Parasuraman *et al.* (1985) propuseram a medição de qualidade do serviço, tomando por base o modelo de satisfação de Oliver (1980), afirmando assim que a satisfação do cliente é tida como a diferença entre expectativa e desempenho em relação ao serviço prestado (Miguel e Salomi, 2004). Assim, a avaliação de um serviço pelos clientes em relação a uma dimensão é feita pela diferença entre a sua expectativa e o seu julgamento sobre o serviço, para dimensões da qualidade em serviço.

Para Miguel e Salomi (2004) a diferença entre a expectativa e a percepção de desempenho, além de ser uma medida da satisfação do cliente, também é uma medida da qualidade do serviço em relação a uma dimensão específica. “Essas dimensões da qualidade seriam características genéricas do serviço, subdivididas em itens, que somadas resultariam no serviço como um todo, sob o ponto de vista do cliente que irá julgá-lo” (MIGUEL e SALOMI, 2004, p. 15).

Parasuraman, Berry e Zeitham (1988) afirmam que os usuários avaliam a qualidade do serviço comparando o que desejam, ou esperam, com aquilo que obtêm. Os pesquisadores apresentaram um modelo definindo como *gaps* as brechas existentes entre as expectativas do cliente e o que é oferecido. Os *gaps* eram classificados da seguinte maneira (Rebello, 2004):

- *Gap 1*: discrepância entre expectativas dos usuários e percepções dos gerentes sobre essas expectativas.
- *Gap 2*: discrepância entre percepção dos gerentes das expectativas dos usuários e especificação de qualidade nos serviços.
- *Gap 3*: discrepância entre especificação de qualidade nos serviços e serviços realmente oferecidos.
- *Gap 4*: discrepância entre serviços oferecidos e aquilo que é comunicado ao usuário.
- *Gap 5*: discrepância entre o que o usuário espera receber e a percepção que ele tem dos serviços oferecidos.

No entanto, como este modelo dos *gaps* não disponibilizou uma ferramenta que medisse a qualidade dos serviços, em 1988, Parasuraman, Berry e Zeitham criaram a escala SERVQUAL, na intenção de analisar qualitativa e quantitativamente o grau de satisfação do usuário em relação à prestação de serviços. O resultado foi um conjunto de cinco dimensões apontadas como fundamentais na qualidade de serviços prestados:

- Tangibilidade (*Tangibles*): aparência física das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação.
- Confiabilidade/ Prontidão (*Reliability*): habilidade em fazer o serviço prometido com confiança e precisão.
- Receptividade/ Compreensividade (*Responsiveness*): disposição para ajudar o usuário e fornecer um serviço com presteza e rapidez de resposta.
- Segurança/ Garantia (*Assurance*): conhecimento e cortesia do funcionário e sua habilidade em transmitir segurança.
- Empatia (*Empathy*): cuidado em oferecer atenção individualizada aos usuários.

A partir dos níveis de satisfação obtidos ao longo do tempo, analisando-se cada uma destas dimensões e as várias formas nas quais elas podem se desdobrar, a percepção da qualidade é formada. Desta forma, a satisfação do consumidor deve ser vista como um antecedente da qualidade em serviços.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Este capítulo tem como finalidade apresentar os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa, explanando assim, as questões as quais esta pesquisa busca respostas, a natureza da pesquisa, o método e o instrumento de coleta de dados, bem como o universo e a amostra da pesquisa. Finalizamos com a técnica de coleta de dados.

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

Segundo Gil (1999, p. 42) “a pesquisa é o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”. Vergara (2004) afirma que a pesquisa científica pode ser dividida em duas fases: a primeira fase, ou antecedente, compreende o projeto de pesquisa, e a segunda fase, ou consolidadora, compreende o resultado da pesquisa, por meio do relatório.

Uma pesquisa tem como objetivo fundamental descobrir respostas para problemas detectados através do emprego de procedimentos científicos. Quando se trata de caracterizar as pesquisas, é importante, primeiro, ter o problema de pesquisa claramente formulado.

Quanto aos fins, esta pesquisa possui um caráter exploratório, por não haver registros de pesquisas anteriores sobre o tema em questão. Para Vergara (2004, p. 47) “a investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”. É importante salientar que mesmo que os resultados da pesquisa remetam a um processo de mudanças, este não poderá ocorrer por meios acadêmicos, o que limitará, em termos de pesquisa, a uma simples sondagem de como os usuários do SUS das regiões metropolitanas de João Pessoa e Recife foram beneficiados com a política do Cartão SUS.

Quanto aos meios, consiste em uma pesquisa de campo, além de bibliográfica. A primeira porque sua realização se deu junto aos estabelecimentos de saúde que pertencem ao SUS, onde existe uso do Cartão. “Pesquisa de campo é a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo”. (VERGARA, 2004, p. 47). É também considerada uma pesquisa bibliográfica, pois grande parte do material que auxiliou no embasamento teórico acerca do Cartão SUS foi capturada de sites do Ministério da Saúde, além de entrevistas e declarações,

localizadas em revistas e na Internet. “Pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral. Fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa” (VERGARA, 2004, p 48).

Para embasar esta pesquisa, foram levantados dados sobre os Sistemas de Informação em Saúde e sua implantação no Brasil, bem como informações referentes ao Cartão SUS, disponibilizando ao leitor as propostas do projeto, os componentes de Tecnologia da Informação e suas divisões além dos gastos públicos empregados com o Cartão SUS. Foram também analisados e apresentados textos relacionados ao Paradoxo da Produtividade e do modelo SERVQUAL.

3.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

Para Sales (2004, p. 61), existe um método para cada tipo de objeto de estudo: “Os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”. Assim, conclui-se que é dever do pesquisador, ao analisar seu objeto de estudo, optar pela melhor forma de estudar dada realidade e aplicar os métodos adequados de pesquisa.

Contudo, os métodos pelos quais são realizadas as pesquisas estão em constante modificação, em virtude de a sociedade viver diariamente modificações em sua realidade. Segundo Flick (2004, p. 18),

“A mudança social acelerada e a conseqüente diversificação de esferas de vida fazem com que os pesquisadores sociais defrontem-se, cada vez mais, com novos contextos e perspectivas sociais; situações tão novas para eles que suas metodologias dedutivas tradicionais – questões e hipóteses de pesquisa derivadas de modelos teóricos e testadas sobre a evidência empírica – fracassam na diferenciação de objetos. Conseqüentemente, a pesquisa é, cada vez mais, obrigada a utilizar estratégias indutivas: em vez de partir de teorias para testá-las, são necessários ‘conceitos sensibilizantes’ para a abordagem de contextos sociais a serem estudados” (FLICK, 2004, p. 18).

Na busca por conhecer o objeto de estudo desta pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa. Mayring (2002) aponta a crescente tendência ao uso de métodos qualitativos de pesquisa, em lugar dos tradicionais métodos quantitativos, o que revela uma profunda modificação no campo de estudo das ciências sociais.

A utilização deste método nos possibilitou obter conclusões que superaram os limites da pura aplicação de dados estatísticos. André (1992, p. 31/32), avaliando a produção científica que se desenvolveu sob esta abordagem nos últimos dez anos avalia:

"O que se verifica, no entanto, é que a grande maioria envolve dados de campo, sistematizados em forma de descrições que acrescentam muito pouco ao que se sabe ou conhece ao nível do senso comum. É a empiria pela empiria. O autor parece satisfazer-se com o fato de coletar uma grande quantidade de dados e parece esperar que esses dados por si produzam alguma teoria. Mas é evidente que sem um referencial de apoio que oriente no processo de reconstrução desses dados não há avanço teórico - fica-se na constatação do óbvio, na mesmice, na reprodução do senso comum" (ANDRÉ, 1992, p. 31/32).

Roesch (2006), em seu estudo sobre projetos e pesquisas em administração, fala sobre a impossibilidade de se estudar um fenômeno fora do contexto em que ele naturalmente ocorre. A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos.

Para muitos pesquisadores qualitativos, as convicções subjetivas das pessoas têm primazia explicativa sobre o conhecimento teórico do investigador. Em seu livro "A pesquisa qualitativa em educação", Bogdan e Biklen (1982), discutem o conceito de pesquisa qualitativa, representando algumas características básicas que configuram este tipo de estudo:

- A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, ou seja, supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada via de regra, através do trabalho de campo;
- Os dados coletados são predominantemente descritivos. O material obtido nessas pesquisas é rico em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, documentos, etc;
- A preocupação é maior com o processo do que com o produto. O interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas;
- O "significado" que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador. Nesses estudos há sempre uma tentativa de capturar a "perspectiva dos participantes".

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados também configura aspecto de fundamental importância para a pesquisa. Segundo Vergara (2004, p. 54) “a escolha do instrumento de coleta de dados deve estar de acordo com as questões formuladas para a pesquisa, levando o pesquisador a, através da coleta das informações, respondê-las”.

Conforme afirma Flick (2004, p. 69), “o acesso ao campo de estudo é uma questão mais crucial na pesquisa qualitativa do que na quantitativa. O contato buscado pelos cientistas, aqui, ou é mais próximo ou mais intenso (...)”. Isto se reflete na maneira como os dados devem ser coletados em uma pesquisa.

Dentre as várias técnicas de coleta de dados, podemos apontar a entrevista, que segundo Vergara (2004, p. 55), “é um procedimento no qual você faz perguntas a alguém que, oralmente, lhe responde”.

A distância mantida daquela realidade não foi entendida como um obstáculo à realização de entrevistas, que, de acordo com Santos (2005) são técnicas de investigação científica cujo intuito é obter informações acerca do objeto em estudo, com questões formuladas pelo pesquisador, realizadas frente a frente, através do contato direto com o entrevistado, ou utilizando ferramentas de TI, como o computador, por exemplo. Seguindo o pensamento de Flick (20004, p. 69),

“Entrevistas abertas exigem um envolvimento maior entre o entrevistado e o pesquisador do que seria necessário na simples entrega de um questionário. A gravação de conversas diárias está ligada a um grau de revelação, por parte dos membros, em relação à sua própria vida cotidiana, que, para eles, não é fácil controlar antecipadamente” (FLICK, 2004, p. 69).

As entrevistas semi-estruturadas, utilizadas nas pesquisas qualitativas, conferem ao pesquisador certa liberdade em elaborar seu guia ou roteiro de perguntas, possibilitando assim, um maior aproveitamento das informações contidas nas entrevistas. Esta modalidade de entrevista vem sendo bastante utilizada, segundo Flick (2004, p.89), pois “... é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou um questionário”.

Triviños (1987) conceitua uma entrevista semi-estruturada como sendo aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas

experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Optou-se por realizar entrevistas semi-estruturadas com pacientes do SUS que aguardavam atendimento. O roteiro das entrevistas realizadas com os pacientes se encontra no apêndice A desta pesquisa.

3.4 UNIVERSO E AMOSTRA DA PESQUISA

Segundo Oliveira (1997, p. 159): “Universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. Para Thompson (1991), o universo abrange um exame de todos os elementos de um determinado grupo, que tenham características comuns, elementos estes que podem ser indivíduos, empresas, produtos manufaturados, inventários, escolas, notas de aula, preços ou quaisquer elementos que possam ser mensurados, contados ou ordenados em grupos.

O Cartão SUS é um projeto idealizado para implantação em todos os municípios do país. Nestes municípios existem diversas instituições de saúde filiadas ao SUS, que prestam atendimento aos usuários do serviço no país. Desta feita, constitui universo desta pesquisa todo estabelecimento público de saúde que utilize o Cartão SUS.

Contudo, uma pesquisa de campo em todos os municípios do país, percorrendo os vários Hospitais e Unidades de Atendimento existentes demandaria tempo e gastos exorbitantes para sua realização. Como o objetivo maior desta pesquisa é analisar como os usuários do SUS foram beneficiados com a política do Cartão Nacional de Saúde, delimitou-se o campo de estudo da pesquisa aos estados da Paraíba e de Pernambuco, por uma questão de proximidade geográfica e otimização de custos.

Ainda assim, o campo de pesquisa estaria por demais extenso, já que o Cartão SUS foi implantado em todos os municípios. Desta feita, uma nova redução no campo foi feita, de maneira a possibilitar a visita a todos os locais de pesquisa para a realização das entrevistas. Assim, o campo de estudo desta pesquisa limitou-se à região metropolitana de João Pessoa e Recife.

Quanto à amostra, Vergara (2004, p.50) afirma que “população amostral ou amostra é uma parte do universo (população) escolhida segundo algum critério de representatividade”.

Estes critérios ganham bastante ênfase nesta pesquisa, por se tratar de um estudo qualitativo, onde a amostra também é diferenciada, em razão de sua escolha não se ater apenas a dados estatísticos com valores percentuais pré-definidos em relação ao universo.

Pelo contrário, verifica características importantes dos integrantes da amostra, a fim de que suas informações possuam riqueza suficiente para atribuir valor científico à pesquisa. Flick (2004) aponta que, no estudo que envolve entrevistas, a amostra é relacionada com a decisão de quais pessoas entrevistar, bem como a que grupos de origem pertencem estas pessoas.

Esta decisão se apóia na prerrogativa de que, em uma pesquisa qualitativa, não existe a necessidade de que seja estipulado um valor percentual para a amostra em relação ao universo de onde foi extraída, mas sim, de saber escolher aspectos relevantes para uma determinada amostra, a fim de que sejam coletadas informações precisas e que possam colaborar para a realização do objetivo da pesquisa.

Tal afirmativa recai sobre a diferença existente entre amostragem teórica e amostragem estatística, apontada por Flick (2004), onde a primeira tem como base selecionar casos e grupos de casos, de acordo com critérios metodológicos abstratos, ao passo que a segunda se vale de critérios concretos. A diferença entre estes dois tipos de amostragem pode ser entendida no Quadro 2, onde, conforme pensamento de Flick (2004) serão apresentadas as características individuais da amostragem teórica e da amostragem probabilística.

Amostragem teórica	Amostragem estatística
Extensão da população básica não é conhecida anteriormente.	Extensão da população básica é conhecida anteriormente.
Aspectos da população básica não são conhecidos com antecedência.	Pode-se estimar a distribuição dos aspectos na população básica.
Formulação repetida de elementos de amostragem com critérios a serem redefinidos em cada etapa.	Formulação de uma amostra em uma única tomada, dando prosseguimento a um plano previamente definido.
O tamanho da amostra não é definido previamente.	O tamanho da amostra é definido previamente.
Interrompe-se a amostragem quando a saturação teórica é atingida.	Interrompe-se a amostragem quando Toda a amostra tiver sido estudada.

Quadro 2: Amostragem teórica versus amostragem estatística

FONTE: Flick (2004, p. 81)

Em uma definição mais detalhada, podemos classificar a amostra tomada como teórica ou não probabilística selecionada por acessibilidade, que segundo Vergara (2004, p. 51) “seleciona elementos pela facilidade de acesso a eles”.

Já a escolha das cidades onde as entrevistas foram realizadas foi feita por representatividade, delimitando-se assim o campo de estudo com a região metropolitana de João Pessoa e Recife. Estas regiões englobam várias cidades. Contudo, o acesso a todas elas não foi possível, sendo visitadas então quatro cidades: João Pessoa, Cabedelo, Campina Grande e Recife. Para um melhor entendimento sobre cada uma delas e sua importância junto ao Cartão SUS, seguem algumas explicações específicas:

- João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, possui elevado fluxo de atendimento, já que atua como referência na prestação do serviço de saúde para todo o Estado. Por ofertar consultas para todas as especialidades clínicas, cirurgias, exames que exigem equipamentos de última geração e de alto custo e fornecer medicamentos de difícil acesso para os pacientes do SUS, a cidade recebe pacientes vindos de todos os municípios da Paraíba e até mesmo de outros estados do Nordeste. João Pessoa tem a maior concentração de pacientes do SUS do Estado e por consequência o maior percentual da população cadastrada que possui Cartão SUS.
- A cidade de Campina Grande, maior cidade do agreste paraibano, referência em serviços de saúde para grande parte dos municípios do sertão paraibano, conta apenas com o auxílio de alguns serviços de maior complexidade nas cidades de Patos e Souza, mas que não chegam a desafogar o fluxo de pacientes que recorrem aos serviços de saúde da cidade. O número de usuários que possuem Cartão SUS em Campina Grande é o segundo maior do Estado. O número de pessoas escolhidas para entrevista em João Pessoa e Campina Grande foi o mesmo, em virtude de as cidades apresentarem realidades semelhantes.
- A cidade de Cabedelo conta com um Hospital Municipal tecnicamente pronto para atender às necessidades básicas da população local, bem como de cidades ribeirinhas próximas, como Costinha, Fagundes e Lucena. São oferecidos serviços como internamentos, pequenas cirurgias, partos, cuidados pediátricos, além de um serviço de urgência e emergência, sendo este último precário. Porém, ainda assim os pacientes muitas vezes recorrem a João Pessoa em busca de exames de maior complexidade, em virtude da falta de equipamentos adequados no município. Diante da proximidade de Cabedelo e João Pessoa e por ambos os municípios apresentarem realidades distintas, a cidade de Cabedelo foi incluída no campo de estudo desta pesquisa.
- Recife integra uma das 44 cidades que fazem parte da fase piloto do Cartão SUS. Sua escolha se deu pelo fato de no Estado da Paraíba não haver nenhuma cidade que integra o projeto piloto, sendo a mesma mais próxima de João Pessoa. Em razão de apresentar um fluxo bem maior de pessoas em busca de atendimento, bem como de apresentar serviços de alta complexidade, além de contar com o sistema de informação do projeto instalado na rede de atendimento, a amostra foi maior em Recife que nos demais municípios incluídos nesta pesquisa.

O Quadro 3 detalha a distribuição da amostra da pesquisa:

Município	Hospital visitado	Número de entrevistados
João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley	10
Cabedelo	Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa	10
Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro	10
Recife	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	15
TOTAL	04	45

Quadro 3 – Distribuição da amostra da pesquisa

FONTE: Elaborado pela autora

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada durante cinco meses, no período compreendido entre janeiro e maio de 2009. Os locais destinados à pesquisa foram: Hospital Universitário Lauro Wanderley, na Universidade Federal da Paraíba, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Hospital Universitário Alcides Carneiro, na Universidade Federal de Campina Grande e Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa, no município de Cabedelo.

Foram entrevistados 45 usuários que possuíam Cartão SUS, nos hospitais anteriormente mencionados. A escolha destes pacientes foi feita por conveniência, dentre aqueles que não apresentavam sinais de urgência clínica, a fim de que as entrevistas pudessem ser realizadas com tempo suficiente para que os usuários expusessem suas opiniões. Para garantir que não houvesse informações sobre um único setor de atendimento do hospital, foram entrevistados pacientes de diferentes especialidades clínicas, percorrendo assim todos os locais onde o acesso não era restrito apenas a funcionários. Pacientes que se encontravam internados ou mesmo em observação em leitos não foram entrevistados, por apresentarem uma maior fragilidade.

A fim de garantir que os dados fornecidos pelos entrevistados não fossem perdidos ou distorcidos, as entrevistas foram gravadas, com a permissão dos mesmos, transcritas *ipsis litteris* para o papel e, em seguida, repassadas ao editor de textos eletrônico.

Além das entrevistas concedidas, foram coletados materiais de cunho bibliográfico, como informativos acerca do Cartão SUS, fornecidos pelo Ministério da Saúde e dados disponíveis à população nos *sites* de domínio do Governo Federal relacionados ao Cartão SUS.

A etapa de coleta de dados contou com alguns obstáculos, explicitados a seguir:

- A entrevista com os pacientes demandou tempo, pois as mesmas foram realizadas em Hospitais da rede pública. Em alguns estabelecimentos, nem

todos os pacientes escolhidos se dispuseram a responder todos os nossos questionamentos.

- Não foram levadas em consideração as informações de pacientes que responderam às entrevistas apenas com afirmações desmerecedoras do atendimento, com frases de efeito negativo, mas não fundamentaram suas respostas. É importante ressaltar que todas as manifestações verbais dos pacientes foram gravadas, mas só foram computados como dados para avaliação as entrevistas de pacientes que versaram claramente sobre o assunto.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

As ciências sociais vêm passando, no decorrer de sua história, por fortes modificações no que tange às perspectivas de avaliação das informações obtidas em qualquer pesquisa. Métodos que buscam redimensionar os objetos em estudo, sob aspectos mais amplos, vêm ganhando força, diante dos antigos métodos de pesquisa que se utilizavam da lógica e delimitavam ou maquiavam descobertas acerca de uma sociedade.

Dentre estes métodos, a análise de discurso e a análise de conteúdo constituem hoje métodos de pesquisa imprescindíveis ao pesquisador que optar por uma avaliação qualitativa de qualquer objeto. No campo da análise de conteúdo, Laurence Bardin (1977) e Gläser e Laudel (2004, *apud* SALES, 2004) versam sobre o tema com propriedade. Conforme afirmam Rocha e Deusdará (2005, p. 307):

“Laurence Bardin, professora-assistente de psicologia na Universidade de Paris V, aplicou as técnicas da Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e no estudo das comunicações de massa. Este livro procura ser um manual claro, concreto e operacional desse método de investigação, que pode ser utilizado por psicólogos e sociólogos, qualquer que seja a sua especialidade ou finalidade, e por psicanalistas, historiadores, políticos, jornalistas etc” (ROCHA e DEUSDARÁ, 2005, p. 307).

Conforme definição da própria autora, por análise de conteúdo entende-se ser:

“ (...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977, p. 42).

A análise de conteúdo não pode ser classificada como doutrinal ou normativa, mas sim, como bem afirma Bardin (1977), um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Tal prática interpretativa se destaca pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas. “Na verdade, trata-se da sistematização, da tentativa de conferir maior objetividade a uma atitude que conta com exemplos dispersos, mas variados, de pesquisa com textos” (ROCHA e DEUSDARÁ, 2005, p. 308).

Já Gläser e Laudel (2004, *apud* SALES, 2004) defendem uma análise de conteúdo com maior flexibilidade no tratamento dos dados, dando ao pesquisador a chance de criar tópicos ou categorias que viabilizem o tratamento das informações. Segundo Gläser e Laudel (2004, *apud* SALES, 2004), é o pesquisador que tem a função de criar suas próprias regras de extração, que são os procedimentos que contêm a padronização, cuja utilidade está na rotina para o pesquisador no momento de se aplicar este método. Em uma comparação mais detalhada sobre a análise de conteúdo adotada pelos autores citados, o Quadro 4 explana as diferenças de cada um.

Aspectos	Análise de conteúdo (Bardin)	Análise de conteúdo qualitativa (Gläser e Laudel)
Natureza	Qualitativa ou quantitativa	Qualitativa
Fase	Pré-análise	Preparação da extração
	Análise	Extração
	Tratamento de Dados	Preparação dos dados
		Avaliação
Sistema de categorias	Sistema fechado (<i>ex ante</i>)	Sistema aberto (adaptado)
Terminologia	Codificação	Extração
Interpretação	Tratamento de dados	Desde a extração

Quadro 4 – Comparação entre análise de conteúdo de Bardin e Gläser e Laudel

FONTE: Nóbrega (2005, p. 82).

Nosso objetivo neste estudo foi aproveitar ao máximo as informações obtidas com a conversa com os pacientes. Assim, as entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas. Para um melhor entendimento, foram extraídos das transcrições dados relevantes para a pesquisa.

Deste modo e tomando por base os dados elaborados no Quadro 3, optou-se por utilizar a análise de conteúdo de Gläser e Laudel, em virtude desta facilitar a interpretação dos dados em face à extração dos mesmos, viabilizando assim a formação de um cenário de análise que contemple tudo o que possa contribuir para as conclusões do estudo. A Figura 3 traz os resultados parciais de como a análise de conteúdo é processada e as seções correspondentes a cada uma das etapas nesta pesquisa.

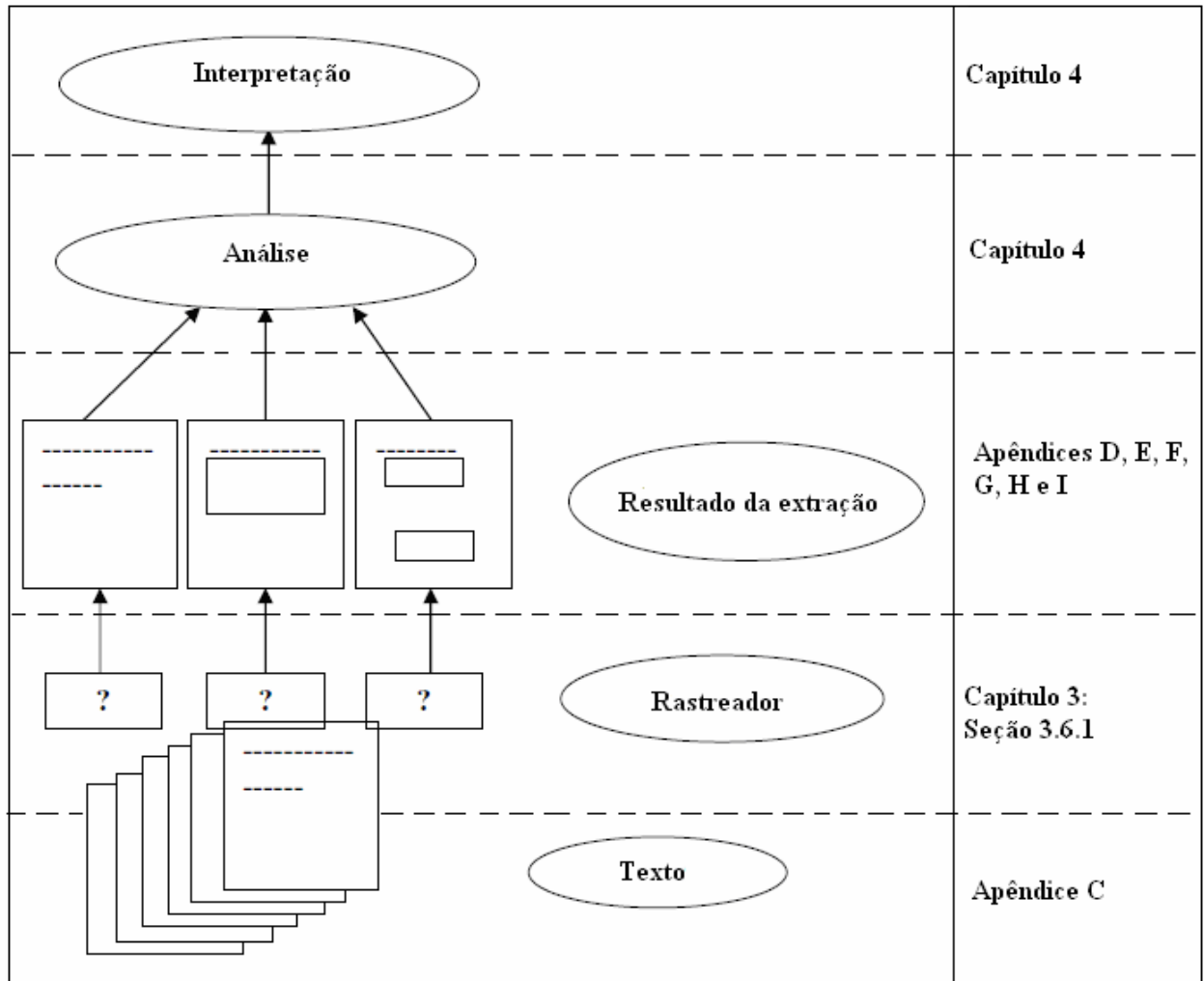


Figura 3 – Princípio de análise de conteúdo qualitativa

FONTE: Gläser e Laudel (2004, *apud* NÓBREGA, 2005), com adaptações

Para se atingir os resultados ilustrados na figura acima, a análise de conteúdo de Gläser e Laudel (2004 *apud* NÓBREGA, 2005) segue as etapas descritas a seguir:

- *Preparação para extração* – é dividida em três fases: preparação do conteúdo (construção de categorias de acordo com as considerações teóricas), preparação metódica (elaboração de um texto a partir da transcrição dos dados coletados na entrevista) e preparação técnica (criação de macros de extração de conteúdo relacionado com as categorias estabelecidas).
- *Extração* – após a leitura dos textos transcritos, são separadas as informações que respondem às questões de pesquisa.
- *Preparação dos dados* – correção de erros, redundâncias, e condensação de informações.
- *Avaliação* – o pesquisador analisa as informações a partir do confronto entre a base teórica e os dados coletados.

Um dos aspectos positivos da análise de conteúdo qualitativa de Gläser e Laudel (2004, *apud* NÓBREGA, 2004) é a flexibilidade, pois a todo o momento o pesquisador pode adequar seu instrumento metodológico aos possíveis elementos emergentes na pesquisa. Para tanto, deverá, sempre que identificar o surgimento de uma nova dimensão, proceder a uma re-análise dos dados, para que não se perca o conteúdo da nova dimensão.

3.5.1 Rastreadores

Para identificar as variáveis ou rastreadores que iriam auxiliar no processo de análise das informações coletadas nas entrevistas, foram criadas variáveis de extração de dados, tomando por base a escala SERVQUAL de Berry e Parasuraman (1985) *apud* Soares *et al* (2005), cujo objetivo é mensurar níveis de expectativa e percepção de serviços em decorrência da qualidade.

Soares *et al* (2005, p. 04) apontam a escala SERVQUAL como sendo:

“Uma disposição de notas que se sucedem em ordem crescente através de múltiplas variáveis, objetivando descobrir as fraquezas e fortalezas da qualidade do serviço de uma organização através da análise das seguintes dimensões:

- Tangibilidade: a aparência física das instalações, equipamentos, pessoas e demais materiais envolvidos na realização do serviço;
- Confiabilidade: a capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável e com precisão. Satisfazer as necessidades primárias dos clientes de prazo e quantidade;
- Compreensividade: a disposição para ajudar o cliente a proporcionar com presteza um serviço;
- Segurança: o conhecimento e a cortesia de empregados e sua habilidade em transmitir confiança e exatidão;
- Empatia: a atenção e o carinho individualizado proporcionado aos clientes” (SOARES, 2005, p. 04).

Para uma melhor aplicabilidade da escala SERVQUAL ao campo dos estudos na área da Saúde e visando responder à questão-problema desta pesquisa, tomaram-se por base as escalas utilizadas nas pesquisas realizadas por Babakus e Mangold (1992) e Hercos e Berezovsky (2006). O primeiro versa sobre uma investigação empírica adaptando a escala SERVQUAL aos serviços fornecidos por hospitais, e o estudo mais recente apresenta uma análise da qualidade do serviço oftalmológico prestado a pacientes ambulatoriais do SUS segundo as dimensões da escala SERVQUAL, com adaptações de

suas variáveis ao ambiente de pesquisa. As escalas utilizadas nos estudos em questão se encontram nos Apêndices B.1 e B.2 deste trabalho, em suas versões originais.

Conforme citado, as dimensões avaliadas pela escala SERVQUAL são: a) tangibilidade; b) confiabilidade; c) compreensividade; d) segurança; e) empatia. Como a pesquisa tenciona descobrir como o usuário do SUS foi beneficiado com a política do Cartão SUS, a dimensão tangibilidade não está ligada ao objeto de estudo, pois aspectos como equipamentos, instalações físicas, aparência e aspectos materiais em geral fazem parte da estrutura das instituições, que não foi modificada com a implantação do Cartão SUS. Assim, as variáveis desta dimensão fogem do tema em estudo. Da mesma forma, não foram avaliados os aspectos de segurança transmitidos ao paciente nem pelo ambiente nem pelas pessoas, uma vez que a implantação do Cartão SUS traz apenas aspectos relacionados à segurança do sistema de informação, o que não é de conhecimento dos usuários dos serviços de saúde e nem afetou a segurança dos estabelecimentos de saúde.

Desta forma, as dimensões analisadas nesta pesquisa são ilustradas no Quadro 5.

GRUPO	DIMENSÕES
Usuários dos serviços públicos de saúde que possuem Cartão SUS	Confiabilidade
	Compreensividade
	Empatia

Quadro 5: Grupo e dimensões analisadas na pesquisa

FONTE: elaborado pela autora

Cada dimensão possui um ou mais rastreadores, ou variáveis, que apontam dados específicos sobre algo estudado, extraído das entrevistas. Estas variáveis foram extraídas das escalas elaboradas para estudos sobre avaliação da qualidade percebida aplicada ao campo da saúde. No Apêndice B1 foi ilustrada a escala utilizada por Babakus e Mangold (1992) e, no apêndice B.2, a escala elaborada por Hercos e Berezovsky (2006). Estas escalas, por sua vez, serviram como modelo para a criação de algumas variáveis aplicáveis a esta pesquisa.

Para um melhor entendimento de como foram extraídas as variáveis a partir das respostas dos pacientes, optou-se por ilustrar o Quadro 6, contendo a divisão das perguntas feitas na entrevista, com as respectivas dimensões e variáveis identificadas na escala SERVQUAL.

DIMENSÕES	RASTREADORES OU VARIÁVEIS	AUTOR
Confiabilidade	O hospital fornece os serviços no tempo prometido.	Babakus e Mangold (1992)
	A equipe de funcionários do hospital demonstra interesse em resolver os problemas dos pacientes.	Hercos e Berezovsky (2006)
Compreensividade	Os funcionários do hospital apresentam informações precisas.	Hercos e Berezovsky (2006)
Empatia	A equipe do hospital dá atenção especial aos pacientes.	Babakus e Mangold (1992)
	A equipe do hospital é cortês com os pacientes.	Babakus e Mangold (1992)

Quadro 6: Dimensões e rastreadores ou variáveis analisados na pesquisa

FONTE: elaborado pela autora

É importante salientar que as perguntas não foram elaboradas com base na escala SERVQUAL, pois, em razão da técnica de coleta de dados ser a entrevista semi-estruturada, com roteiro parcialmente elaborado antes de sua realização, nossa intenção foi obter o maior número de informações possíveis a respeito dos itens questionados. Como a escala abrange conceitos objetivos dos respondentes⁵, verificou-se que as entrevistas com roteiro aberto, ainda que parcialmente, seriam uma técnica que possibilitaria uma maior obtenção de dados.

Desta forma, depois de identificadas dimensões e variáveis que poderiam se aplicar a esta pesquisa, procedeu-se à fase de extração de trechos de entrevistas que confirmassem a existência de tais variáveis nos textos. Assim, a análise do conteúdo obtido com as entrevistas foi feita de acordo com o Quadro 7. É importante salientar que algumas variáveis de análise foram medidas em mais de uma questão e que nem todas as perguntas da entrevista foram analisadas segundo alguma variável, por se tratar de questões que confirmassem que o paciente possuía Cartão SUS, alvo da pesquisa e se existia ou não algum benefício trazido pela implantação do Cartão SUS ao paciente. Os motivos que os levaram a esta resposta foram analisados segundo as variáveis contidas no Quadro 6. Vale ressaltar ainda que enquanto os entrevistados não relatavam a algo que mencionasse os aspectos analisados em cada variável, foram estimulados a continuar com seu discurso, afim de que, de alguma forma pudesse ser extraída sua opinião. Isto não implicou em levar a conhecimento dos mesmos a opinião do entrevistador.

⁵ As escalas variam de 1 a 7, sendo atribuída a pontuação 1 para “discordo totalmente” e 7 para “concordo totalmente”.

Entrevista	Identificadas nos textos das entrevistas	
PERGUNTAS	DIMENSÕES	RASTREADORES OU VARIÁVEIS
O atendimento nesta instituição é rápido?	Confiabilidade	O hospital fornece os serviços no tempo prometido;
Como você pode avaliar o acesso à saúde pública com a implantação do Cartão SUS?	Confiabilidade	A equipe de funcionários do hospital demonstra interesse em resolver os problemas dos pacientes.
Como você pode avaliar a qualidade no atendimento à população?	Compreensividade	Os funcionários do hospital apresentam informações precisas.
Como você pode avaliar a qualidade no atendimento à população?	Empatia	A equipe do hospital dá atenção especial aos pacientes; A equipe do hospital é cortês com os pacientes.

Quadro 7: Roteiro da análise de conteúdo da pesquisa

FONTE: elaborado pela autora

Para embasar a análise das entrevistas, de acordo com as dimensões estudadas, foram retirados trechos dos textos passados ao editor eletrônico, tal como foi relatado pelos entrevistados. Além disso, para que fosse resguardada a identidade dos pacientes, optou-se por identificá-los com letras que indiquem a cidade onde foi entrevistado e números, que correspondem à ordem de entrevistas. Sendo assim, o primeiro entrevistado da cidade de João Pessoa foi identificado como JP1, o primeiro entrevistado de Cabedelo foi identificado como C1, o primeiro de Campina Grande foi identificado como CG1, o primeiro entrevistado do Recife recebeu a identificação R1 e assim sucessivamente.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Este capítulo apresenta os dados coletados com as entrevistas, bem como expõe sua análise, a partir do método escolhido. Para tanto, é importante lembrar que o objetivo desta pesquisa é verificar como os usuários dos serviços de saúde pública da região metropolitana de João Pessoa e Recife foram beneficiados com a política do Cartão Nacional de Saúde. Sendo assim, foram entrevistados pacientes de hospitais públicos, que possuíam Cartão SUS, por se tratarem das pessoas mais adequadas para nos fornecer informações sobre os benefícios trazidos a eles mesmos com o Cartão.

A análise dos dados coletados foi feita com base no Quadro 6, ilustrado no capítulo anterior, com suas dimensões e variáveis. A última pergunta do roteiro foi elaborada com o intuito de sondar que benefícios os usuários poderiam apontar com a implantação do Cartão SUS.

No roteiro elaborado para a entrevista foi feito um último questionamento aos usuários: que benefícios o Cartão SUS trouxe a eles? A análise dos dados obtidos por meio desta pergunta, de extrema subjetividade, foi feita através da citação de alguns relatos, que possam exprimir a opinião dos usuários, bem como através da quantificação dos entrevistados, por município, que apontaram ou não algum benefício.

A maioria dos entrevistados não apresentou nenhum benefício com a implantação do Cartão SUS. Alguns usuários apontaram prejuízos advindos da utilização do Cartão SUS, como os que eram naturais de outros municípios, mas que necessitavam buscar atendimento em cidades com hospitais maiores, que realizavam exames de alta complexidade. Isto porque nem todos os municípios possuem equipamentos que possam realizar exames de médio e grande porte.

Por alta complexidade, o Ministério da Saúde (2004) entende como sendo um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos níveis de atenção básica e média complexidade, que correspondem às especialidades clínicas.

Apesar da proposta do Ministério da Saúde, nem todos os municípios contam com equipamentos para realização de exames de alta complexidade, o que leva os usuários a buscá-los em outros municípios, encontrando assim, dificuldades no acesso aos serviços de saúde. É o caso dos usuários CG3 (a) e R3 (b), que relataram:

(a) De bom eu não tive nada, agora, de dor de cabeça... “.hhhh” isso eu tive muita! Lá em minha cidade não tem nem um hospital que preste (...) Aí pra conseguir me operar aqui tem que ter endereço daqui, com comprovante e tudo. O jeito é a gente mentir dizendo que mora com uns

parente ou casa alugada, e que num tem nem conta de água nem de luz no meu nome. Aí é só fazer o cartão e esperar pra ver no que dá, né? (risos).

(b) Quando foram na minha casa dizendo que era preciso fazer o Cartão e que ele ia trazer só coisas boas pra gente, fiz o meu rápido (...) Mas não pensei que fosse ser tão difícil pra gente conseguir ser atendido. Se a pessoa não tem Cartão, não consegue nada. E se tem mas na cidade o exame não tem, aí vem outro problema já (...) Se o governo chama isso de coisas boas, imagine o que são as coisas ruins, né?

Outros entrevistados não apresentaram nenhum obstáculo específico, afirmando apenas que o Cartão SUS não havia lhes trazido nenhum benefício, como foi o caso dos usuários JP9 (a) e R15 (b):

(a) Eu acho que a demora que tinha antes pra gente conseguir falar com o médico é a mesma de agora. O cartão é até mais bonitinho pra gente trazer. Mas, (...) é, não mudou muita coisa não.

(b) Desde que fiz meu cartão não tive nada de bom pra mim. Só troquei o número do registro no posto de PSF pelo número do Cartão SUS.

Todavia, alguns entrevistados apresentaram prejuízos financeiros trazidos com a modificação no atendimento causada pelo Cartão SUS. Neste sentido, os pacientes C6 (a) e JP7 (b) afirmaram que:

(a) “.hhhh” olhe, eu já gastei tanto de passagem com esse negócio de um número de cartão pra uma cidade e outro número pra outra, indo de um canto pra outro porque onde eu moro não faz o exame que eu preciso que é até melhor nem me lembrar do dinheiro que eu já perdi nessa conversa. E só quem sofre é a gente que é pobre mesmo.

(b) Agora a gente gasta é mais dinheiro indo de um lado pro outro até conseguir um atendimento.

Poucas pessoas ressaltaram aspectos positivos com o Cartão ou não se manifestaram no sentido de apresentar algum prejuízo. Algumas demonstraram algum esclarecimento sobre os propósitos do Cartão SUS. Foi o caso dos entrevistados C1 (a), CG7 (b) e R5 (c):

(a) Não tive prejuízo com o Cartão. É... pelo contrário, agora pelo menos vai sobrar mais vaga para atendimento para a população porque (...) o Cartão só serve para quem é daquela cidade, né? Aí fica mais fácil da gente tentar ser atendido com menos espera.

(b) Bom, até agora sempre que eu precisei ser atendido eu fui, ta? Se vai ser assim toda vez é que a gente não vai saber, né? Mas a demora que existe não é por causa do Cartão. Fica até mais rápido porque quem não tem já nem fica, vai logo atrás de fazer um (...) bom pra quem tem, que já pode marcar tudo direitinho, né?

(c) Eu não posso dizer que não trouxe nada de bom. Apesar de o SUS ser desorganizado, pelo menos a marcação das consultas agora ficou organizada. Então trouxe um benefício.

Apesar dos relatos destes entrevistados, a maioria das pessoas não apresentou nenhum benefício com o advento do Cartão SUS, o que mais uma vez vai de encontro a um de seus objetivos, que fala em beneficiar a população com atendimento mais rápido. O total de entrevistados que apontaram ou não benefícios diretos com o Cartão se encontra separado por município no Quadro 8.

BENEFÍCIOS	Cabedelo	João Pessoa	Campina Grande	Recife	TOTAL
Apresentaram benefícios ou não se sentiram prejudicados	01	-	01	01	03
Afirmaram que o Cartão SUS não trouxe benefícios	09	10	09	14	42

Quadro 8 – Distribuição de entrevistados quanto à apresentação de benefícios com o Cartão SUS

FONTE: elaborado pela autora

4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS DIMENSÕES: CONFIABILIDADE, COMPREENSIVIDADE E EMPATIA.

Após apresentados os dados colhidos com as entrevistas, procedeu-se à segunda etapa da análise dos dados: identificar quais os aspectos negativos que levaram os pacientes a não se sentirem beneficiados com a implantação do Cartão. Assim, foi feita a análise das entrevistas com base nas dimensões e variáveis do modelo SERVQUAL.

4.1.1 Confiabilidade

Pode-se entender por confiabilidade a capacidade de fornecer o serviço prometido de modo preciso e confiável. Necessidades primárias dos pacientes, como prazos e quantidade devem ser satisfeitas. Portanto, a dimensão “confiabilidade” foi apresentada para que fosse analisado o cumprimento ou não de um dos objetivos do Cartão SUS, que é facilitar a gestão do SUS e *promover o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário* (Ministério da Saúde, 2002).

Para esta dimensão foram analisadas duas variáveis, que se adequam ao objeto de estudo desta pesquisa:

- O hospital fornece os serviços no tempo prometido, e
- A equipe de funcionários do hospital demonstra interesse em resolver os problemas dos pacientes.

Para uma melhor visualização dos resultados de toda a amostra quanto às variáveis analisadas para esta dimensão, está ilustrado o Quadro 9, que contém o número de usuários entrevistados que apontaram os problemas investigados. É importante lembrar que os trechos selecionados foram os que mostraram a presença da variável com maior ênfase, diante da impossibilidade de transcreverem-se todos eles para esta análise.

Vale salientar também que alguns usuários abordaram mais de uma variável em seu discurso. Os trechos das entrevistas para as variáveis analisadas para a dimensão confiabilidade estão todos transcritos nos apêndices D, E e F.

VARIÁVEIS	Dimensão confiabilidade					T.E.
	Cabedelo	João Pessoa	Campina Grande	Recife	TOTAL	
O hospital fornece os serviços no tempo prometido para atendimentos de urgência e emergência.	06	05	03	06	20	45
O hospital fornece os serviços no tempo prometido para realização de consultas e exames previamente marcados.	07	08	05	07	27	45
A equipe de funcionários do hospital demonstra interesse em resolver os problemas dos pacientes.	05	04	07	05	21	45

Quadro 9 – Distribuição de entrevistados por abordagem de cada variável da dimensão confiabilidade

FONTE: elaborado pela autora

a) variável “o hospital fornece os serviços no tempo prometido”

Ao perguntarmos aos pacientes sobre o cumprimento de prazos no atendimento, foram obtidas informações extremamente negativas sobre este item, a exemplo do paciente C10, que respondeu:

Aqui o atendimento é sempre demorado. Quando a gente chega passando mal, tem funcionário que fica perguntando coisa que num tem nada haver e

parece que ignora que a gente tá quase morrendo. E quando a gente marca pra falar com o médico, se não for urgência (...) ah, aí é que a gente espera mesmo.

Corroborando com o mesmo pensamento do paciente C10, a usuária JP5 explicou que independente do tipo de procedimento a ser realizado, espera-se da mesma forma.

Se a pessoa chegar para um atendimento de urgência, aí eles enrolam, enrolam, até o médico chegar. Só quando é o povo do SAMU é que atende rápido, né? (...) Mas se a pessoa agendar pra fazer uma consulta normal com o médico de plantão, sem urgência, às vezes passa umas duas semanas pra ser atendido, e tem uns que ainda falta.

Com a análise desses trechos, verificou-se que os mesmos abordam aspectos diferentes quanto ao cumprimento de prazos: existem reclamações para demora nos atendimentos de urgência e emergência, mas o atendimento prestado para consultas e exames previamente marcados aponta para um maior tempo de espera dos pacientes. Tal fato nos levou a reler os textos a partir do surgimento de outras duas novas variáveis e buscando identificá-las. O surgimento destas variáveis ocasionou em uma segunda fase da análise de conteúdo.

A dimensão confiabilidade foi analisada nesta segunda fase segundo os mesmos critérios anteriormente explicados, porém com o surgimento de novas variáveis. Deste modo, passamos então a analisar três variáveis para a dimensão confiabilidade, conforme explicitado no quadro a seguir:

DIMENSÃO	RASTREADORES OU VARIÁVEIS
Confiabilidade	O hospital fornece os serviços no tempo prometido para atendimentos de urgência e emergência. O hospital fornece os serviços no tempo prometido para realização de consultas e exames previamente marcados. A equipe de funcionários do hospital demonstra interesse em resolver os problemas dos pacientes.

Quadro 10: Novos rastreadores ou variáveis para análise da dimensão confiabilidade

FONTE: elaborado pela autora

b) Variável “o hospital fornece os serviços no tempo prometido para atendimentos de urgência e emergência”

Os procedimentos de maior urgência foram classificados de forma diferenciada, a depender do local de atendimento. Para esta variável, os entrevistados C2 (a) e C5 (b) apresentaram os seguintes discursos, respectivamente:

(a) Eu cheguei aqui com a pressão lá em cima e as enfermeiras continuaram tudo conversando na recepção. Quando meu filho começou a gritar pedindo ajuda, uma delas foi, na maior lerdeza, pegar o aparelho de tirar a pressão. (...) Sem falar na demora que teve pra eu tomar o remédio (...) e eu fiquei lá, né? Só esperando pra saber o que tinha comigo. Bem depois foi que o médico chegou.

(b) Tive uma experiência horrível com minha mãe, que teve um princípio de enfarte. Como era longe demais pra chegarmos ao hospital particular, tivemos que entrar no público “hhhh”. Graças a Deus ela foi atendida logo e encaminhada para o hospital particular porque aqui não tinha o atendimento certo pra ela. Mas sempre que preciso, venho logo aqui porque para os pequenos atendimentos, aqui dá certo.

Estas opiniões foram coletadas de pacientes que se encontravam em um mesmo hospital. A diferença apontada por ambos no atendimento a casos de urgência pode ser atribuída a equipes de funcionários diferentes, uma vez que os episódios relatados não ocorreram no mesmo dia. Ainda segundo a mesma variável, o entrevistado R4 afirma que:

Tem muita gente que vem pra cá, porque aqui é público e é um hospital bom, mas como tem muita gente é muito difícil a gente chegar e ser atendido logo. Quando vem de ambulância, aí até que vem logo alguém e pega a gente (...) mas se chegar a pé ou de carro se sentindo mal e sem fazer alarme aí não é atendido logo não. A gente não fica sem atendimento, mas às vezes sofre um tiquinho.

Já o entrevistado JP3 discorre sobre o tema com a seguinte afirmação:

Quando a pessoa chega no hospital com urgência, tem que ser atendido logo. Às vezes os maqueiros e o pessoal da enfermagem ainda socorre logo, mas quem dá o atendimento mesmo é o médico, e eles demoram demais. Se deixar, a gente morre e eles não chegam. Tem uns que a gente sabe que tão ocupado, atendendo os outros doentes, mas tem outros que vem na maior cara de quem tava dormindo, com a cara amassada e demora que só pra chegar.

O Código de Ética Médica, no âmbito do Conselho Federal de Medicina, instituído pela Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, (Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958), em seus artigos 24 e

35, trata dos casos de urgência e emergência, mas não define o que se entende por situação médica de urgência ou emergência.

A definição dessas situações vem sendo explicitada em pareceres como o proferido na Consulta nº. 55.820/98, encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e que, em síntese, diz que quanto a procedimentos mínimos relativos ao atendimento em Pronto Socorro, durante a consulta e observação de pacientes:

“Os estabelecimentos de Pronto Socorro Públicos e Privados devem ser estruturados para prestar atendimento a situações de **urgência e emergência**, garantindo todas as manobras de sustentação da vida e condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado”;

“Define-se por ‘emergência’ a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se por ‘urgência’ a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CREMESP, Consulta nº. 55.820/98).

Podemos perceber nos trechos das entrevistas apresentados que o maior problema nos atendimentos de urgência e emergência está no fato de a equipe médica demorar em prestar socorro. Ainda que outros profissionais procedam ao atendimento inicial, a figura do médico, que deveria ser imprescindível nestes setores críticos, não é presente em todos os locais com a devida urgência.

Alguns pacientes apontaram que a demora de médicos não ocorre apenas por estes estarem prestando um outro atendimento, mas também por certa negligência com o atendimento na instituição.

c) Variável “O hospital fornece os serviços no tempo prometido para realização de consultas e exames previamente marcados”

Esta variável trata de consultas ou exames normalmente marcados com antecedência. Estes procedimentos não configuram urgência. O paciente marca no próprio hospital quando será sua consulta e recebe a informação de data e horário. Como as consultas não têm tempo preciso, o horário normalmente informado é o de início de atendimento do médico.

Para este tipo de procedimento, as opiniões dos entrevistados também apontaram aspectos negativos. A paciente C3, que aguardava a realização de um exame de ultrasonografia informa:

Eu estou sentada aqui com a bexiga cheia e tudo o que tinha de preparo pra fazer o exame, nem posso ir no banheiro e sabe onde o médico está? Vai lá fora que ele está lanchando e rindo com o resto que tá lá com ele. Quando chegar a hora dele ir pro plantão em outro canto, aí vão remarcar meu exame, mas eu deveria estar sendo atendida agora.

Já o paciente CG9, que possuía consulta marcada com um cardiologista, apontou que a demora era maior para marcar a consulta do que para ser atendido pelo médico:

Ah, pra conseguir uma consulta demora, porque tem muita gente que quer falar com o médico. Quando a gente consegue uma vaga, às vezes já nem sente mais tanta dor assim, né? Mas quando chega aqui não é tão demorado não, só quando o médico se atrasa, aí a gente tem que ficar esperando (...) Mas pra quem já esperou uma, duas semanas, esperar uma hora a mais não vai fazer mais mal não.

O paciente C4 alegou que o tempo de espera pode ser menor se houver amizade especial com as pessoas responsáveis pela marcação das consultas, mas também apontou que estas podem ser adiadas quando da falta dos médicos.

Se quiser ser atendido logo tem que ser amigo dos homens da recepção, que aí é só passar o bilhetinho ou então telefonar e eles marcam. Se fizer como nós, que ficamos na fila, só vai ser atendido daqui a muito tempo, e se o médico vier, ainda tem mais essa. De vez em quando eles faltam e a gente é que sofre.

Os pacientes JP7 (a), R13 (b) e CG8 (c) alinharam seus discursos quando afirmaram, que:

(a) Quando a gente precisa falar com o médico, tem que passar por um monte de cantos. Tem que ir pro postinho, marcar a consulta, esperar mais uns dias pra falar com o médico aqui no HU [...] e ainda tem que rezar pra ele não faltar, porque senão a gente é jogado mais pra frente. E você sabe, né? Doença não espera pelo médico.

(b) Se agendar uma consulta com o médico já é difícil, imagine conseguir fazer uma cirurgia na data que ela foi marcada? Parece que a disposição deles é menor ainda quando tem que operar pelo SUS. Infelizmente dependendo disso, porque se tivesse condições, estaria esperando menos pagando plano de saúde (...) é, porque esperar a gente espera de todo jeito, não é mesmo? Mas pagando, as cirurgias são marcadas logo, pois parece que eles são mais disponíveis pra operar em hospitais particulares. Nas cirurgias que eles ganham, não faltam.

(c) Por muitas vezes, a gente chega aqui e o médico não veio atender (...) é (...) uns dizem que tão doentes, outros foram pra uns encontros de

Medicina, mas a gente não tem nada que ver com isso e não tem ninguém pra vim no lugar deles (...) Aí a gente perde a viagem.

Sabe-se que o principal objetivo do SUS é atender a demanda da saúde pública no âmbito nacional fazendo com que se cumpra o princípio da dignidade humana previsto na Constituição Federal, que é o direito à saúde e à vida (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, art. 5º). A realidade apresentada pelos pacientes, confirmada nos trechos selecionados de algumas das entrevistas, reflete a discrepância existente entre o que é ofertado aos usuários pelos hospitais e o que deveria ser ofertado. Esta pesquisa não contemplou a opinião dos pacientes sobre quão rápido deveria ser o acesso ao atendimento, por julgar desnecessário, devido a um motivo chave: o direito ao acesso de todos ao atendimento de saúde é garantido pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990) e a agilidade do acesso ao atendimento constitui um dos objetivos do Cartão SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As variáveis analisadas mostram que os usuários que possuem Cartão SUS têm acesso aos serviços de saúde, mas este acesso não acontece dentro do prazo estabelecido pelas instituições. A causa das falhas pode ser atribuída à falta de compromisso de alguns profissionais que integram as equipes dos hospitais.

Conforme afirma Unglert (1990), o acesso aos serviços de saúde é fundamental para a concretização da equidade. Universalidade da atenção, controle social sobre a prestação de serviços e equidade são alguns dos princípios do SUS. O atual comportamento de alguns profissionais dos hospitais visitados vai de encontro a estes princípios e é refletido de maneira negativa nos usuários, que possuem direitos legais de acesso igualitário e eficiente, mas estes direitos não são reais.

d) Variável “A equipe de funcionários do hospital demonstra interesse em resolver os problemas dos pacientes”

Foi questionado aos pacientes como poderiam avaliar o acesso aos serviços de saúde com o Cartão SUS. Foram apontados por alguns entrevistados problemas ocasionados pelas mudanças no atendimento, com a chegada do Cartão. Para alguns, estas mudanças ocorreram no sentido de tornar o atendimento mais distante, principalmente para aqueles que ainda não tinham o Cartão. A falta de ajuda e sensibilização dos funcionários dos hospitais foi identificada em várias entrevistas, como é o caso dos pacientes CG6 (a), JP2 (b) e R7 (c), que alegam, nesta ordem:

(a) *Se a pessoa não tem o cartão, nem que seja aquele de papelão, não pode fazer nenhum exame, porque eles pedem logo o número do cartão. Mesmo que você diga que tem urgência, eles não deixam ser atendido. Parece mais que a gente só é doente mesmo se tiver Cartão SUS.*

(b) *Tentei realizar uma cirurgia, que meu plano de saúde, pago rigorosamente em dia, não cobria. Ao procurar o Hospital Universitário da cidade, me mandaram fazer o Cartão SUS. Fui ao local indicado e fiz. Lá, me deram um cartão de papel com número de inscrição. Até aí, tudo bem. O problema começou quando tive que conseguir vaga pra falar com o médico especialista, que só ia lá no posto uma vez na semana. Quando cheguei, às seis e meia da manhã, tinha uma fila enorme, do lado de fora e nem um guarda tinha pra abrir o posto. Ficamos na chuva, esperando, e quando deu sete horas fui embora, pois tinha que trabalhar e não tinha chegado ninguém ainda. O cartão não me ajudou em nada. Depois retornei ao HU e falei o que tinha acontecido, e que tinha urgência em realizar a cirurgia e meu médico particular já havia me dado a indicação. A resposta da atendente foi: 'Tudo bem, mas o senhor tem que vir com encaminhamento do médico do PSF e tem que ser o da sua região'.*

(c) *Eu tenho Cartão, já fui atendido aqui, mas uma vez vim marcar uma consulta e esqueci meu Cartão. Depois de enfrentar uma fila grande, a funcionária falou que eu não poderia marcar, porque não tinha o número do meu Cartão. Eu disse a ela que já tinha sido atendido, implorei, disse que tinha que pegar a fila de novo outro dia mas não teve jeito. Vim outro dia e marquei minha consulta com o Cartão.*

Outra questão também foi abordada por alguns pacientes, como é o caso das pacientes CG4 (a) e C9 (b), que vieram de municípios diferentes daqueles em que aguardavam por atendimento. Os discursos das pacientes se alinham quando ambas apontam para a dificuldade de conseguir atendimento devido aos números de inscrição de seus cartões serem de outro município e da falta de ajuda dos funcionários do hospital.

(a) *Quando eu cheguei aqui em Campina, fui marcar uma consulta com a médica da mama, mas a mulher falou que eu não podia marcar porque meu cartão era de outra cidade, né? Aí, eu fui fazer outro cartão, com um número daqui (...) e ainda tive que dar o endereço da minha cunhada e disse que morava aqui, senão eu não podia fazer o cartão. Só depois é que eu consegui marcar. De lá pra cá já tem mais de um mês que eu to aqui, e só hoje consegui vaga pra médica.*

(b) *Pra conseguir ser atendida aqui no hospital eu tive que inventar que moro aqui nessa cidade (...) aí, ".hhh" eu fui na Secretaria de Saúde, dei meus dados e fiz um Cartão SUS daqui. Eu e meus filhos temos cada um dois cartões: um daqui de Cabedelo e outro de Lucena. Mas até eu conseguir um endereço daqui, não podia ser atendida no hospital nem no postinho daqui e o pessoal que marca as consulta não abre nunca uma exceção, nem a gente dizendo que é só pra o médico passar um remédio.*

É certo que o Cartão SUS trouxe algumas mudanças no processo de marcação de consultas e exames, bem como no número de atendimentos, exames e cirurgias, por

possibilitar o controle financeiro dos atendimentos e serviços ofertados pelas instituições públicas de saúde. A racionalização dos custos, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde são alguns dos objetivos do Cartão SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Ainda que os funcionários dos hospitais tenham sido orientados no sentido de proceder à marcação de consultas e outros serviços mediante apresentação do número do Cartão do paciente, percebe-se a falta de bom senso por parte de alguns funcionários, e até mesmo a negligência diante do direito assegurado pelo SUS ao usuário de livre acesso ao atendimento de saúde.

Outro objetivo do Cartão SUS é promover agilidade no atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e não atuar como barreira ao acesso do usuário aos serviços de saúde. Os funcionários das equipes dos hospitais que atuam com a obrigatoriedade do uso do Cartão SUS devem ter em mente que antes do Cartão ser obrigatório, o SUS tornava a prestação do atendimento ao usuário obrigatório. O desinteresse de alguns funcionários em ajudar a resolver os problemas dos usuários acaba por tornar o atendimento menos ágil, ferindo assim um dos objetivos do Cartão SUS.

Conforme exposto, a dimensão confiabilidade busca analisar se as necessidades primárias do indivíduo são satisfeitas. Diante das leis e princípios adotados pelo SUS e pelo Cartão SUS, que visa aperfeiçoar ainda mais o Sistema Único de Saúde, pode-se perceber que a maior necessidade de reciclagem em meios aos hospitais visitados não está em adquirir ferramentas de Tecnologia da Informação que integrem os serviços de saúde. O que é notável é que a maior carência do setor não está na falta ou insuficiência de ferramentas destas ferramentas e sim, no treinamento e humanização das pessoas prestadoras de serviços nas instituições de saúde, nos hospitais, postos de saúde da família, laboratórios e outros estabelecimentos públicos.

4.1.2 Compreensividade

Esta dimensão aborda a disposição dos funcionários em ajudar o cliente, de forma a agir com presteza na prestação do serviço. É uma maneira de dar o retorno esperado pelo paciente através de suas ações. Para tanto, os funcionários dos hospitais devem ser precisos e ajudar ao máximo aos pacientes, procurando dar informações relevantes à resolução de seus problemas. Assim, o rastreador para esta dimensão será baseado na precisão das informações fornecidas pelos funcionários do hospital.

Conforme identificado nas entrevistas, os funcionários dos hospitais visitados, especialmente aqueles que têm a função específica de fornecer informações aos usuários

do SUS não cumprem seu papel, o que também corrobora pensamento de que os recursos humanos que atualmente integram o SUS necessitam de atenção maior que os recursos tecnológicos. O Quadro 11 aponta o total de entrevistados por município que apontou falhas no fornecimento de informações dos funcionários aos usuários.

VARIÁVEIS	Dimensão compreensividade				
	Cabedelo	João Pessoa	Campina Grande	Recife	TOTAL
Os funcionários do hospital apresentam informações precisas.	07	06	06	10	29

Quadro 11 – Distribuição de entrevistados por abordagem da variável da dimensão compreensividade

FONTE: elaborado pela autora

a) Variável “Os funcionários do hospital apresentam informações precisas”

As entrevistas dos pacientes refletem certa confusão por parte dos funcionários, especialmente aqueles que atuam como atendentes de recepção. Datas e horários trocados de médicos, marcação de consultas em dias onde o total de vagas já estava preenchido e a falta de retorno para remarcação de consultas quando da falta dos médicos foram questões levantadas pelos entrevistados. A seguir, serão explanadas as afirmações dos pacientes CG2 (a), JP10 (b) e R14 (c).

(a) Já teve dia aqui de eu chegar para ser atendido e a moça informar que não podia, porque a médica não atendia nesse dia. (...) Aí eu mostrei o papelzinho anotado com o dia e a hora e ela falou que eu podia ter entendido errado, porque aquela médica só atendia no dia seguinte. E eu tentei remarcar então para o dia, né?, mas falaram que já tava cheio... “.hhh” e eu fiquei sem ser atendido mesmo.

(b) Quando eu cheguei aqui fui na atendente pra dizer meu nome e ela marcar na lista ... aí foi quando ela me falou que eu não estava marcada (...) ela não sabia o que tinha acontecido, nem ninguém sabia... aí depois de muita confusão ela disse que esperasse porque no final eu ia ser atendida.

(c) Certa vez o médico faltou e o pessoal do hospital nos tranqüilizou dizendo que para não remarcar todo mundo para outro dia, porque o médico estava com o próximo dia cheio, eles iriam encaixar os pacientes pela ordem da marcação, e nos telefonariam, dizendo o dia da consulta (...) até hoje eu espero essa ligação! Vim aqui e marquei de novo (...) foi mais rápido.

Mais uma vez se faz necessário reportar-se aos princípios e diretrizes do SUS. Segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conforme reza seu artigo 2º, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Ainda seguindo esta mesma lei, no artigo 7º, que elenca os princípios e diretrizes do SUS, o inciso VI aponta como sendo um dos princípios do SUS a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (Lei 8.080, 19/09/1990). O artigo completo desta Lei está no anexo II desta pesquisa.

4.1.3 Empatia

Esta dimensão analisa o nível de atenção individualizada proporcionada aos usuários. Para um melhor entendimento sobre como esta dimensão poderia contribuir para a identificação ou não de benefícios trazidos ao usuário com o Cartão SUS, foi de suma importância a revisão da análise da qualidade aplicada aos serviços proposta por Donabedian (1990), onde são avaliadas na instituição: estrutura, processo e resultado. A estrutura avalia a disposição de equipamentos e pessoal capacitado; o processo se refere ao atendimento propriamente dito e o resultado se refere ao desfecho, ou seja, como o cuidado oferecido à saúde do indivíduo pode repercutir no presente ou em um momento futuro.

Esta última categoria nos chama atenção por enfatizar a questão do reflexo que um bom ou mau atendimento pode ter para o paciente. Para que se possa considerar um atendimento como sendo bom ou aceitável, é necessário que, mais do que um diagnóstico correto, exista atenção e cuidado por parte do profissional para com o usuário. Por isso, na análise dos benefícios trazidos pelo Cartão SUS para os pacientes, não se pode deixar de analisar se a maneira como este atendimento vem sendo realizado reflete ou não de forma positiva ao usuário. Isto porque o Cartão SUS também modificou formas de atendimento, tornando-o mais rápido e informatizado, o que pode afetar a maneira dos profissionais lidarem com os pacientes.

Foi questionado aos usuários como eles poderiam avaliar a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais das instituições públicas. Conceituar qualidade não é fácil, devido à sua extrema subjetividade. Por vezes, o que significa qualidade para uns, não passa de procedimentos rotineiros para outros. Dentre as várias definições que a qualidade tem, optamos por trabalhar com as apresentadas por Marshall *et al* (2005), dividindo assim a qualidade por abordagens. O Quadro 12 ilustra tais definições.

ABORDAGEM	CONCEITO	AUTOR
Transcendental	Qualidade não é uma idéia ou uma coisa concreta, mas uma terceira entidade independente das duas... embora não se possa definir qualidade, sabe-se o que ela é.	Pirsig, 1974
Baseada no produto	Qualidade refere-se às quantidades de atributo sem preço presentes em cada unidade do atributo com preço.	Leffler, 1982
Baseada na produção	Qualidade é o grau em que o produto específico está de acordo com o projeto ou especificação.	Gilmore, 1974
Baseada no usuário	Qualidade consiste na capacidade de satisfazer desejos.	Deming, 1968
Baseada no valor	Qualidade quer dizer o melhor para certas condições do cliente. Essas condições são: a) o verdadeiro uso; b) o preço de venda do produto.	Feigenbaum, 1961

Quadro 12 – Conceitos de qualidade

FONTE: Marshall, *et al* (2004)

Em meio a estas abordagens, analisando cada uma de suas definições, optou-se pela qualidade baseada no usuário, por conferir maior adequação ao objeto de estudo desta pesquisa. Sendo assim, a qualidade no atendimento consistiria “apenas” em satisfazer o desejo do usuário: ser bem atendido.

Na análise das respostas obtidas, foram identificadas duas variáveis, expostas no Quadro 13.

DIMENSÃO	RASTREADORES OU VARIÁVEIS
Empatia	A equipe do hospital dá atenção especial aos pacientes;
	A equipe do hospital é cortês com os pacientes.

Quadro 13 – Rastreadores ou variáveis analisados para a dimensão empatia

FONTE: elaborado pela autora

O total de entrevistados que apontaram problemas com a qualidade do atendimento aos usuários, está ilustrada no Quadro 14, por variável e município.

VARIÁVEIS	Dimensão: empatia				
	Cabedelo	João Pessoa	Campina Grande	Recife	TOTAL
A equipe do hospital dá atenção especial aos pacientes	04	05	02	06	17
A equipe do hospital é cortês com os pacientes	04	05	04	11	24

Quadro 14 – Distribuição de entrevistados por abordagem das variáveis da dimensão empatia

FONTE: elaborado pela autora

a) Variável “A equipe do hospital dá atenção especial aos pacientes”

A maioria dos usuários classificou o atendimento prestado pelos profissionais como ruim. Alguns pacientes enfatizaram que não basta o médico estar lá. O paciente se sente ainda pior quando o profissional não demonstra nenhuma afetividade ou mesmo se compadece da situação em que o usuário se encontra. Assim relataram os entrevistados JP8 (a) e R6 (b):

(a) Eu já fui atendido por um médico que nem olhou pra mim... ele só perguntou meu nome, pegou minha ficha e já escrevendo foi me mandando dizer o que eu tinha. Eu foi quem disse pra ele olhar porque o meu problema era no meu pé.

(b) Toda vez que você chega com qualquer quebradeira no corpo, eles vão logo dizendo que é virose, e nem examina a gente direito. Virose é a desculpa pra eles não querer atender a gente direito. Passa um remedinho que tem no postinho do PSF e manda a gente ir embora.

Não apenas os médicos foram apontados de forma negativa pela falta de atenção aos pacientes, mas outros membros da equipe também, conforme relata o paciente R9:

Não entendi o que a recepcionista falou e aí perguntei de novo (...) ela respondeu a mesma coisa, e eu disse que não estava entendendo, né? (...) aí ela perguntou se era pra ela desenhar, porque ela já tinha explicado. Me senti muito mal.

Contudo, nem todos os usuários apontaram apenas aspectos negativos no atendimento por parte dos profissionais dos hospitais. Nas mesmas instituições de onde foram coletados depoimentos negativos, também houve pacientes que elogiaram o atendimento por parte dos profissionais, como foi o caso dos entrevistados JP1 (a), R12 (b) e C7 (c):

(a) Toda vez que preciso falar com o médico do pulmão, só peço a ficha pra esse doutor, porque ele é sorridente, brinca e a gente já sai melhor do consultório. Se for outro médico, eu não quero não.

(b) A médica daqui é muito atenciosa, escuta a gente direitinho, pergunta um monte de coisa (...) até quando eu chorei ela veio me consolar e conversou comigo (...) dá remédio quando a gente precisa, diz onde tem remédio mais barato, ela é muito legal.

(c) Uma vez eu tava com muita dor sentada, esperando minha vez pra falar com a médica, e uma funcionária que eu acho que nem era médica nem enfermeira veio falar comigo, perguntou o que eu tinha, e aí ela ficou lá conversando até a hora de chegar minha vez. Me distraiu ela, e eu nem senti o tempo passar.

Com as respostas obtidas nas entrevistas, foi possível verificar que a qualidade no atendimento deixou a desejar em aspectos básicos, como a valorização do paciente ao fitá-lo e encará-lo como detentor da total atenção do profissional. Mas também foi identificada sob estes mesmos aspectos, o que nos possibilita concluir que a atenção individualizada aos pacientes existe, mas apenas por parte de alguns profissionais.

Segundo Merhy (1997) o encontro entre o profissional de saúde e o usuário do serviço ocorre em um ambiente onde é produzida uma relação de escuta e responsabilização. Este ambiente permite com que o profissional utilize a principal tecnologia da qual dispõe: o conhecimento, tratando o usuário como sujeito detentor e criador de direitos. Prestar um atendimento de qualidade seria amenizar ou mesmo acabar com o problema que leva o usuário àquela instituição, mas este compromisso deve ser de toda a equipe.

b) Variável “A equipe do hospital é cortês com os pacientes”

Ainda abordando o questionamento sobre a qualidade do atendimento, foram apontados aspectos relacionados à cortesia dos funcionários para com os usuários. Neste sentido, os entrevistados CG10 (a) e R2 (b) relataram:

(a) Tem vez que a gente quer perguntar alguma coisa a quem passa no corredor, e eles fingem que não escutam ou dizem que outro funcionário é que vai responder. É uma má vontade só pra responder e uma cara feia danada.

(b) Em uma consulta fiz uma pergunta ao médico e ele me olhou como se eu fosse um alienígena (...) Ora, se eu perguntei é porque estava com dúvida. Pra ele podia ser fácil, mas pra mim não, por isso perguntei, né? Achei o médico mal educado e ele ainda respondeu de qualquer jeito minha pergunta. Depois, falei com outro médico, aqui nesse mesmo hospital e ele tirou minha dúvida.

Em conformidade com a primeira variável, as respostas para a cortesia dos funcionários também foram variadas, como no caso dos pacientes JP4 (a), C8 (b) e R5 (c):

(a) Tem uma funcionária que é ótima, toda vez que a gente pede informações ela diz, sorrindo, e ainda deseja bom dia, que Deus abençoe você (...) essas coisas.

(b) Eu acho engraçado que toda vez que uma moça que trabalha aqui passa pela gente ela fala, nem que seja só uma balançadinha de cabeça, sabe? Mas você sabe que ela tá vendo você ali.

(c) É muito bom quando você liga pra marcar consulta ou perguntar quando tem vaga e a pessoa atende você bem, diz as datas e escuta tudo o que você diz, tira as dúvidas. Não é todo mundo aqui que trabalha assim não, mas tem uns que tratam a gente muito bem.

Fazer com que o usuário se sinta bem é dever de todos os que prestam serviços. No caso dos serviços de saúde, essa tarefa deve ser cumprida com esmero, levando-se em consideração que aquele que procura um estabelecimento de saúde não o faz sem necessidade. Normalmente, estes usuários se sentem de alguma forma debilitados e estão mais frágeis, o que torna essencial para auxiliar no processo de melhoria deste quadro um bom atendimento e educação por parte das equipes dos estabelecimentos de saúde.

5. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A Tecnologia da Informação vem despontando como área de crescentes aplicações práticas e empíricas, posto que é cada vez maior o número de pesquisas acerca de sua aplicabilidade em quaisquer áreas.

No campo da Saúde, sua utilização também é crescente e os estudos sobre sua efetividade têm surgido com certa frequência, o que configura um aspecto positivo para a comunidade acadêmica que está em busca de fontes de informação baseadas em objetos concretos de estudo.

Contudo, a aplicação da Tecnologia da Informação em projetos públicos no Brasil tem sido pouco comentada, principalmente no que tange aos projetos de saúde. O Cartão Nacional de Saúde constitui um conjunto de sistemas de informação integrados para unir dados sobre quando, onde e como o usuário foi atendido. Além disso, informa quanto custou este atendimento.

Sua implantação custou aos cofres públicos valores em dinheiro mais elevados que alguns projetos de maior importância para a população, como tratamento do câncer e atenção e cuidados para com menores infratores. Entre 2001 e 2005 foram gastos cerca de US\$ 107 bilhões com o Cartão SUS, contra cerca de US\$ 30 bilhões com o tratamento do câncer e US\$ 27 bilhões com o cuidado em menores infratores da lei, para o mesmo período. Porém, mesmo tendo custado tão caro para o governo, o que deveria despertar a atenção das pessoas, não existem muitos estudos relativos ao Cartão SUS. As informações teóricas acerca de sua idealização, fases e implantação são fornecidas pelo Governo Federal. A avaliação da implantação do projeto, que deveria ser alimentada no site do Ministério da Saúde, se encontra desativada.

A falta de informações completas a respeito do Cartão SUS constitui a maior das limitações desta pesquisa. O levantamento bibliográfico elaborado foi escasso devido à falta de material suficiente e de fontes confiáveis sobre o tema. Artigos de jornais e revistas, com conclusões confusas sobre a eficiência do projeto foram analisados, na esperança de obtermos um maior acervo sobre o tema, mas, ao final das análises dos mesmos, pôde-se verificar que a inclusão destes artigos não traria um embasamento confiável para a pesquisa, por se tratar de opiniões pessoais de alguns autores.

Além disso, por se tratar de uma pesquisa da área de TI, inicialmente idealizou-se através deste estudo, proceder à análise dos sistemas de informação utilizados no Cartão SUS. Este objetivo não pôde ser atingido diante da impossibilidade de acesso aos gestores públicos do Cartão SUS, que não estavam autorizados a falar sobre a implementação do sistema, gastos atuais e problemas que surgiram durante o processo de implantação.

Restaram apenas artigos e matérias em jornais expondo uma série de insucessos conseguidos com o Cartão SUS, alguns até apontando falhas dos sistemas. Contudo, este material por si só não configuraria base suficiente para o presente estudo.

Ainda analisando o Cartão SUS, para não fugir do foco da TI e sabendo que todo o gasto com tecnologias foi realizado não apenas para propiciar um maior controle financeiro do Ministério da Saúde, mas também para aumentar e facilitar o acesso do usuário do SUS aos serviços públicos de saúde, restou-nos investigar se esta implantação dispendiosa trouxe benefícios aos usuários, a partir da ótica dos mesmos.

Além disso, a amostra selecionada para a pesquisa contém um percentual ínfimo do que representa o universo deste estudo, tendo em vista que foram escolhidos apenas dois Estados da Federação e dentre estes, quatro municípios. Contudo, esta limitação de espaço não altera as conclusões da pesquisa, mas limita-as ao tecer-se sugestões que incluam outras cidades do Brasil que não fizeram parte da análise, onde os problemas apresentados podem não existir ou, em caso positivo, em outro grau de importância.

É de fundamental importância que estas limitações sejam expostas a fim de que outros pesquisadores, *a posteriori*, possam dar continuidade a este estudo, buscando a superação destes e de outros limites que venham a surgir.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as informações obtidas no levantamento bibliográfico e na análise das entrevistas, foi possível tecer algumas conclusões, sobre como os usuários do SUS das regiões metropolitanas de João Pessoa e Recife se sentem beneficiados com a política do Cartão Nacional de Saúde.

Para entender o tema estudado, foi imprescindível a discussão teórica sobre assuntos que norteiam o Cartão SUS, bem como os que situam o projeto em meio à Tecnologia da Informação e Saúde Pública. Diante das dificuldades encontradas em tomar por base autores que analisassem o Cartão SUS com imparcialidade, foram utilizadas leis, decretos e encartes do Ministério da Saúde sobre o tema. A análise deste material possibilitou o conhecimento e as conclusões necessárias sobre o que é o Cartão Nacional de Saúde, quais seus objetivos e propostas.

A partir deste ponto e diante da impossibilidade de analisar o Cartão SUS com relação à tecnologia implantada, foi possível entender como se poderia abordar o tema junto ao usuário, investigando se um dos objetivos do Cartão SUS após todos os investimentos realizados foi cumprido ou não: facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Para atingir esta meta, foi necessário conversar com os usuários, de maneira que eles pudessem expressar suas opiniões sobre o tema em questão, apontando pontos positivos e negativos sobre o Cartão SUS.

As pessoas que nos concederam entrevistas falaram à exaustão sobre a precariedade no atendimento nos estabelecimentos públicos de saúde. As conclusões a que chegamos foram: faltam vagas, medicamentos e profissionais. Apontaram também a falta de profissionalismo e senso humano para a maioria dos profissionais. Apesar de políticas de humanização do SUS, um dos grandes problemas foi a falta de humanização de alguns funcionários.

Na busca por entrevistar os usuários, foi notado um fato curioso: em todos os estabelecimentos de saúde visitados durante o período de coleta de dados, havia cartazes nas paredes alertando os usuários de que não se pode desacatar o funcionário público no exercício de suas atribuições, conforme reza o artigo 331 do Código Penal. Porém, estes mesmos estabelecimentos não continham também em suas paredes cartazes com os princípios básicos do SUS e os direitos dos usuários, tendo em vista que também há leis que asseguram estes direitos. Isto faz com que os pacientes acabem por se sujeitar às péssimas condições de atendimento nestas instituições.

Além disso, as instalações físicas dos hospitais públicos não oferecem conforto para a permanência dos pacientes naquele ambiente. Paredes sujas, bancos quebrados,

escassez de leitos e poucos recursos em geral. Enfim, mesmo não constituindo objeto de análise deste estudo, durante as entrevistas foi possível analisar a precariedade das instalações e equipamentos dos hospitais públicos, o que também não traz conforto e nem benefícios aos usuários, que por vezes aguardam atendimento de pé ou em macas pelos corredores. O problema é que os investimentos no Cartão SUS foram destinados a sistemas de informação e equipamentos de TI e não à reestruturação dos prédios de hospitais públicos, com seus equipamentos e acessórios.

Apesar de ter como um dos objetivos atuar como instrumento facilitador do acesso do usuário do SUS ao atendimento, o Cartão SUS teve como foco a tecnologia. O usuário dos serviços de saúde não está em contato com esta tecnologia, e sim, com os estabelecimentos de saúde pública e equipamentos. Estes por sua vez não receberam melhorias e causam até desconforto e problemas para a população.

Deste modo, o presente estudo possibilitou concluir que, apesar dos investimentos feitos para a implantação do Cartão SUS, investimentos estes na área de tecnologia, existem deficiências na área de recursos humanos e materiais do SUS que mascaram os índices de produtividade, uma vez que estes seriam refletidos em benefícios à população através do Cartão SUS.

Na visão de Solow, “nós vemos computadores por toda parte, exceto nas estatísticas de produtividade” (SOLOW, 1987, p. 36). Esta invasão de computadores gera novos investimentos por parte da empresa. Geralmente, quando as organizações investem em TI esperam que este investimento retorne a ela em forma de ganhos de produtividade. No caso das organizações públicas, cujo intuito é o de fornecer serviços que melhorem a qualidade de vida da população, os ganhos de produtividade devem ser refletidos em melhorias no serviço para a comunidade, justificando assim os investimentos realizados.

Conforme mencionado anteriormente, a tecnologia vem sendo vista por alguns como a salvação para problemas na organização. Mas, antes de investir em TI, a organização deve estabelecer uma cultura de preparação para aquele novo processo, modificando práticas de trabalho e até mesmo o seu ambiente físico.

O que se tem observado é que, no Brasil, mais precisamente com a implantação do Cartão Nacional de Saúde, foco desta análise, o processo foi inverso. Os investimentos em TI foram feitos em larga escala, mas a cultura das organizações de Saúde Pública, no geral, não foi trabalhada.

Assim, os usuários, que receberam um novo modelo para o atendimento de saúde, pensando ver melhorias refletidas em forma de benefícios, continuam a se deparar com problemas que estão longe das questões que envolvem o conhecimento tecnológico, problemas estes que acabam por gerar índices negativos de produtividade a partir da própria análise da população.

Infelizmente os usuários dos serviços de saúde da região metropolitana de João Pessoa e Recife não foram beneficiados com a política do Cartão Nacional de Saúde, mesmo após tanto dinheiro investido. A fala do usuário CG5, em poucas palavras, resume o que ilustramos em toda a seção da análise de conteúdo e encerra esta etapa de conclusões:

Se aborrecimento for a mesma coisa que benefício, aí ele trouxe muito! (risos)

7. SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Esta pesquisa encontrou diversas limitações em seu desenvolvimento. Porém, estas limitações não configuram a impossibilidade de continuidade de outros estudos acerca do Cartão Nacional de Saúde. Isto se dá não apenas pela riqueza do projeto, mas pela variedade de campos de pesquisa que envolvam o projeto e seus sujeitos.

A maior limitação desta pesquisa não se deu pela escassez de material bibliográfico ou pela falta de algum dado, mas sim pela própria limitação da área. Pesquisas em Tecnologia da Informação buscam analisar ferramentas de TI e sua aplicabilidade em um dado objeto de estudo.

O presente estudo, que começou na intenção de analisar recursos tecnológicos, encontrou limites e enveredou pela análise dos benefícios aos usuários dos serviços públicos de saúde. Acabou por encontrar investimentos realizados em tecnologia em lugar da estrutura física e humana que compõe o SUS, o que levou à conclusão de que a política do Cartão SUS não beneficiou os usuários da região metropolitana de João Pessoa e Recife.

Mas este não é o único tema pelo qual o Cartão SUS pode ser analisado. Aliás, o Cartão SUS não é o único projeto público que envolve grande quantidade de investimento financeiro que pode e deve ser analisado.

Fica então a sugestão, a futuros pesquisadores, de dar continuidade na análise deste projeto ou de estudar projetos públicos ainda não avaliados em meio à comunidade acadêmica. Além disso, sugere-se também um levantamento de informações atuais sobre o Cartão SUS, partindo assim para uma pesquisa teórica a partir de novos dados ou mais atualizados em relação aos apresentados neste estudo.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, M. E. D. A. **Cotidiano escolar e práticas sócio-pedagógicas**. Brasília. Ano 11, n. 53, 1992. p. 29-38.
- BABAKUS, E.; MANGOLD, W. G. Adapting the SERVQUAL scale to Hospital services: an empirical investigation. **Health Services Research**, n. 26. Fevereiro, 1992. pp. 767 – 786.
- BALBONI, M. R. **Por detrás da inclusão digital: uma reflexão sobre o consumo e a produção de informação em centros públicos de acesso à Internet no Brasil**. Tese de Doutorado, Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BENSON, T. Why general practitioners use computers and hospital doctors do not. **BMJ**, 2002.
- BERG, M. **Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges**. International Journal of Medical informatics. Vol. 64, issues 2-3. December 2001, p. 143-156.
- BERNSTORFF, V. H.; CUNHA, J. C. O que as organizações buscam e alcançam com a terceirização da tecnologia da informação. *In: XXIII Encontro Anual da ANPAD*, 1999, Foz do Iguaçu, PR. ANAIS ANPAD, 1999.
- BOGDAN, R. C. BIKLEN, S.K. **Qualitative research for education: an introduction to theory and methods**. Boston, Allyn and Bacon, 1982.
- BRYNJOLFSSON, E.; HITT, L. Paradox Lost? Firm-Level evidence on the \returns of Information Systems Spending. **Management Science**. Vol. 42, nº 4. Abril, 1996. pp. 541 – 558.
- BRYNJOLFSSON, E.; HITT, L. Computing Productivity: Firm-Level Evidence. **MIT Sloan Working Paper**, n. 4210-01, p. 1-40, Jun. 2003.
- BURCH, J. G.; GRUDNITSKI, G. **Information Systems: theory and practice**. Canadá: Wiley, 1989.
- CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma – repensando a saúde**. São Paulo. Editora Hucitec, 1997.
- CARVALHO, G. I; SANTOS, L. **Comentários às Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90)**. Sistema Único de Saúde. São Paulo. Editora Hucitec, 1995.
- CHESWICK, W.; BELLOVIN, S. M.; RUBIN. A. D.; **Firewalls e Segurança na Internet**. 2.ed. Porto Alegre. Bokman. 2005.
- CÓDIGO Penal Brasileiro. **Decreto-Lei N.º 2.848**, de 7 de dezembro de 1940.
- CONSTITUIÇÃO da República Federativa Do Brasil. Título II: **dos direitos e garantias fundamentais**: Art. 5º. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2006
- DATASUS, Departamento de Informática do SUS. **Cartão Nacional de Saúde**. Disponível em <www.datasus.gov.br> Acesso em 12 de janeiro de 2008.

DATE, C. J. **Introdução a sistemas de bancos de dados**. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

DENNING, P., The scope and directions of computer science: computing applications and computational science. **Communications of the ACM**, 1991, v. 34, n. 10, pp.129-131.

DEWAN, S.; KRAEMER, K. S. Information Technology and productivity: Evidence from Country-Level Data. **Management Science**. Vol. 46, nº 4, Abril, 2000. pp. 548-562.

DICK, R.S., STEEN, E.B., DETMER,D.E. **The Computer-based Patient Record - An Essential Technology for Health Care**. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, 1990; n. 114, pp 1115-1119.

FÉRES, M. A. **A adoção de softwares livres pelas diversas esferas da Administração Pública**: alguns aspectos jurídicos de um ambiente de disputas econômicas. Revista Consulex, 2005. Disponível em: http://www.consulex.com.br/consulexnet_read.asp?id=1&idd=1821 – Acesso em 17 de abril de 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOINA, P. R. **Tecnologia da Informação**: planejamento e gestão. São Paulo: Atlas, 2001.

FOLHA On-line. **Desigualdade social no Brasil continua em níveis elevados**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u403420.shtml> Acesso em 04 de abril de 2009.

GAZETA Mercantil. **Aspectos relevantes do segmento de saúde no país**. Disponível em: <http://indexet.gazetamercantil.com.br/arquivo/2004/11/22/261/Aspectos-relevantes-do-segmento-saude-no-Pais.html>.> Acesso em 18 de dezembro de 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 69, n. 2, Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492006000200015&lng=en&nrm=iso. access on 12 Jan. 2010. doi: 10.1590/S0004-27492006000200015>. Acesso em 26 de julho de 2009.

IBGE. **Pnad 2005: acesso à Internet**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=846&id_pagina=1> Acesso em 10 de maio de 2008.

IBGE. **Mapa da pobreza e desigualdade 2003**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1293>. Acesso em 10 de maio de 2008.

KEEN, P.G.W.: Information Technology And The Management Theory: The Fusion Map. **IBM Systems Journal**, v.32, n.1, p.17-38, 1993.

LEITE, J. Terceirização em informática no Brasil: investigação sobre a situação da terceirização em informática no contexto brasileiro. São Paulo: FGV, Fundação Getúlio Vargas. **Núcleo de Pesquisas e Publicações**, 1995.

LITTLEJOHNS, *et al.* Evaluating computerised health information systems: hard lessons still to be learnt. **BMJ**, 326:860-863, 2003.

LUFTMAN, J.N.; LEWIS, P.R. & OLDACH, S.H.: Transforming The Enterprise: The Alignment Of Business And Information Technology Strategies. *In* **IBM Systems Journal**, v.32, n.1, p.198-221, 1993.

MARSHALL, I. Jr *et al.* **Gestão da Qualidade**. (Série Gestão Empresarial). 4ª. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

MAYRING, P. **Introdução à pesquisa social qualitativa**: uma introdução para pensar qualitativamente. 5ª ed. Weinheim: Beltz, 2002.

MELO, I. S; **Administração de Sistemas de Informação**. São Paulo: Pioneira, 1999.

MELLO, S. C; VIEIRA, R. S. G.; FONSECA, F. R.; SOUZA, A. F. N.; GOUVEIA, T. B.; CORDEIRO, A. T. Aplicação do Modelo SERVQUAL para a avaliação da qualidade de serviço numa Instituição de Ensino Superior baseado na percepção dos alunos. **XXII ENEGEP**, Curitiba, 2002.

MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para revisão da qualidade em serviços. **Revista Produção**. Vol. 14, nº 1, 2004.

MINISTÉRIO da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> . Acesso em 03 de janeiro de 2009.

MINISTÉRIO da Saúde. **Lei n. 8.142/90 - Participação da comunidade na gestão do SUS**. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/auditoria/controle/lei_8142_90.pdf>. Acesso em 03 de janeiro de 2009.

MINISTÉRIO da Saúde. **Cartão Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=944>. Site divulgado em 2001. Acesso em 27 de dezembro de 2007.

MINISTÉRIO da Saúde. **Manual do Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2002

MINISTÉRIO da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**. Brasília, 1996.

MINISTÉRIO da Saúde. **Política Nacional de informação e informática em saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 12 de janeiro de 2008.

MURPHY, G. F., HANKEN, M. A.; WATERS, K. A. **Electronic Health Records**: changing the vision. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999.

NIKULA, R. E. **A Study of the adoption and definition of the Electronic Patient Record by Clinicians**. England, 2005, p. 1 – 10.

NÓBREGA, C. V. da. **Privacidade de Informação Pessoal na INTERNET na Percepção dos E-Consumidores**. 145 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2005.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas de Informações Gerenciais:** estratégias, táticas operacionais. São Paulo: Atlas, 1998.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAM, V. A. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, New York, v. 49, n. 4, p. 41-50, Fall 1985.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAM, V. A. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p. 12-40, Spring 1988.

PEKKOLA, S.; KAARILAHTI, N.; POHJOLA, P. Towards Formalised End-User Participation in Information Systems Development Process: Bridging the Gap between Participatory Design and ISD Methodologies. **Proceedings Participatory Design Conference**, Agosto, 2006 – Trento, Itália.

PINHEIRO, J. M. S. **O que é um Data Center?** Disponível em: <http://www.projetoderedes.com.br/artigos/artigo_datacenter.php>. Publicado em janeiro de 2004. Acesso em 18 de junho de 2008.

QUEIROZ, R. P. **A pessoa jurídica pobre na forma da lei e sua proteção constitucional de acesso à justiça.** 3º Congresso LFG, Estudo de casos jurídicos. 2002

REBELATO, M.G. **A qualidade em serviços:** uma revisão analítica e uma proposta gerencial, 1995. 146 f. Dissertação de Mestrado – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 1995.

REBELLO, M. A. F. R. Avaliação da qualidade dos produtos/serviços de informática: uma experiência da Biblioteca do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista Digital Biblioteconomia Ciência e Informática.** 2004; Vol. 2, nº 1. pp. 80 - 100.

REZENDE, D. A. Evolução da tecnologia da informação nos últimos 45 anos. **Revista FAE Business.** [S.I.], n. 04. 2002.

REYNOLDS, G. W.; STAIR, R. M. **Princípios de Sistemas de Informação.** 4ª edição, Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 2002.

ROCHA, D; DEUSDARÁ, B. **Análise de Conteúdo e Análise de Discurso:** aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. ALEA. Vol. 7. Nº 2. pp. 305-322. Julho - Dezembro 2005.

RODRIGUES FILHO, J. The complexity of developing a nursing information system: a Brazilian experience. In: **Computers in nursing.** v.19, n.3, p.98-104. may/june 2001.

RODRIGUES FILHO, J; GOMES, N. P. Tecnologia de Informação no Governo Federal. **RAP – Revista de Administração Pública.** [S.L.]: 2004.

RODRIGUES FILHO, J; GOMES, N. P. **E-health in Brazil – Less care for the poor.** 2006.

RODRIGUES FILHO, J; LUDMER, G. Sistema de informação: que ciência é essa? **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, vol 2(2), 2005.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em Administração.** 2ª ed. São Paulo, Atlas. 1999.

SAAD, A. Z. *et al.* A Tecnologia da Informação no processo de gestão das políticas de saúde no Brasil. **2º seminário nacional estado e políticas sociais no Brasil**. Unioeste, Cascavel, 2005.

SALES, J. D. A. **O uso da intranet no banco do Estado de Sergipe**. 127 f. Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2004.

SAEGER, M. M. M. T. **Sistemas de Informação em Educação: um estudo de caso no Colégio Pio XI Bessa**. 72f. Monografia de Graduação. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2004.

SANTOS, F.; SILVA, M. R.; CHAMON, M. A. O Paradoxo da Produtividade no setor industrial do Vale do Paraíba Paulista. In: **XXXII EnANPAD**. Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, L.C. **Entrevista: um instrumento de coleta de dados em pesquisa empírica**. Disponível em: <<http://www.lcsantos.pro.br/arquivos/Entrevista03072008-095409.pdf>>.2005. Último acesso em 21 de março de 2009.

SANTOS, L.R. **Direitos do cidadão usuário do SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde**. 135 f. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

SECRETARIA de gestão de investimentos, Ministério da Saúde. **O Cartão Nacional de Saúde: instrumento para um novo modelo de atenção**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 12 de janeiro de 2008.

SECRETARIA de saúde de Santa Catarina. **Sistema de informação em saúde**. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf. Acesso em 14 de janeiro de 2008.

SILVA, A. *et al.* **Sistemas de informação na administração pública**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SOARES, J. C. V. *et al.* Avaliação da qualidade de serviços através da aplicação da escala SERVQUAL numa agência bancária de Ijuí – RS. **XXV Engep**. Porto Alegre, 2005.

SOLOW, R. M. We'd better watch out. A review of COHEN, S. S.; ZYSMAN, J. Manufacturing matters: the myth of the post-industrial economy. **The New York Times Book Review**, p.36, July, 1987.

SORDI, J. O.; JÚNIOR, G. M. **Abordagem sistêmica para integração entre sistemas de informação e sua importância à gestão da operação: análise do caso GVT**. G&P, vol. 13, n. 1, pp. 105-116, 2006.

SOUZA, C. **Fornecedores Hospitalares**. Ano 15 – Edição 136 – Fevereiro 2007.

STAIR, R. M. **Princípios de sistemas de informação: uma abordagem gerencial**. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

STRASSMANN, P. A. Will big spending on computers guarantee profitability? **Datamation**, Barrington, v. 43, n. 2, p. 75-82, Feb. 1997.

TAVARES, E.; COSTA, I. O papel dos valores individuais na interação entre indivíduos e Tecnologia da Informação. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. pp. 11 a 21. Julho/Setembro, 2008.

THOMPSON, A. **Manual de orientação para preparo de monografia**. Rio de Janeiro: Fórum Universitária, 1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C. V. S. **Territorialização em sistemas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995, pp. 221 – 235.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

WAINER, J. **O Paradoxo da Produtividade**. *In*: Informática, Organizações e Sociedade no Brasil. São Paulo: Cortez Editora, 2003. pp. 13 – 55.

ZUBOFF, S. Automatizar/ informatizar: as duas faces da tecnologia inteligente. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, vol. 34, 1994.

APÊNDICE

**APÊNDICE A - ROTEIRO ELABORADO PARA PESQUISA DE CAMPO, ATRAVÉS DE
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

QUESTÕES

- 1) Você possui Cartão SUS? Há quanto tempo?
- 2) Como você pode avaliar o acesso à saúde pública com a implantação do Cartão SUS?
- 3) O atendimento nesta instituição é rápido?
- 4) Como você pode avaliar a qualidade do atendimento médico à população?
- 5) O Cartão SUS trouxe para você algum benefício?

APÊNDICE B – ESCALAS DO MODELO SERVQUAL UTILIZADAS NA PESQUISA

APÊNDICE B.1 – ESCALA SERVQUAL UTILIZADA EM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFTALMOLÓGICOS PRESTADOS AOS PACIENTES DO SUS

Característica	Atendimento ideal							Atendimento recebido						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. A Fundação deve ter equipamentos conservados e modernos.														
2. Instalações físicas da Fundação devem ser visualmente bonitas e agradáveis.														
3. A equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) da Fundação devem ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.														
4. Relatórios e demais documentos entregues ao paciente na Fundação devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.														
5. A Fundação deve realizar suas atividades no horário marcado.														
6. A Fundação deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente.														
7. A Fundação deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.														
8. A Fundação deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido.														
9. A Fundação deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.														
10. Na Fundação a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.														
11. Na Fundação a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) deve atender prontamente seus pacientes.														
12. Na Fundação a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) deve procurar ajudar seus pacientes.														
13. Na Fundação a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.														
14. Na Fundação o comportamento da equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) deve transmitir confiança aos pacientes.														
15. Pacientes da Fundação devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços.														
16. Na Fundação a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) deve ser educada e cortês com os seus pacientes.														
17. Na Fundação a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) deve ter conhecimento adequado para responder as perguntas dos pacientes.														
18. Na Fundação a equipe deve dar atenção individualizada ao cliente.														
19. A Fundação deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes.														
20. A Fundação deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes.														
21. A Fundação deve priorizar os interesses do paciente.														
22. Na Fundação a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes.														
23. Na Fundação a qualidade geral do atendimento oftalmológico deve ser satisfatória														

Alocação de pontos

Instruções: Cinco características do atendimento oftalmológico ambulatorial na Fundação estão listadas abaixo. Indique a importância de cada uma destas características na avaliação da qualidade do atendimento oftalmológico na fundação. Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características, de acordo com o grau de importância em sua avaliação – quanto mais importante for a característica, mais pontos devem ser usados na avaliação. Assegure que o total da avaliação das cinco características some 100 pontos.

Características	Pontos
1. A aparência das instalações físicas, pessoal, materiais de comunicação e equipamentos da Fundação.	___ pontos
2. A execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura pela Fundação.	___ pontos
3. A ajuda aos pacientes e o pronto atendimento às suas necessidades pela Fundação.	___ pontos
4. O conhecimento, a cortesia e a confiabilidade transmitida pela equipe (médicos, enfermeiras e funcionários administrativos) aos pacientes da Fundação.	___ pontos
5. A atenção individualizada aos pacientes pela equipe da Fundação.	___ pontos
Total	100 pontos

Dados do Entrevistado: Escolaridade: () superior; () médio - 5º do 1º grau ao 3º ano do 2º grau; () primário - 1ª a 4ª séries do 1º grau; () analfabeto
Idade: _____ Sexo: _____

Figura 1 - Modelo do questionário da pesquisa (Fonte: adaptado da escala SERVQUAL modificada)

**APÊNDICE B.2 – ESCALA SERVQUAL UTILIZADA EM INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA EM
SERVIÇOS OFERTADOS POR HOSPITAIS**

<i>Items in Each Dimension</i>	<i>Item-to-Total Correlations</i>	$\bar{X}$	s.d.
<u>Tangibles ($\alpha = .587$)</u>			
E1. Hospitals should have up-to-date equipment.	.289	4.86	.41
E2. Hospitals' physical facilities should be visually appealing.	.476	4.34	.74
E3. Hospital employees should appear neat.	.499	4.72	.54
<u>Reliability ($\alpha = .677$)</u>			
E4. Hospitals should provide their services at the time they promise to do so.	.506	4.72	.52
E5. When patients have problems, hospital employees should be sympathetic and reassuring.	.496	4.62	.61
E6. Hospitals should be accurate in their billing.	.497	4.80	.44
<u>Responsiveness ($\alpha = .715$)</u>			
E7. Hospital employees should tell patients exactly when services will be performed.	.532	4.55	.64
E8. It is realistic for patients to expect prompt service from hospital employees.	.577	4.37	.72
E9. Hospital employees should always be willing to help patients.	.505	4.61	.60
<u>Assurance ($\alpha = .801$)</u>			
E10. Patients should be able to feel safe in their interactions with hospital employees.	.652	4.78	.47
E11. Hospital employees should be knowledgeable.	.641	4.81	.45
E12. Hospital employees should be polite.	.613	4.73	.52
E13. Hospital employees should get adequate support from their employers to do their jobs well.	.556	4.82	.45
<u>Empathy ($\alpha = .495$)</u>			
E14. Hospital employees should be expected to give patients personal attention.	.358	4.25	.80
E15. It is realistic to expect hospitals to have their patients' best interests at heart.	.358	4.77	.52
<u>Overall Scale ($\alpha = .897$)*</u>			

*Coefficient alpha for the overall scale (as a linear combination of subscales).

APÊNDICE C – ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS DAS CIDADES DE CABEDELO, JOÃO PESSOA, CAMPINA GRANDE E RECIFE

APÊNDICE C1 – ENTREVISTAS EM CABEDELO

ENTREVISTADO C1

Q1: Eu tenho Cartão SUS há uns cinco anos já (...) é, tem esse tempo mais ou menos...

Q2: Bom, pra mim que já tenho o cartão, o acesso é demorado, mas não é impossível, né? É só uma questão de paciência, né? E também depende muito da época. Quando a cidade tem festa, aí até quem tinha consulta marcada falta. Quando tá no inverno, aí sim, o povo não tem muito o que fazer e vai pro médico! (risos). E quando tem muita gente sempre dá problema, até porque as atendentes nem sempre dão um jeito de arrumar as coisas, aí o médico chega tarde, fica gente sem ser atendido, é sempre um tumulto danado.

Q3: Não é que seja rápido, mas tudo depende muito do médico que vai atender. Tem uns que chegam atrasado mas vêm e outros faltam muito. Então, quando a gente marca a consulta já sabe mais ou menos quem é o médico e se demora ou não. Mas não posso dizer que é rapidinho. Nem em consultório particular é rápido, né?

Q4: Depende da pessoa que a gente vai fazer essa avaliação. Por exemplo, se for o médico, os que tem aqui quase todos não atendem direito, é... assim, tem uns que são muito apressados e não querem escutar muito, essas coisas assim, sabe? Se for falar das meninas da enfermagem aí a coisa já muda um pouquinho, porque elas até que tratam a gente bem. Na recepção o pessoal também é legal, a direção é mais ou menos, porque tem umas aqui que são muito enjoadas e nem olha pra gente direito, aí, pra falar da equipe tem que ser de cada uma. Mas no geral é mais ou menos (...) é, dá pra dizer que é mais ou menos.

Q5: Olha, benefício assim com se fosse uma melhoria? Isso não, mas eu não tive prejuízo com o Cartão. É... pelo contrário, agora pelo menos vai sobrar mais vaga para atendimento para a população porque (...) o Cartão só serve para quem é daquela cidade, né? Aí fica mais fácil da gente tentar ser atendido com menos espera.

ENTREVISTADO C2

Q1: Tenho sim, já faz um bom tempo. Mais de ano, uns três eu acho...

Q2: Ah, se antes a coisa já era demorada, agora é mais ainda, porque se você não traz seu cartão morre, e eles não atendem. Pra você ver: eu já perdi as contas de quantas viagens eu tive que dar porque não tava com meu cartão e tive que vir no hospital, porque eu tenho problema de pressão. Eles mandam voltar pra pegar, porque só pode marcar pra falar com o médico se tiver o cartãozinho.

Q3: É não. Olhe, eu cheguei aqui com a pressão lá em cima e as enfermeiras continuaram tudo conversando na recepção. Quando meu filho começou a gritar pedindo ajuda, uma delas foi, na maior lerdeza, pegar o aparelho de tirar a pressão. (...) Sem falar na demora que teve pra eu tomar o remédio (...) e eu fiquei lá, né? Só esperando pra saber o que tinha comigo. Bem depois foi que o médico chegou. E quando a gente marca pra fazer exame, eles demoram que só pra fazer o exame, eu acho bem que eles pensam que a gente tem o tempo do mundo todo pra esperar.

Q4: O atendimento dos médicos é mais ou menos, isso depende muito de qual médico que vai atender a gente, né? Mas a maioria nem olha pra gente direito. Agora telefone é que é difícil, porque o povo daqui demora demais pra atender. A gente liga, liga e nada. E ainda dizem as coisas erradas pra gente.

Q5: Não. Não tem nada de bom não. Assim, não notei nada de diferença a num ser ter que ficar trazendo o cartão, né? Mas eles não mudaram como funciona o Hospital não.

ENTREVISTADO C3

Q1: Tenho, faz uns anos já.

Q2: Não sei, é (...) Depende, né? Aqui eu consigo ser atendida, só não consigo em outra cidade (...) lá em João Pessoa eu não consigo fazer exame com meu cartão não. Aí tem que depender do povo daqui querer marcar, ou dar um encaminhamento, mas tem gente que às vezes nem liga pros problemas da gente, entendeu? Então depende de onde é o acesso.

Q3: Se é rápido? É nada! Eu estou sentada aqui com a bexiga cheia e tudo o que tinha de preparo pra fazer o exame, nem posso ir no banheiro e sabe onde o médico tá? Vai lá fora que ele tá lanchando e rindo com o resto que tá lá com ele. Quando chegar a hora dele ir pro plantão em outro canto, aí vão remarcar meu exame, mas eu deveria estar sendo atendida agora. Pra ser atendida mais rapidinho tem chegar aqui passando mal, entendeu? Porque assim vai lá pra urgência, que num tem hora marcada.

Q4: Isso aí depende muito de cada médico. Tem médico que começa a escrever e nem olha pra gente direito, aí, passa um monte de remédio que às vezes não tem nada haver ou então encaminha pra outro médico. Pra mim isso num é qualidade, né?

Q5: Não, não. (...) não consigo lembrar de nada de bom não.

ENTREVISTADO C4

Q1: Eu fiz meu cartão quando me mudei pra cá, já tem uns três ou quatro anos (...) por aí.

Q2: Bom, agora que eu tenho o cartão, se acabaram os problemas pra marcar consulta. Mas quando eu me mudei e procurei atendimento pela primeira vez, aí eu não pude marcar, e a moça me mandou fazer um cartão na Secretaria de Saúde.

Q3: Se quiser ser atendido logo tem que ser amigo dos homens da recepção, que aí é só passar o bilhetinho ou então telefonar e eles marcam. Se fizer como nós, que ficamos na fila, só vai ser atendido daqui há muito tempo, e se o médico vier, ainda tem mais essa. De vez em quando eles faltam e a gente é que sofre. Agora se for urgência, né? Aí eles atendem logo.

Q4: Depende de onde a gente vai analisar. Se for o médico, tem uns que não tratam bem, se for na recepção, tem uns funcionários bons, apesar de de vez em quando ter umas datas ou uns nomes trocados aí, mas os motoristas, a assistente social também atende bem. Depende de quem atende a gente.

Q5: Não, o atendimento é a mesma coisa no SUS.

ENTREVISTADO C5

Q1: Tenho o cartão já faz quatro anos mais ou menos.

Q2: Se for pra atendimentos rápidos a gente consegue ser atendido. Mas pra marcar consulta ou fazer exames eu não sei porque nunca marquei nada.

Q3: Depende. Tive uma experiência horrível com minha mãe, que teve um princípio de enfarte. Como era longe demais pra chegarmos ao hospital particular, tivemos que entrar no público “.hhhh”. Graças a Deus ela foi atendida logo e encaminhada para o hospital particular porque aqui não tinha o atendimento certo pra ela. Mas sempre que preciso, venho logo aqui porque para os pequenos atendimentos, aqui dá certo. Não demora muito não.

Q4: Tem algumas pessoas que trabalham aqui que atendem direito, dão as informações certas, mas tem outras que era melhor que nem tivessem aqui.

Q5: Olha, o cartão só serve pra gente mostrar na recepção, essas coisas. Mas como o hospital continua sendo do SUS, não notei nada de diferente não.

ENTREVISTADO C6

Q1: Tenho cartão tem uns dois anos já.

Q2: O acesso é muito difícil. Faz dois meses que eu tento fazer a cirurgia de uma hérnia, mas até agora só tive que esperar porque os médico não querem fazer (...) é, não querem, porque eles podem, quem não pode sou eu, que fico na espera deles.

Q3: É também não. A pessoa passa um tempão pra fazer exame de sangue, vem em jejum, e o resultado demora mais ainda. Eles dizem que rapidinho tá pronto, mas a gente espera demais.

Q4: Ah, quando a gente consegue ser atendido, ainda vai pra uns médicos que nem falam com a gente direito. Tem recepcionista que também diz as coisas erradas e a gente não pode fazer nada. Ou então aparece uns que tentam consolar dizendo que o médico já vem e ele nem vem nem nada.

Q5: Que nada, tem é dor de cabeça muita!

ENTREVISTADO C7

Q1: Tenho. Logo que mandaram a gente fazer o cartão eu fiz o meu.

Q2: Não tenho do que reclamar sobre ter acesso a esse hospital, porque mesmo que eles demorem a marcar, a gente consegue, né? Só se tiver que ir pra outra cidade, aí a gente não consegue não.

Q3: Se tiver paciência, a gente é atendido sim. Até no hospital particular a gente espera, imagina no hospital público?

Q4: Tem um caso que eu sempre lembro daqui: uma vez eu tava com muita dor sentada, esperando minha vez pra falar com a médica, e uma funcionária que eu acho que nem era médica nem enfermeira veio falar comigo, perguntou o que eu tinha, e aí ela ficou lá conversando até a hora de chegar minha vez. Me distraiu ela, e eu nem senti o tempo passar. E a médica foi também muito boa comigo. Isso é uma boa qualidade, né?

Q5: Não, porque pra dizer pra você algum benefício, tinha que ter acontecido alguma coisa boa comigo por causa do cartão, mas não posso dizer nada.

ENTREVISTADO C8

Q1: Já, tem uns dois anos.

Q2: Agora tá mais complicado, né? Se não tiver o cartão não pode ser atendido.

Q3: Não, normalmente sempre demora pra gente ser atendido.

Q4: Tem uns funcionários que tratam a gente muito bem. Eu acho engraçado que toda vez que uma moça que trabalha aqui passa pela gente ela fala, nem que seja só uma balançadinha de cabeça, sabe? Mas você sabe que ela tá vendo você ali. E isso faz a gente se sentir melhor. Só tem uma coisinha que às vezes deixa a gente mal, que é a falta de informação certa. Às vezes a menina erra o dia do médico, essas coisas, e a gente termina dando a viagem perdida, e é chato, né?

Q5: Não, benefício não.

ENTREVISTADO C9

Q1: Tenho, mas faz pouco tempo. Uns seis meses só.

Q2: Ah minha filha, pra conseguir ser atendida aqui no hospital eu tive que inventar que moro aqui nessa cidade (...) aí, “.hhh” eu fui na Secretaria de Saúde, dei meus dados e fiz um Cartão SUS daqui. Eu e meus filhos temos cada um dois cartões: um daqui de Cabedelo e outro de Lucena. Mas até eu conseguir um endereço daqui, não podia ser atendida no hospital nem no postinho daqui e o pessoal que marca as consultas não abre nunca uma exceção, nem a gente dizendo que é só pra o médico passar um remédio.

Q3: É nada, demora e muito. Tem que vir com muita paciência e sem muita dor nem urgência, senão, minha filha, fica doida aqui.

Q4: Péssima, os médicos daqui atende a gente muito mal, nem escuta direito. Dá vontade de ir simhora e deixar pra lá.

Q5: Não, eu tive foi mais trabalho pra conseguir ser atendida por causa desse cartão.

ENTREVISTADO C10

Q1: Tenho sim, desde 2005.

Q2: Sabe quando foi que eu desmantelei o dedo da minha mão? Já faz dois dias já, e esse povo fica botando a gente de um lado pro outro e nem um exame pra bater o Raio-X da minha mão tem aqui nesse hospital. Eu tenho cartão mas aqui não tem como bater o exame. Então pra mim não tem acesso nenhum.

Q3: Nada, é o contrário. Aqui o atendimento é sempre demorado. Quando a gente chega passando mal, tem funcionário que fica perguntando coisa que num tem nada haver e parece que ignora que a gente tá quase morrendo. E quando a gente marca pra falar com o médico, se não for urgência (...) ah, aí é que a gente espera mesmo.

Q4: Bem, quando a gente consegue ser atendido aí é uma beleza. Eu acho que os médicos daqui são bons e atende a gente direito. A cara feia às vezes é porque eles tão cansado, ou sei lá, mas o atendimento da parte médica é bom sim. Agora dá raiva quando o pessoal que marca diz as coisas tudo errado pra gente, ou manda a gente pra outro hospital, sem ter vaga. Aí é pra matar um de raiva.

Q5: Não trouxe nenhum benefício pra mim não.

APÊNDICE C2 – ENTREVISTAS EM JOÃO PESSOA

ENTREVISTADO JP1

Q1: Tenho sim, já faz mais de um ano.

Q2: Ficou mais complicado, a gente tem que ir fazer o cartão, depois tem que marcar no postinho pra poder vim pra cá. Antes não era tão difícil assim.

Q3: Olha, é mais ou menos. Depende muito do médico, se as consultas dos outros pacientes ou os exames demoram. Mas às vezes a gente espera um pouquinho.

Q4: Tem alguns que tem uma qualidade muito boa mesmo. Toda vez que preciso falar com o médico do pulmão, só peço a ficha pra esse doutor, porque ele é sorridente, brinca e a gente já sai melhor do consultório. Se for outro médico, eu não quero não.

Q5: Não, não. (...) Eu acho que ficou foi tudo na mesma, né? Pra nós pacientes não mudou nada não. Pelo menos nada pra melhor, né?

ENTREVISTADO JP2

Q1: Tenho, mas tive que fazer o Cartão só para um atendimento específico, não uso ele pra nada. Acho que fiz esse cartão há uns dez meses mais ou menos.

Q2: O acesso é péssimo. Pra você ter uma idéia, eu tentei realizar uma cirurgia, que meu plano de saúde, pago rigorosamente em dia, não cobria. Ao procurar o Hospital Universitário da cidade, me mandaram fazer o Cartão SUS. Fui ao local indicado e fiz. Lá, me deram um cartão de papel com número de inscrição. Até aí, tudo bem. O problema começou quando tive que conseguir vaga pra falar com o médico especialista, que só ia lá no posto uma vez na semana. Quando cheguei, às seis e meia da manhã, tinha uma fila enorme, do lado de fora e nem um guarda tinha pra abrir o posto. Ficamos na chuva, esperando, e quando deu sete horas fui embora, pois tinha que trabalhar e não tinha chegado ninguém ainda. O cartão não me ajudou em nada. Depois retornei ao HU e falei o que tinha acontecido, e que tinha urgência em realizar a cirurgia e meu médico particular já havia me dado a indicação. A resposta da atendente foi: 'Tudo bem, mas o senhor tem que vir com encaminhamento do médico do PSF e tem que ser o da sua região'. Eu nem sabia que tinha PSF na minha região. Só agora, depois de dois meses, consegui uma consulta pra falar com o médico. E o pior é que eu já tenho o laudo da cirurgia, mas ele vai ter que fazer tudo de novo.

Q3: Bom, como minha experiência de atendimento é só hoje, posso dizer que não é tão rápido, porque estou esperando um bocado já. Mas, sei que essa espera é normal, porque lá no Hospital da Unimed a gente espera muito pra falar com médico, pra fazer exame, enfim, demora, mas já está virando normalidade nos hospitais.

Q4: A qualidade do atendimento médico eu posso te dizer depois, mas a qualidade do atendimento das recepcionistas e das pessoas que dão informação é razoável. Alguns deixam a desejar, principalmente quanto às informações.

Q5: Definitivamente, não.

ENTREVISTADO JP3

Q1: Sim, faz dois anos.

Q2: Ruim, a gente tem que lutar pra conseguir ser atendido. Isso é muito ruim pra população, principalmente os que precisam, né?

Q3: Não, é muito do demorado. Quando a pessoa chega no hospital com urgência, tem que ser atendido logo. Às vezes os maqueiros e o pessoal da enfermagem

ainda socorre logo, mas quem dá o atendimento mesmo é o médico, e eles demoram demais. Se deixar, a gente morre e eles não chegam. Tem uns que a gente sabe que tão ocupado, atendendo os outros doentes, mas tem outros que vem na maior cara de quem tava dormindo, com a cara amassada e demora que só pra chegar. E quando é exame, aí só Deus tendo pena da gente, de tanto que se espera.

Q4: Com a demora desses médicos, a qualidade é ruim. A gente fica doente esperando, esperando e só depois eles vem e ainda atendem nas pressas.

Q5: Que nada, ficou foi pior porque agora é um muído danado pra gente ser atendido aqui e em todo canto.

ENTREVISTADO JP4

Q1: Tenho, já faz uns cinco anos.

Q2: Na verdade o acesso sempre foi difícil e o cartão deixou as coisas mais demoradas. Eu mesma já me cansei de ir ao postinho do PSF e eles disserem que a vaga pra falar com um médico tá longe, que vai ter que esperar (...) é (...) a gente não pode fazer nada, né?

Q3: Depende muito do médico e do que a gente vai precisar aqui no hospital. Se for urgência é mais rápido, quer dizer, menos demorado, né?

Q4: O que eu acho é que tudo tem uma compensação, sabe? Se por exemplo, a gente acha ruim porque demora, de outro lado tem umas coisa boas que acontecem. Veja só: tem uma funcionária que é ótima, toda vez que a gente pede informações ela diz, sorrindo, e ainda deseja bom dia, que Deus abençoe você (...) essas coisas. Isso tudo é bom porque pelo menos deixa a gente menos nervoso pra esperar, né? Pra mim a qualidade dos funcionários é boa.

Q5: Pra mim mesma não, e eu não conheço ninguém que disse já que achou bom, porque as coisas ficaram mais difíceis pra gente que é paciente, sabe?

ENTREVISTADO JP5

Q1: Tenho, faz uns três anos.

Q2: Muito ruim, porque a gente sofre muito pra conseguir ser atendido no hospital. Tem muito paciente e pouca vaga. E nem sempre os funcionários dão um jeito de ajudar. Aí, a gente não consegue atendimento tão fácil não (...)

Q3: Bom, rápido em que sentido? Se a pessoa chegar para um atendimento de urgência, aí eles enrolam, enrolam, até o médico chegar. Só quando é o povo do SAMU é que atende rápido, né? (...) Mas se a pessoa agendar pra fazer uma consulta normal com o médico de plantão, sem urgência, às vezes passa umas duas semanas pra ser atendido, e tem uns que ainda falta. Então, eu só posso dizer que é rápido se você for pra urgência, porque pro resto, tem que esperar.

Q4: Também é ruim, porque tem gente que faz as coisas aqui parece que é com má vontade, sabe? Parece que tá fazendo um favor se marcar uma consulta pra você (...) eu não acho bom não. As vezes diz as coisas pela metade. É claro que não é todos, mas é a maioria.

Q5: Que nada, a gente foi é prejudicado, porque eles botam a gente de um lado pra outro por causa desse cartão. Eu preferia quando era antes.

ENTREVISTADO JP6

Q1: Tenho o cartão já faz dois (...) é (...) é isso mesmo, quase três anos.

Q2: Que acesso? Menina, aqui demora tanto que eu nem chamo isso de acesso, eu chamo é de sorte. Se você tiver a sorte de ser atendida logo, aí sim, o acesso é horrível. Mas se não, nem tem acesso, não é mesmo? Tou certa ou num tou?

Q3: Não. É como eu te disse, sabe? Quando a gente (...) é (...) assim, quando elas marcam as consultas pra gente aí é só esperar. Mas se você for lá no posto da região, as marcações vão ser tudo daqui a uma, duas semanas. Isso não é rapidez de jeito nenhum.

Q4: Eu acho que quando a pessoa atende com uma qualidade faz o atendimento direito, trata a pessoa direito também, tem que ser simpático, ajuda a resolver os problemas da gente (...) e muitas vezes (...) como eu posso dizer? (...) assim, muitas vezes algumas pessoas que trabalham aqui e em outros locais públicos não tratam a gente bem e nem entre eles, porque a gente vê tudo estressado.

Q5: Como assim? Alguma coisa pra melhorar? Não, algumas pessoas daqui passaram a atender melhor, sem cara feia, mas isso não foi por causa do cartão. Pra mim não teve nada pra dizer que eu tive de melhor. Primeiro porque se eu não tiver o cartão eu não sou atendida. Se antes não tinha isso, então foi mudança pra melhor, foi pra pior, porque a gente é sempre obrigado a andar com ele. Pra dizer a verdade, esse cartão não me serve de nada a não ser marcar consulta.

ENTREVISTADO JP7

Q1: Tenho, eu fiz meu cartão, acho que em 2005 ou foi 2006.

Q2: Ave Maria, é complicado demais. Num gosto nem de pensar no tanto que é difícil a gente conseguir. Quando a gente precisa falar com o médico, tem que passar por um monte de cantos. Tem que ir pro postinho, marcar a consulta, esperar mais uns dias pra falar com o médico aqui no HU.

Q3: É não. Quando a gente marca a consulta espera que só e ainda tem que rezar pra ele não faltar, porque senão a gente é jogado mais pra frente. E você sabe, né? Doença não espera pelo médico.

Q4: Ah, a qualidade é péssima. Tem funcionário chato, irritado, que não trata a gente direito, que diz as informações erradas, faz a gente de besta mesmo. O atendimento dos médicos é bom, né? Quer dizer, pelo menos eles me curam dos meus problemas de saúde, pra mim já tá bom.

Q5: Trouxe não. Agora a gente gasta é mais dinheiro indo de um lado pro outro até conseguir um atendimento aqui.

ENTREVISTADO JP8

Q1: Tenho sim, eu fiz o cartão em 2002, com a agente de saúde, que foi na minha casa.

Q2: Pra falar a verdade o acesso com ou sem cartão é tudo a mesma coisa, sabe? É um pouquinho difícil pra gente. Eles mudam a maneira de marcar as consultas, mas no final é a mesma coisa.

Q3: Às vezes é rápido. Quando tem, assim, pouca gente, ou quando o médico chega logo, ou se ele nem tem operação pra fazer, aí é rápido. Se for um caso de urgência ele vem e se for exame, também depende muito, tem uns que é demorado demais e a gente espera. Mas sempre faz.

Q4: Isso também muda, de médico pra médico. Eu já fui atendido por um médico que nem olhou pra mim... ele só perguntou meu nome, pegou minha ficha e já escrevendo foi me mandando dizer o que eu tinha. Eu foi quem disse pra ele olhar porque o meu problema era no meu pé. Mas tem outros que são muito bons, falam direito, conversam, escutam a gente, é variado. Tem funcionário que responde as coisas direito e tem outros que dizem coisa incompleta e até errada.

Q5: Assim, pra uma coisa melhor pra mim, eu não acho que teve não (...) hoje nada pra o povo tem novidade boa, é só coisa ruim pra gente.

ENTREVISTADO JP9

Q1: Eu tenho, e logo dois (risos). O tempo de cada eu num lembro não.

Q2: Olhe, o que eu já penei por causa desse cartão, num é brincadeira não, moça. Tem coisa que a gente pode fazer numa cidade, aí tem o cartão de lá (...) e tem coisa que tem que ser aqui, aí eu tive que conseguir o cartão daqui. É uma complicação danada e ninguém ajuda você pra nada.

Q3: Não, eu acho que a demora que tinha antes pra gente conseguir falar com o médico é a mesma de agora. Tanto faz ser uma emergência ou um exame, alguma coisa assim, porque a gente sempre espera alguma coisinha, né?

Q4: Eu acho que poderia ser melhor. Deviam treinar mais os funcionários pra eles dizerem menos coisa errada e pra eles serem mais pacientes com a gente. Tem uns que são muito nervosinhos (risos).

Q5: Não (...) O cartão é até mais bonitinho pra gente trazer. Mas, (...) é, não mudou muita coisa não. Pelo menos pra melhoria pra mim não.

ENTREVISTADO JP10

Q1: Eu fiz meu cartão já tem uns quatro anos. Isso mesmo, foi em 2005.

Q2: Olha, é difícil, mas depende. Assim, se a pessoa quer ser atendida sem cartão aí num pode. Não é nem o cartão na hora do atendimento, é porque sem ele nem adianta que o pessoal não marca a consulta. Aí pra fazer é que é demorado. Mas depois que faz o cartão, é só marcar no postinho.

Q3: Não, porque, quando a gente marca no postinho a consulta, fica na espera uns dias, as vezes uma semana, duas no máximo. Pelo menos espero esse prazo, mas tem gente por aí que espera mais. Aí eu acho que depende do médico que a pessoa vai, né? E se tem urgência, porque se tem ele tem que atender logo.

Q4: Ah, eu acho que devia melhorar o atendimento dos funcionários. Uma vez, quando eu cheguei aqui fui na atendente pra dizer meu nome e ela marcar na lista ... aí foi quando ela me falou que eu não estava marcada (...) ela não sabia o que tinha acontecido, nem ninguém sabia... aí depois de muita confusão ela disse que esperasse porque no final eu ia ser atendida. Por causa do erro de uma, se não fosse a outra, que resolveu, me acalmou, eu ia ser prejudicada.

Q5: Nenhum (...) nenhuzinho mesmo.

APÊNDICE C3 – ENTREVISTAS EM CAMPINA GRANDE

ENTREVISTADO CG1

Q1: Tenho, faz três anos.

Q2: Sempre que a gente quer marcar uma consulta é tanta demora, tem que ir pra tanto (...) eu não acho que o acesso é muito bom não, sabe? É demorado demais.

Q3: Não, sempre demora pra gente ser atendido, principalmente se tiver alguma coisa marcada, né? Aí demora sim.

Q4: Assim, tem gente que trabalha aqui que vive de cara amarrada, com raiva do mundo e desconta na gente, sabe? E a gente não tem nada com isso. Se eles são educados? Uns não. E nem sempre falam tudo certo pra gente.

Q5: Não, trouxe nada de bom não. Só trouxe apanheira pra gente e aumentou a espera pra conseguir atendimento.

ENTREVISTADO CG2

Q1: Eu tenho o cartão já tem uns três anos (...) por aí.

Q2: O acesso depois do cartão ficou mais complicado, né? Porque (...) a gente precisa agora ter cartão pra poder marcar pra falar com o médico e fazer exame (...) aí quem não tem termina se prejudicando e nunca o funcionário marca sem cartão.

Q3: Não, muito rápido não. Assim, tem setor que é mais rapidinho, mas tem uns que demora bastante. A urgência por exemplo não demora muito.

Q4: Péssima! Nossa, já teve dia aqui de eu chegar para ser atendido e a moça informar que não podia, porque a médica não atendia nesse dia. (...) Aí eu mostrei o papelzinho anotado com o dia e a hora e ela falou que eu podia ter entendido errado, porque aquela médica só atendia no dia seguinte. E eu tentei remarcar então para o dia, né?, mas falaram que já tava cheio (...) “.hhh” e eu fiquei sem ser atendido mesmo. E eles não tem nem aí pra gente, dá raiva isso.

Q5: é (...) assim (...) tem não, pensando bem, tem não.

ENTREVISTADO CG3

Q1: Tenho sim, faz um ano e meio.

Q2: Ah, é muito complicado. É um tal de faz cartão num canto, faz no outro (...) é porque é assim, sabe? Eu num sei se tu sabe mas, (...) bom, até onde eu sei quem não fez o cartão lá na secretaria não tem como marcar consulta com o médico, sabe? Aí quem não é daqui tem que dar seu jeito. E isso deixa tudo mais difícil, né?

Q3: Às vezes é demorado, depende do médico que atende.

Q4: Afe, o atendimento de uns funcionários aqui são muito ruim, eles nem falam direito com a gente.

Q5: De bom eu não tive nada, agora, de dor de cabeça... “.hyyy” isso eu tive muita! Lá em minha cidade não tem nem um hospital que preste (...) Aí pra conseguir me operar aqui tem que ter endereço daqui, com comprovante e tudo. O jeito é a gente mentir dizendo que mora com uns parente ou casa alugada, e que num tem nem conta de água nem de luz no meu nome. Aí é só fazer o cartão e esperar pra ver no que dá, né? (risos)

ENTREVISTADO CG4

Q1: Tenho Cartão SUS desde 2004.

Q2: Horrível, porque se a pessoa é de outra cidade, não consegue marcar nada e ninguém ajuda. Quando eu cheguei aqui em Campina, fui marcar uma consulta com a médica da mama, mas a mulher falou que eu não podia marcar porque meu cartão era de outra cidade, né? Aí, eu fui fazer outro cartão, com um número daqui (...) e ainda tive que dar o endereço da minha cunhada e disse que morava aqui, senão eu não podia fazer o cartão. Só depois é que eu consegui marcar. De lá pra cá já tem mais de um mês que eu to aqui, e só hoje consegui vaga pra médica.

Q3: É não. Esperei um mês pra conseguir falar com a médica e ainda to esperando um tempão pra conseguir entrar agora.

Q4: Olhe, é assim (...) se a gente for falar mesmo no geral, a nota é ruim, porque tem gente que trabalha parece que é com má vontade, diz a data errada, fica de cara pra cima e parece que nem tá vendo a confusão, sei não (...) olhe, pra mim a nota é ruim mesmo.

Q5: Trouxe nadinha de bom esse cartão (...) o que eu ganhei foi aperreio, ficar na casa dos outros de favor, meu marido lá na minha cidade com meu filho e eu aqui com o pequenininho, sem trabalhar, isso não é um benefício pra mim não.

ENTREVISTADO CG5

Q1: Tenho, já faz mais de quatro anos, mas pra falar a verdade não serve de nada.

Q2: Se o problema tá no cartão ou não, isso eu não sei, mas que tem problema, tem. Pra você ter uma idéia, não consigo vaga pra um dentista já faz muitos meses, e tenho cartão já tem mais de quatro anos. Uma hora falta material, outra hora não tem o raio-x, depois falta o dentista, e sempre falta. A lista de espera só aumentando. E todo dia um funcionário diz uma coisa diferente (...) vai ver nem ele sabe o que tá dizendo.

Q3: É não (...) rápido? é de jeito nenhum. Tudo demora. Mas é como eu disse, não sei se o problema é do cartão ou se é do SUS mesmo, que é sempre essa porcaria. É tudo demorado mesmo, exame, consulta, tudo.

Q4: A qualidade de alguns é muito boa, que tratam a gente bem, dizem as coisas certinhas, são educados, mas a qualidade de outros é péssima, porque são tudo mal-educados e falam como a se gente fosse parecido deles.

Q5: Se aborrecimento for a mesma coisa que benefício, aí ele trouxe muito! (risos)

ENTREVISTADO CG6

Q1: Tenho já tem uns cinco anos mais ou menos.

Q2: O acesso depende do cartão. Se a pessoa não tem o cartão, nem que seja aquele de papelão, não pode fazer nenhum exame, porque eles pedem logo o número do cartão. Mesmo que você diga que tem urgência pra falar com o médico, eles não marcam. Parece mais que a gente só é doente mesmo se tiver Cartão SUS.

Q3: Mas é claro que demora. Se o doutor do hospital particular demora, imagina esse aqui!

Q4: Os médicos nunca erraram pra me atender não, sabe? Mas também, se tivesse errado, aí tava danado, né? Agora, pra falar de todo mundo do hospital todo, aí fica complicado, porque tem uns aqui que são carne de pescoço, sabe como é? Ruim mesmo, a gente fala e eles faz que nem ouve.

Q5: Trouxe não.

ENTREVISTADO CG7

Q1: Tenho meu cartão faz tempo. Acredito que uns cinco ou seis anos.

Q2: Bom, até agora sempre que eu precisei ser atendido eu fui, ta? Se vai ser assim toda vez é que a gente não vai saber, né? Mas nunca me faltou atendimento em nenhum canto público daqui de Campina.

Q3: É, realmente demora um pouquinho sim. Mas a demora que existe não é por causa do Cartão. Fica até mais rápido porque quem não tem já nem fica, vai logo atrás de fazer um (...) bom pra quem tem, que já pode marcar tudo direitinho, né? Quando demora é porque o médico se atrasa ou falta, e o cartão não tem culpa.

Q4: Eu pelo menos não tenho do que reclamar não, sabe? Os médicos me tratam bem, os funcionários tudo também, não tenho reclamações pra fazer não.

Q5: Bom, desde que eu fiz o meu sempre consegui atendimento, nunca tive problemas. Isso já é uma coisa boa, né?

ENTREVISTADO CG8

Q1: Tenho sim, fazem dois anos e pouco.

Q2: Eu só acho que um pequeno grupo de funcionários que é responsável ela marcação podia ter mais bom senso, sei lá, tentar encaixar a gente mais próximo da data, às vezes fica muito longe a consulta.

Q3: É não, às vezes demora, o médico falta, sabe? Por muitas vezes a gente chega aqui e o médico não veio atender (...) é (...) uns dizem que tão doentes, outros foram pra uns encontros de medicina, mas a gente não tem nada que ver com isso e não tem ninguém pra vim no lugar deles (...) Aí a gente perde a viagem. E se for urgência nem sempre tem alguém pra atender aquele problema.

Q4: Ih, o pessoal que dá informação devia passar por um treino de como atender bem e dizer as informações certas.

Q5: Pra mim não.

ENTREVISTADO CG9

Q1: Eu acho que eu fui uma das primeiras pessoas a ter esse cartão. Fiz logo o meu, logo que começaram a entregar, lá pra 2001 eu acho.

Q2: Depois que você faz o cartão até que não é tão ruim não. Mas antes, não consegue e os que trabalham aqui não marcam nem a pau!

Q3: Ah, pra conseguir uma consulta demora, porque tem muita gente que quer falar com o médico. Quando a gente consegue uma vaga, às vezes já nem sente mais tanta dor assim, né? Mas quando chega aqui não é tão demorado não, só quando o médico se atrasa, aí a gente tem que ficar esperando (...) Mas pra quem já esperou uma, duas semanas, esperar uma hora a mais não vai fazer mais mal não.

Q4: Ah, isso vai depender muito da pessoa que a gente fala. Mas no geral é (...) vamos dizer assim (...) nota cinco.

Q5: Não, não (...) assim benefício mesmo? De coisas boas? Não.

ENTREVISTADO CG10

Q1: Eu tenho cartão desde 2005. Então são (...) quatro anos, né?

Q2: Continua péssimo, a gente luta demais pra conseguir e sem cartão ninguém marca.

Q3: Aí é não, é bem demoradinho mesmo. A gente marca pra falar com os médicos num sei quantos dias depois.

Q4: Olha, é ruim, viu? Tem vez que a gente quer perguntar alguma coisa a quem passa no corredor, e eles fingem que não escutam ou dizem que outro funcionário é que vai responder. É uma má vontade só pra responder e uma cara feia danada. E ainda tem uns que dizem as respostas errado. Troca os nomes dos médicos, onde eles atendem, o dia (...) é assim.

Q5: Nada de bom pra ninguém, pode crer.

APÊNDICE C4 – ENTREVISTAS EM RECIFE

ENTREVISTADO R1

Q1: Tenho sim, há cinco anos.

Q2: Bem, depois que a gente faz o Cartão, aí não tem problemas com o acesso. Mas antes, é como se o Cartão funcionasse como (...) é (...) um muro entre você e o atendimento, sabe como é?

Q3: Ah, depende muito do dia que você vem e de quem vai atender.

Q4: Mais ou menos. Também depende muito de quem atende a gente.

Q5: Não, que eu lembre não tive nada de especial com a chegada do cartão.

ENTREVISTADO R2

Q1: Ah tenho sim, já fazem uns cinco anos que tenho meu cartãozinho. Ó ele aqui, ó.

Q2: Pra mim que tenho o cartão, considero o acesso bom, se a gente fala de conseguir falar com os médicos e fazer os exames. Agora, os problemas que tinham antes sempre tem, né? com ou sem cartão.

Q3: Nem sempre, tem vezes que a gente chega pra falar com o médico e até que consegue logo, sem problemas.

Q4: Aí deixa a desejar um pouquinho. Olha só o que aconteceu comigo um dia: em uma consulta fiz uma pergunta ao médico e ele me olhou como se eu fosse um alienígena (...) Ora, se eu perguntei é porque estava com dúvida. Pra ele podia ser fácil, mas pra mim não, por isso perguntei, né? Achei o médico mal educado e ele ainda respondeu de qualquer jeito minha pergunta. Depois, falei com outro médico, aqui nesse mesmo hospital e ele tirou minha dúvida.

Q5: Aí eu teria que te dizer qual foi esse benefício, né? Bom, então não tem nenhum.

ENTREVISTADO R3

Q1: Tenho há seis anos e uns meses.

Q2: Bom em alguns sentidos e ruim e outros, tá? O cartão deixou as coisas mais ou menos claras, porque é só você mostrar o seu e marcar o que precisar. Mas o problema é que organizar o SUS é quase impossível, né? Então o cartão não pode mudar muita coisa no acesso não, tá? Pelo menos pra mim não.

Q3: Demora sim (...) assim, a demora depende muito da pressa que a gente tem. Se você tá muito doente, se sentindo mal, qualquer tempo pra esperar é uma vida toda de demora.

Q4: Esse setor da qualidade também vai depender da pessoa que atende a gente. Eu já vi funcionário aqui muito grosso com os pacientes, falando mal com os outros, né? Aí nesse caso você não vê muita qualidade não.

Q5: Quando foram na minha casa dizendo que era preciso fazer o Cartão e que ele ia trazer só coisas boas pra gente, fiz o meu rápido (...) Mas não pensei que fosse ser tão difícil pra gente conseguir ser atendido. Se a pessoa não tem Cartão, não consegue nada. E se tem, mas na cidade o exame não tem, aí vem outro problema já (...) Se o governo chama isso de coisas boas, imagine o que são as coisas ruins, né?

ENTREVISTADO R4

Q1: Tenho, faz uns cinco anos.

Q2: Eu acho que é ruim, porque o negócio tá meio desorganizado, sabe? A gente pede o Cartão SUS, faz o cadastro, o cartão às vezes não chega, quando chega tem coisas erradas, e (...) assim, até lá, se a gente precisar ser atendido, não tem cartão, e é uma dificuldade tão grande que você nem imagina, porque não podem marcar sem cartão.

Q3: Não, e se tiver muita gente aí é que num é mesmo. Tem muita gente que vem pra cá, porque aqui é público e é um hospital bom, mas como tem muita gente é muito difícil a gente chegar e ser atendido logo. Quando vem de ambulância, aí até que vem logo alguém e pega a gente (...) mas se chegar a pé ou de carro se sentindo mal e sem fazer alarme aí não é atendido logo não. A gente não fica sem atendimento, mas às vezes sofre um tiquinho.

Q4: O atendimento médico é bom, as enfermeiras tratam a gente bem, são educadas, mas tem um probleminha aqui, com as pessoas que dão as informações, sabe? Porque mesmo que tenha (...) é (...) mesmo vindo muita gente pra ser atendido, eles tem que dizer as informações certas, né? Tá na função pra isso.

Q5: Ah, isso é difícil. Nada traz coisas boas pra a população não, é muito difícil mesmo.

ENTREVISTADO R5

Q1: Faz uns cinco ou seis anos que tenho meu cartão já.

Q2: Eita! (...) Olha, eu já vi tantos lugares com atendimento tão ruim, que acho que aqui nesse hospital a gente tá bem servido, se levar a consideração que aqui é SUS, sabe? Conseguir atendimento aqui é mais fácil que nos outros cantos, depende do médico também, né?

Q3: Se você chegar com um problema de urgência eles chamam logo o médico, e ele não demora não. Tem muitos de plantão, tem os que ficam no treino das aulas, da Universidade, ninguém pode dizer que não tem médico aqui. Se você se interna o médico também sempre vem na hora da visita e eu não acho que ele atrasa não. Quando marca também não demora muito, só às vezes.

Q4: Algumas pessoas daqui atendem muito bem, sabe? E não é só médico não, é todo mundo. É muito bom quando você liga pra marcar consulta ou perguntar quando tem vaga e a pessoa atende você bem, diz as datas e escuta tudo o que você diz, tira as dúvidas. Não é todo mundo aqui que trabalha assim não, mas tem uns que tratam a gente muito bem.

Q5: Eu não posso dizer que não trouxe nada de bom. Apesar de o SUS ser desorganizado, pelo menos a marcação das consultas agora ficou organizada. Então trouxe um benefício.

ENTREVISTADO R6

Q1: Tenho sim. Faz quatro anos.

Q2: Muito ruim, pra conseguir ser atendido aqui e em todo canto do SUS é novela, viu?

Q3: Se é rápido? É nada, demora demais pra gente conseguir falar com o médico. É só o povo dizendo que vai chamar, que vai chamar e nada.

Q4: Eles atendem a gente muito mal. Toda vez que você chega com qualquer quebraadeira no corpo, eles vão logo dizendo que é virose, e nem examina a gente direito. Virose é a desculpa pra eles não querer atender a gente direito. Passa um remedinho que tem no postinho do PSF e manda a gente simhora.

Q5: Nenhum.

ENTREVISTADO R7

Q1: Sim, desde 2004.

Q2: Muitas vezes quem barra o acesso são os próprios funcionários daqui. Eu tenho Cartão, já fui atendido aqui, mas uma vez vim marcar uma consulta e esqueci meu Cartão. Depois de enfrentar uma fila grande, a funcionária falou que eu não poderia marcar, porque não tinha o número do meu Cartão. Eu disse a ela que já tinha sido atendido, implorei, disse que tinha que pegar a fila de novo outro dia, mas não teve jeito. Vim outro dia e marquei minha consulta com o Cartão.

Q3: É variado, depende do dia e do médico que se tá marcado.

Q4: Ah, tem médico que atende muito bem, tem outros que nem olha na sua cara direito, também é muito diferenciado.

Q5: Pra lhe ser muito sincero, eu achei que as coisas ficaram mais difíceis com esse cartão.

ENTREVISTADO R8

Q1: Possuo, tem três anos.

Q2: Continua ruim. Quer dizer, ficou mais complicado, porque quem não tem não pode marcar nada.

Q3: É não, a gente normalmente espera um bocadinho, principalmente se for exame.

Q4: É fraca, por causa das pessoas que atendem a gente, sabe? Às vezes dão informação errada, essas coisas.

Q5: Não.

ENTREVISTADO R9

Q1: Tenho esse cartão já há seis anos.

Q2: Ficou mais demorado, né? Por causa do cartão, que tem que trazer sempre, e se não tem, aí tem que fazer.

Q3: A gente espera muito pra conseguir a consulta. Às vezes marca com num sei quantos dias depois.

Q4: Não entendi o que a recepcionista falou e aí perguntei de novo (...) ela respondeu a mesma coisa, e eu disse que não estava entendendo, né? (...) aí ela perguntou se era pra ela desenhar, porque ela já tinha explicado. Me senti muito mal.

Q5: Não, pra mim não. Nem pra minha família, que reclama todo mundo.

ENTREVISTADO R10

Q1: Eu tenho sim, desde 2003.

Q2: Ah, pra conseguir ter acesso só com sorte, porque mesmo conseguindo fazer a marcação, entre o dia que a gente marca e o dia que é atendido custa é muito.

Q3: É não porque tem médico que atrasa um bocado e a gente tem que ficar esperando, né? Às vezes a gente fica esperando aqui o dia todo e vem uma mulher e diz pra gente que só vai ter vaga pra ser atendido e fazer a ultra som daqui há num sei quanto tempo.

Q4: Nem sempre ela é boa não, tem gente que atende direito e tem outros que não. E tem funcionário que diz as coisas trocadas pra gente.

Q5: Que é isso! (risos) não teve não.

ENTREVISTADO R11

Q1: Tenho, desde 2005.

Q2: Hoje eu não tenho problemas, mas logo que começou esse negócio de cartão e eu ainda não tinha, precisei fazer um exame e disseram que tinha que ter o Cartão SUS (...) bom, aí eu fui fazer o meu nas pressas, né?

Q3: Bom, quando é urgente num demora não, mas quando é só consulta ou exame aí a gente espera um tempinho.

Q4: É boa, os médicos atendem a gente bem. Só às vezes na recepção tem umas informações erradas, mas é pouco.

Q5: Pra mim não trouxe não.

ENTREVISTADO R12

Q1: Tenho há quatro anos e pouco.

Q2: Nunca tive problemas pra marcar nada, desde que fiz meu cartão. As pessoas daqui sempre resolveram meus problemas numa boa.

Q3: Não, demora, mas tem médico que vale a pena esperar.

Q4: É ótima. A médica daqui é muito atenciosa, escuta a gente direitinho, pergunta um monte de coisa (...) até quando eu chorei ela veio me consolar e conversou comigo (...) dá remédio quando a gente precisa, diz onde tem remédio mais barato, ela é muito legal.

Q5: Não, as coisas boas que tem hoje já tinha antes, não veio nada com o cartão não.

ENTREVISTADO R13

Q1: Tenho, mas não lembro quanto tempo faz que tenho o cartão.

Q2: Difícil, porque você tem o cartão, marca mas falar com os médicos nem sempre é fácil não.

Q3: É não, imagina! Se agendar uma consulta com o médico já é difícil, imagine conseguir fazer uma cirurgia na data que ela foi marcada? Parece que a disposição deles é menor ainda quando tem que operar pelo SUS. Infelizmente dependendo disso, porque se tivesse condições, estaria esperando menos pagando plano de saúde (...) é, porque esperar a gente espera de todo jeito, não é mesmo? Mas pagando, as cirurgias são marcadas logo, pois parece que eles são mais disponíveis pra operar em hospitais particulares. Nas cirurgias que eles ganham, não faltam.

Q4: Tem uns que atendem direito e outros não, depende muito.

Q5: Não, trouxe não.

ENTREVISTADO R14

Q1: Possuo, faz quatro anos

Q2: É péssimo com ou sem cartão. E tem funcionário que faz com que esse acesso fique pior ainda, porque não dá uma mãozinha em nada.

Q3: Não, é muito é do demorado, isso sim.

Q4: Certa vez o médico faltou e o pessoal do hospital nos tranquilizou dizendo que para não remarcar todo mundo para outro dia, porque o médico estava com o próximo dia cheio, eles iriam encaixar os pacientes pela ordem da marcação, e nos telefonariam, dizendo o dia da consulta (...) até hoje eu espero essa ligação! Vim aqui e marquei de novo (...) foi mais rápido.

Q5: Nenhum, trouxe foi uma besteira muito grande com essa história de ficar cobrando cartão o tempo todo.

ENTREVISTADO R15

Q1: Fiz meu cartão SUS em 2002.

Q2: Pra mim tá a mesma coisa, ruim do mesmo jeito.

Q3: Não, a gente marca a consulta e demora que só pra conseguir falar com o médico.

Q4: Tem uns médicos aqui que passam qualquer remédio, parece que querem se livrar da gente. Tem outros não, que são educados, bonzinhos.

Q5: Desde que fiz meu cartão não tive nada de bom pra mim. Só troquei o número do registro no posto de PSF pelo número do Cartão SUS.

APÊNDICE D – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “O HOSPITAL FORNECE OS SERVIÇOS NO TEMPO PROMETIDO PARA ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”

C2: Eu cheguei aqui com a pressão lá em cima e as enfermeiras continuaram tudo conversando na recepção. Quando meu filho começou a gritar pedindo ajuda, uma delas foi, na maior lerdeza, pegar o aparelho de tirar a pressão. (...).

C3: Pra ser atendida mais rapidinho tem chegar aqui passando mal, entendeu? Porque assim vai lá pra urgência, que num tem hora marcada.

C4: De vez em quando eles faltam e a gente é que sofre. Agora se for urgência, né? Aí eles atendem logo.

C5: Tive uma experiência horrível com minha mãe, que teve um princípio de enfarte. Como era longe demais pra chegarmos ao hospital particular, tivemos que entrar no público “.hhhh”. Graças a Deus ela foi atendida logo e encaminhada para o hospital particular porque aqui não tinha o atendimento certo pra ela. Mas sempre que preciso, venho logo aqui porque para os pequenos atendimentos, aqui dá certo. Não demora muito não.

C9: Tem que vir com muita paciência e sem muita dor nem urgência, senão, minha filha, fica doida aqui.

C10: Aqui o atendimento é sempre demorado. Quando a gente chega passando mal, tem funcionário que fica perguntando coisa que num tem nada haver e parece que ignora que a gente tá quase morrendo.

JP3: Quando a pessoa chega no hospital com urgência, tem que ser atendido logo. Às vezes os maqueiros e o pessoal da enfermagem ainda socorre logo, mas quem dá o atendimento mesmo é o médico, e eles demoram demais.

JP4: Depende muito do médico e do que a gente vai precisar aqui no hospital. Se for urgência é mais rápido, quer dizer, menos demorado, né?

JP5: Se a pessoa chegar para um atendimento de urgência, aí eles enrolam, enrolam, até o médico chegar. Só quando é o povo do SAMU é que atende rápido, né?

JP9: Tanto faz ser uma emergência ou um exame, alguma coisa assim, porque a gente sempre espera alguma coisinha, né?

JP10: Eu acho que depende do médico que a pessoa vai, né? E se tem urgência, porque se tem ele tem que atender logo.

CG2: Assim, tem setor que é mais rapidinho, mas tem uns que demora bastante. A urgência por exemplo não demora muito.

CG5: Rápido? é de jeito nenhum. Tudo demora.

CG8: Se for urgência nem sempre tem alguém pra atender aquele problema.

R3: Demora sim (...) assim, a demora depende muito da pressa que a gente tem. Se você tá muito doente, se sentindo mal, qualquer tempo pra esperar é uma vida toda de demora.

R4: Quando vem de ambulância, aí até que vem logo alguém e pega a gente (...) mas se chegar a pé ou de carro se sentindo mal e sem fazer alarme aí não é atendido logo não. A gente não fica sem atendimento, mas às vezes sofre um tiquinho.

R5: Se você chegar com um problema de urgência eles chamam logo o médico, e ele não demora não. Tem muitos de plantão, tem os que ficam no treino das aulas, da Universidade, ninguém pode dizer que não tem médico aqui.

R6: Se é rápido? É nada, demora demais pra gente conseguir falar com o médico. É só o povo dizendo que vai chamar, que vai chamar e nada.

R11: Bom, quando é urgente num demora não.

APÊNDICE E – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “O HOSPITAL FORNECE OS SERVIÇOS NO TEMPO PROMETIDO PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES PREVIAMENTE MARCADOS”

C1: Não é que seja rápido, mas tudo depende muito do médico que vai atender. Tem uns que chegam atrasado mas vêm e outros faltam muito. Então, quando a gente marca a consulta já sabe mais ou menos quem é o médico e se demora ou não.

C2: Quando a gente marca pra fazer exame, eles demoram que só pra fazer o exame, eu acho bem que eles pensam que a gente tem o tempo do mundo todo pra esperar.

C3: Se é rápido? É nada! Eu estou sentada aqui com a bexiga cheia e tudo o que tinha de preparo pra fazer o exame, nem posso ir no banheiro e sabe onde o médico tá? Vai lá fora que ele tá lanchando e rindo com o resto que tá lá com ele.

C4: Se quiser ser atendido logo tem que ser amigo dos homens da recepção, que aí é só passar o bilhetinho ou então telefonar e eles marcam. Se fizer como nós, que ficamos na fila, só vai ser atendido daqui há muito tempo, e se o médico vier.

C7: Se tiver paciência, a gente é atendido sim. Até no hospital particular a gente espera, imagina no hospital público?

C8: Não, normalmente sempre demora pra gente ser atendido.

C10: E quando a gente marca pra falar com o médico, se não for urgência (...) ah, aí é que a gente espera mesmo.

JP1: Depende muito do médico, se as consultas dos outros pacientes ou os exames demoram. Mas às vezes a gente espera um pouquinho.

JP2: O problema começou quando tive que conseguir vaga pra falar com o médico especialista, que só ia lá no posto uma vez na semana. Quando cheguei, às seis e meia da manhã, tinha uma fila enorme, do lado de fora e nem um guarda tinha pra abrir o posto. Ficamos na chuva, esperando, e quando deu sete horas fui embora, pois tinha que trabalhar e não tinha chegado ninguém ainda.

JP3: Quando é exame, aí só Deus tendo pena da gente, de tanto que se espera.

JP5: Se a pessoa agendar pra fazer uma consulta normal com o médico de plantão, sem urgência, às vezes passa umas duas semanas pra ser atendido, e tem uns que ainda falta.

JP6: Se você for lá no posto da região, as marcações vão ser tudo daqui a uma, duas semanas. Isso não é rapidez de jeito nenhum.

JP7: É não. Quando a gente marca a consulta espera que só e ainda tem que rezar pra ele não faltar, porque senão a gente é jogado mais pra frente.

JP8: Quando tem, assim, pouca gente, ou quando o médico chega logo, ou se ele nem tem operação pra fazer, aí é rápido.

JP9: Não, eu acho que a demora que tinha antes pra gente conseguir falar com o médico é a mesma de agora.

CG1: Sempre demora pra gente ser atendido

CG5: Rápido? é de jeito nenhum. Tudo demora.

CG7: Quando demora é porque o médico se atrasa ou falta.

CG8: É não, às vezes demora, o médico falta, sabe?

CG9: Ah, pra conseguir uma consulta demora, porque tem muita gente que quer falar com o médico.

R3: Demora sim (...) assim, a demora depende muito da pressa que a gente tem. Se você tá muito doente, se sentindo mal, qualquer tempo pra esperar é uma vida toda de demora.

R5: Quando marca também não demora muito, só às vezes.

R7: É variado, depende do dia e do médico que se tá marcado.

R8: Normalmente espera um bocadinho, principalmente se for exame.

R11: Quando é só consulta ou exame aí a gente espera um tempinho.

R13: Se agendar uma consulta com o médico já é difícil, imagine conseguir fazer uma cirurgia na data que ela foi marcada?

R15: Não, é muito é do demorado, isso sim.

APÊNDICE F – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “A EQUIPE DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL DEMONSTRA INTERESSE EM RESOLVER OS PROBLEMAS DOS PACIENTES”

C1: Eles mandam voltar pra pegar, porque só pode marcar pra falar com o médico se tiver o cartãozinho.

C3: Aí tem que depender do povo daqui querer marcar, ou dar um encaminhamento, mas tem gente que às vezes nem liga pros problemas da gente, entendeu?

C4: quando eu me mudei e procurei atendimento pela primeira vez, aí eu não pude marcar, e a moça me mandou fazer um cartão na Secretaria de Saúde.

C9: Mas até eu conseguir um endereço daqui, não podia ser atendida no hospital nem no postinho daqui e o pessoal que marca as consulta não abre nunca uma exceção, nem a gente dizendo que é só pra o médico passar um remédio.

C10: Já faz dois dias já, e esse povo fica botando a gente de um lado pro outro e nem um exame pra bater o Raio-X da minha mão tem aqui nesse hospital.

JP2: Depois retornei ao HU e falei o que tinha acontecido, e que tinha urgência em realizar a cirurgia e meu médico particular já havia me dado a indicação. A resposta da atendente foi: 'Tudo bem, mas o senhor tem que vir com encaminhamento do médico do PSF e tem que ser o da sua região'.

JP5: E nem sempre os funcionários dão um jeito de ajudar. Aí, a gente não consegue atendimento tão fácil não (...)

JP9: É uma complicação danada e ninguém ajuda você pra nada.

JP10: Não é nem o cartão na hora do atendimento, é porque sem ele nem adianta que o pessoal não marca a consulta.

CG2: Quem não tem termina se prejudicando e nunca o funcionário marca sem cartão.

CG4: Se a pessoa é de outra cidade, não consegue marcar nada e ninguém ajuda.

CG5: A lista de espera só aumentando. E todo dia um funcionário diz uma coisa diferente (...) vai ver nem ele sabe o que tá dizendo.

CG6: Se a pessoa não tem o cartão, nem que seja aquele de papelão, não pode fazer nenhum exame, porque eles pedem logo o número do cartão. Mesmo que você diga que tem urgência pra falar com o médico, eles não marcam.

CG8: Eu só acho que um pequeno grupo de funcionários que é responsável ela marcação podia ter mais bom senso, sei lá, tentar encaixar a gente mais próximo da data, às vezes fica muito longe a consulta.

CG9: Mas antes, não consegue e os que trabalham aqui não marcam nem a pau!

CG10: Sem cartão ninguém marca.

R4: A gente pede o Cartão SUS, faz o cadastro, o cartão às vezes não chega, quando chega tem coisas erradas, e (...) assim, até lá, se a gente precisar ser atendido, não tem cartão, e é uma dificuldade tão grande que você nem imagina, porque não podem marcar sem cartão.

R7: Muitas vezes quem barra o acesso são os próprios funcionários daqui.

R11: Hoje eu não tenho problemas, mas logo que começou esse negócio de cartão e eu ainda não tinha, precisei fazer um exame e disseram que tinha que ter o Cartão SUS (...)

R12: Nunca tive problemas pra marcar nada, desde que fiz meu cartão. As pessoas daqui sempre resolveram meus problemas numa boa.

R14: Tem funcionário que faz com que esse acesso fique pior ainda, porque não dá uma mãozinha em nada.

APÊNDICE G – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “OS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL APRESENTAM INFORMAÇÕES PRECISAS”

C2: Agora telefone é que é difícil, porque o povo daqui demora demais pra atender. A gente liga, liga e nada. E ainda dizem as coisas erradas pra gente.

C3: Tem médico que começa a escrever e nem olha pra gente direito, aí, passa um monte de remédio que às vezes não tem nada haver ou então encaminha pra outro médico.

C4: Se for na recepção, tem uns funcionários bons, apesar de de vez em quando ter umas datas ou uns nomes trocados aí.

C5: Tem algumas pessoas que trabalham aqui que atendem direito, dão as informações certas, mas tem outras que era melhor que nem tivessem aqui.

C6: Tem recepcionista que também diz as coisas erradas e a gente não pode fazer nada.

C8: Só tem uma coisinha que às vezes deixa a gente mal, que é a falta de informação certa. Às vezes a menina erra o dia do médico, essas coisas, e a gente termina dando a viagem perdida, e é chato, né?

C10: Dá raiva quando o pessoal que marca diz as coisas tudo errado pra gente.

JP2: A qualidade do atendimento das recepcionistas e das pessoas que dão informação é razoável.

JP5: Às vezes diz as coisas pela metade. É claro que não é todos, mas é a maioria.

JP7: Tem funcionário chato, irritado, que não trata a gente direito, que diz as informações erradas, faz a gente de besta mesmo.

JP8: Tem funcionário que responde as coisas direito e tem outros que dizem coisa incompleta e até errada.

JP9: Deviam treinar mais os funcionários pra eles dizerem menos coisa errada

JP10: Ah, eu acho que devia melhorar o atendimento dos funcionários. [...] Por causa do erro de uma, se não fosse a outra, que resolveu, me acalmou, eu ia ser prejudicada.

CG1: E nem sempre falam tudo certo pra gente.

CG2: Nossa, já teve dia aqui de eu chegar para ser atendido e a moça informar que não podia, porque a médica não atendia nesse dia. (...) Aí eu mostrei o papelzinho anotado com o dia e a hora e ela falou que eu podia ter entendido errado, porque aquela médica só atendia no dia seguinte.

CG4: Tem gente que trabalha parece que é com má vontade, diz a data errada,

CG5: A qualidade de alguns é muito boa, que tratam a gente bem, dizem as coisas certinhas, são educados.

CG8: o pessoal que dá informação devia passar por um treino de como atender bem e dizer as informações certas.

CG10: E ainda tem uns que dizem as respostas errado. Troca os nomes dos médicos, onde eles atendem, o dia (...) é assim.

R2: Ora, se eu perguntei é porque estava com dúvida. Pra ele podia ser fácil, mas pra mim não, por isso perguntei, né? Achei o médico mal educado e ele ainda respondeu de qualquer jeito minha pergunta. Depois, falei com outro médico, aqui nesse mesmo hospital e ele tirou minha dúvida.

R4: tem um probleminha aqui, com as pessoas que dão as informações, sabe? Porque mesmo que tenha (...) é (...) mesmo vindo muita gente pra ser atendido, eles tem que dizer as informações certas, né? Tá na função pra isso.

R5: É muito bom quando você liga pra marcar consulta ou perguntar quando tem vaga e a pessoa atende você bem, diz as datas e escuta tudo o que você diz, tira as dúvidas. Não é todo mundo aqui que trabalha assim não, mas tem uns que tratam a gente muito bem.

R8: É fraca, por causa das pessoas que atendem a gente, sabe? Às vezes dão informação errada, essas coisas.

R10: E tem funcionário que diz as coisas trocadas pra gente.

R11: Só às vezes na recepção tem umas informações erradas, mas é pouco.

R14: Certa vez o médico faltou e o pessoal do hospital nos tranqüilizou dizendo que para não remarcar todo mundo para outro dia, porque o médico estava com o próximo dia cheio, eles iriam encaixar os pacientes pela ordem da marcação, e nos telefonariam, dizendo o dia da consulta (...) até hoje eu espero essa ligação!

APÊNDICE H – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “A EQUIPE DO HOSPITAL DÁ ATENÇÃO ESPECIAL AOS PACIENTES”

C1: Tem uns que são muito apressados e não querem escutar muito, essas coisas assim, sabe?

C6: Quando a gente consegue ser atendido, ainda vai pra uns médicos que nem falam com a gente direito.

C7: Tem um caso que eu sempre lembro daqui: uma vez eu tava com muita dor sentada, esperando minha vez pra falar com a médica, e uma funcionária que eu acho que nem era médica nem enfermeira veio falar comigo, perguntou o que eu tinha, e aí ela ficou lá conversando até a hora de chegar minha vez. Me distraiu ela, e eu nem senti o tempo passar. E a médica foi também muito boa comigo.

C9: Os médicos daqui atende a gente muito mal, nem escuta direito.

JP1: Toda vez que preciso falar com o médico do pulmão, só peço a ficha pra esse doutor, porque ele é sorridente, brinca e a gente já sai melhor do consultório. Se for outro médico, eu não quero não.

JP4: Veja só: tem uma funcionária que é ótima, toda vez que a gente pede informações ela diz, sorrindo, e ainda deseja bom dia, que Deus abençoe você (...) essas coisas. Isso tudo é bom porque pelo menos deixa a gente menos nervoso pra esperar, né?

JP7: Tem funcionário chato, irritado, que não trata a gente direito.

JP8: Eu já fui atendido por um médico que nem olhou pra mim... ele só perguntou meu nome, pegou minha ficha e já escrevendo foi me mandando dizer o que eu tinha.

JP10: ela não sabia o que tinha acontecido, nem ninguém sabia... aí depois de muita confusão ela disse que esperasse porque no final eu ia ser atendida. Por causa do erro de uma, se não fosse a outra, que resolveu, me acalmou, eu ia ser prejudicada.

CG3: o atendimento de uns funcionários aqui são muito ruim, eles nem falam direito com a gente.

CG6: Tem uns aqui que [...] a gente fala e eles faz que nem ouve.

R6: Toda vez que você chega com qualquer quebraadeira no corpo, eles vão logo dizendo que é virose, e nem examina a gente direito.

R7: Ah, tem médico que atende muito bem, tem outros que nem olha na sua cara direito, também é muito diferenciado.

R9: Não entendi o que a recepcionista falou e aí perguntei de novo (...) ela respondeu a mesma coisa, e eu disse que não estava entendendo, né? (...) aí ela perguntou se era pra ela desenhar, porque ela já tinha explicado. Me senti muito mal.

R11: Os médicos atendem a gente bem.

R12: A médica daqui é muito atenciosa, escuta a gente direitinho, pergunta um monte de coisa (...) até quando eu chorei ela veio me consolar e conversou comigo (..) dá remédio quando a gente precisa, diz onde tem remédio mais barato, ela é muito legal.

R15: Tem uns médicos aqui que passam qualquer remédio, parece que querem se livrar da gente. Tem outros não, que são educados, bonzinhos.

APÊNDICE I – RECORTES DAS ENTREVISTAS PARA A VARIÁVEL “A EQUIPE DO HOSPITAL É CORTÊS COM OS PACIENTES”

C1: Se for falar das meninas da enfermagem aí a coisa já muda um pouquinho, porque elas até que tratam a gente bem.

C2: O atendimento dos médicos é mais ou menos [...] a maioria nem olha pra gente direito.

C8: Tem uns funcionários que tratam a gente muito bem. Eu acho engraçado que toda vez que uma moça que trabalha aqui passa pela gente ela fala, nem que seja só uma balançadinha de cabeça, sabe? Mas você sabe que ela tá vendo você ali.

C10: Eu acho que os médicos daqui são bons e atende a gente direito.

JP4: Tem uma funcionária que é ótima, toda vez que a gente pede informações ela diz, sorrindo, e ainda deseja bom dia, que Deus abençoe você (...) essas coisas.

JP5: Tem gente que faz as coisas aqui parece que é com má vontade, sabe? Parece que tá fazendo um favor se marcar uma consulta pra você (...)

JP6: Muitas vezes algumas pessoas que trabalham aqui e em outros locais públicos não tratam a gente bem e nem entre eles, porque a gente vê tudo estressado.

JP8: Eu já fui atendido por um médico que nem olhou pra mim... [...] Mas tem outros que são muito bons, falam direito, conversam, escutam a gente.

JP9: Deviam treinar mais os funcionários pra eles [...] serem mais pacientes com a gente. Tem uns que são muito nervosinhos (risos).

CG1: Tem gente que trabalha aqui que vive de cara amarrada, com raiva do mundo e desconta na gente.

CG5: A qualidade de alguns é muito boa, que tratam a gente bem.

CG7: Os médicos me tratam bem, os funcionários tudo também.

CG10: Tem vez que a gente quer perguntar alguma coisa a quem passa no corredor, e eles fingem que não escutam ou dizem que outro funcionário é que vai responder.

R2: Em uma consulta fiz uma pergunta ao médico e ele me olhou como se eu fosse um alienígena (...)

R3: Eu já vi funcionário aqui muito grosso com os pacientes, falando mal com os outros.

R4: O atendimento médico é bom, as enfermeiras tratam a gente bem, são educadas.

R5: Algumas pessoas daqui atendem muito bem, sabe? E não é só médico não, é todo mundo. É muito bom quando você liga pra marcar consulta ou perguntar quando tem vaga e a pessoa atende você bem, diz as datas e escuta tudo o que você diz, tira as dúvidas.

R10: Tem gente que atende direito e tem outros que não.

R12: A médica daqui é muito atenciosa, escuta a gente direitinho, pergunta um monte de coisa (...)

R13: Tem uns que atendem direito e outros não, depende muito.

R15: Tem uns médicos aqui que passam qualquer remédio, parece que querem se livrar da gente. Tem outros não, que são educados, bonzinhos.

ANEXOS

ANEXO I – MUNICÍPIOS DO PROJETO PILOTO DO CARTÃO SUS

Estado	Município	População (em 2006)
BA	Salvador	2.331.612
ES	Vitória	272.126
MG	Belo Horizonte	2.016.497
MS	Campo Grande	665.206
PA	Castanhal	130.866
PE	Cabo de Santo Agostinho	152.863
PE	Recife	1.388.193
PR	Adrianópolis	5.987
PR	Agudos do Sul	6.975
PR	Almirante Tamandaré	82.545
PR	Araucária	86.690
PR	Balsa Nova	9.467
PR	Bocaiúva do Sul	9.292
PR	Campina Grande do Sul	35.547
PR	Campo do Tenente	6.194
PR	Campo Largo	93.798
PR	Campo Magro	18.531
PR	Campo Mourão	81.239
PR	Cerro Azul	19.165
PR	Colombo	185.350
PR	Contenda	13.816
PR	Curitiba	1.618.279
PR	Doutor Ulysses	6.129
PR	Fazenda Rio Grande	51.210
PR	Itaperuçu	19.900
PR	Lapa	45.182
PR	Mandirituba	17.049
PR	Pato Branco	65.285
PR	Piên	9.495
PR	Pinhais	100.991
PR	Piraquara	59.334
PR	Quatro Barras	15.573
PR	Quitandinha	13.377
PR	Rio Branco do Sul	20.532
PR	Rio Negro	31.454
PR	São José dos Pinhais	205.663
PR	Tijucas do Sul	12.950
PR	Tunas do Paraná	3.684
RJ	Volta Redonda	462.884
SC	Florianópolis	275.239
SE	Aracaju	434.638
SP	Osasco	671.159
SP	São José dos Campos	524.806
SP	Santo André	631.727
TOTAL		12.908.499

**ANEXO II - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES BÁSICAS DO SUS – LEI N° 8.080 –
19/09/1990**

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.