



**O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE
MERCADOLÓGICA DA DEMANDA FEMININA NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**

**NATIONAL HEALTH CARD (CNS) AS INSTRUMENT MARKETING ANALYSIS
DEMAND FEMALE IN OUTPATIENT CARE**

Sonia Francisca Monken de Assis

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP

Professora da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Nove de Julho – UNINOVE

E-mail: soniamonken@uninove.br (Brasil)

César Augusto Biancolino

Doutor em Controladoria e Contabilidade pela Universidade de São Paulo – USP

Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – PMPA-GSS/UNINOVE

Email: biancolino@uninove.br (Brasil)

Emerson Antonio Maccari

Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo – USP

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Nove de Julho – PPGA/UNINOVE

Email: maccari@uninove.br (Brasil)



O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE MERCADOLÓGICA DA DEMANDA FEMININA NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

RESUMO

No setor da Saúde apesar da defasagem temporal em relação aos demais setores da Economia, no que diz respeito à Tecnologia da Informação, o Brasil tem tomado frente de um processo de modernização no gerenciamento da informação no sistema de Saúde, com o objetivo de melhorar o entendimento da população assistida nos diversos equipamentos de assistência. O exponencial aumento na quantidade de dados a serem gerenciados, no número de profissionais que controlam os processos e nas demandas para acesso em tempo real, propiciaram a definitiva implementação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) como um instrumento estratégico de gerenciamento da atenção médico-hospitalar, na tentativa de fornecer mais informações com menor custo. O presente estudo utiliza o CNS para traçar o perfil da demanda feminina em uma Unidade Básica de Saúde, no interior do Estado de São Paulo. Considerou-se como maiores usuárias aquelas, cuja frequência de utilização ultrapassou a média de consultas per capita de 1,91 no ano padrão (5,82), assim, foram consideradas como população alvo 621 mulheres, das 25243 usuárias da unidade de saúde. As características Socioeconômicas e Culturais (SEC's), foram correlacionadas em análise quali-quantitativa. Utilizou-se Análise Fatorial Exploratória, para definição das dimensões de interferência. Inferindo-se que as mulheres situadas na dimensão Estrutura Familiar (4%) vivem absolutamente sozinhas ou na sua maioria (52%) tem a Situação Familiar Restrita a uma Convivência Solitária ou Acompanhada de Indivíduos. Recomenda-se pois um olhar mercadológico sobre a oferta de serviço de saúde a partir da categorização dos usuários, atendendo suas necessidades e expectativas.

Palavras-chaves: Gerenciamento e UBS; Marketing; Política de Saúde; Cartão Nacional de Saúde.

NATIONAL HEALTH CARD (CNS) AS INSTRUMENT MARKETING ANALYSIS DEMAND FEMALE IN OUTPATIENT CARE

ABSTRACT

The Brazil Health sector, although there is a time lag in relation to other sectors of the economy, has taken the lead of a process of modernization in the information management system of Health, with the goal to improve understanding of the population profile assisted in various assistance equipments. The exponential increase in the amount of data to be managed, the number of professionals who control the processes and demands for real-time access, enabled the final implementation of the National Health Card (CNS) as a strategic tool of the management of hospital's medical attention, in order to provide more data with less cost. This study uses the CNS to profile the female demand in a Basic Health Unit at the State of São Paulo. It was considered as the largest users those whose frequency of use exceeded the average of 1.91 visits per capita in the standard year (5.82), thus, were considered of 25,243 users, target population 621 women. The socioeconomic characteristics and cultural (SEC's), were correlated with qualitative and quantitative analysis. It was used an exploratory factor analysis to define the dimensions of interference. Inferring that women situated in the dimension (4%) live absolutely alone or mostly (52%) has the status of a Restricted Family Living Alone or Followed by Individuals. It is recommended for a look on the marketing of health service provision from the categorization of users, meeting their needs and expectations.

Keywords: Health Management; Marketing; Health Policy; National Health Card.



1 INTRODUÇÃO

O Cartão Nacional de Saúde constitui-se em um sistema informatizado de base nacional, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) ao profissional que o realizou e também à unidade de Saúde. O sistema é constituído pelo cartão do usuário com um número de identificação em âmbito nacional, pelo cadastramento nas unidades de Saúde, pelo cadastramento através do Sistema de Saúde Suplementar e pela Rede de Informações em Saúde programada, segundo o Ministério da Saúde, para ser um instrumento de gerenciamento das unidades de Saúde e de gestão do SUS nos níveis municipal, estadual e federal. Previsto para ser implantado desde a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, a complexidade do Projeto Cartão Nacional fez com que somente em 1999 ele fosse iniciado (Ministério da Saúde, 2011).

A implantação do Cartão Nacional de Saúde foi mais do que uma decisão política, foi uma tentativa de agregar novos mecanismos de gestão e uma possibilidade de aperfeiçoar os sistemas vigentes de informação sobre a população que é assistida nas unidades, além de possibilitar a criação de recursos para avaliar o acesso aos serviços de saúde pelos usuários do SUS e o desempenho dos profissionais que atuam na rede local.

Dentro da visão de rede está vinculado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que é base de operacionalização dos Sistemas de Informações em Saúde. Propiciando ao gestor informações sobre a realidade de Saúde inserida e suas potencialidades, bem como transparência e visibilidade ao controle social.

O Cartão Nacional de Saúde fornece a identificação inequívoca de cada usuário do SUS, tem o potencial de contribuir para a identificação de ações de Saúde realizadas, possibilita a construção de uma base de dados de histórico clínico de usuários, permite o acompanhamento de referência e contra-referência, confere o acesso a informação por unidade de Saúde (e/ou localidade, cidade, município, região, estado e país) e promove a integração de sistemas de informação a partir da numeração única (Ministério da Saúde, 2011).

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

No início da década de 2000, o projeto CNS sofreu um desinvestimento sendo retomado em sua implementação de maneira ativa e efetiva em 2011, através da Portaria no. 940, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde.

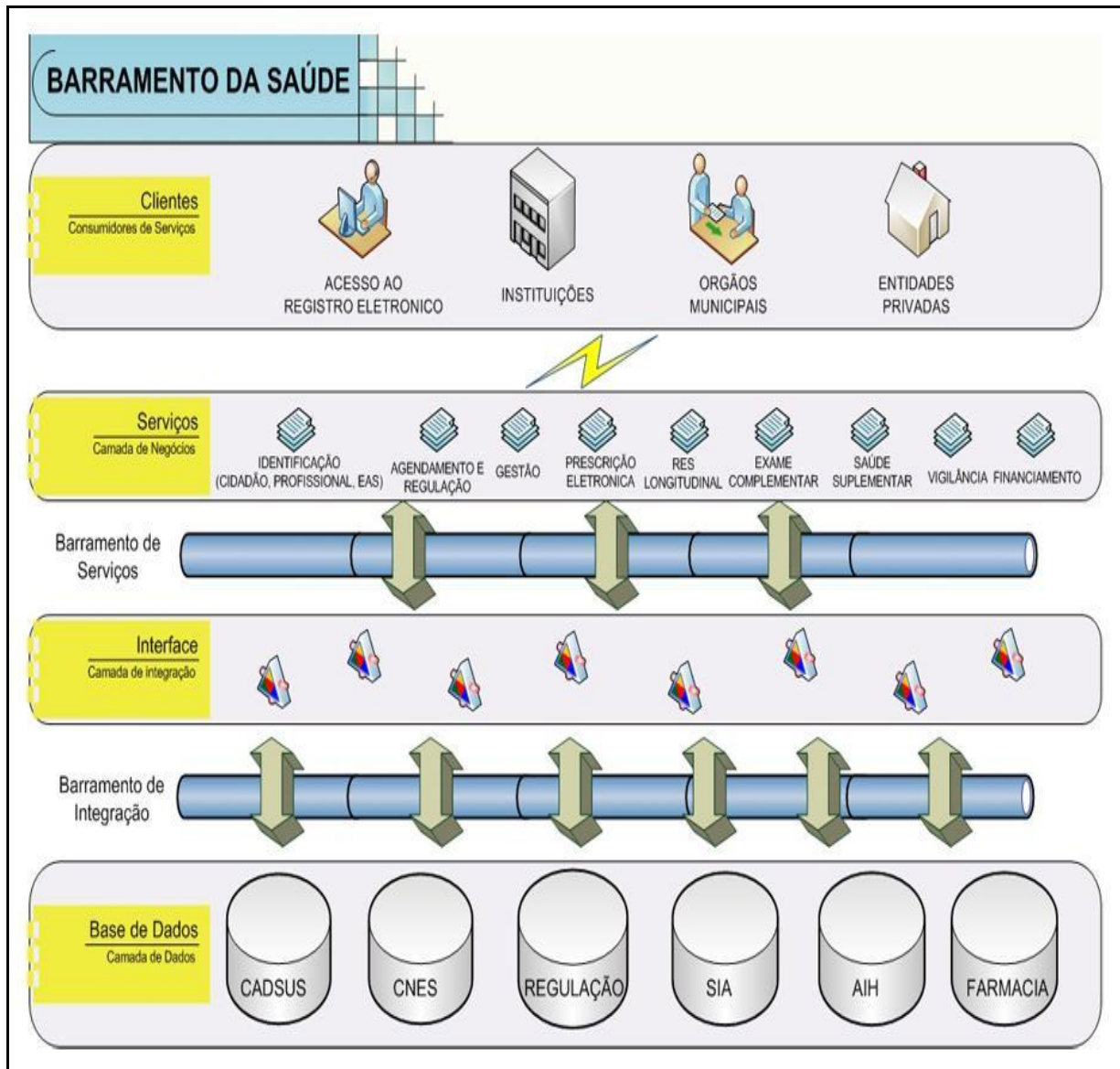
Os benefícios da implementação do CNS atingem os gerentes dos serviços de saúde, quando possibilita a elaboração de relatórios estatísticos de perfil da demanda que permitem melhor programação e planejamento das unidades de Saúde; apoio na identificação de áreas problemáticas e na elaboração de políticas, planos e programas de melhorias; aprimoramento dos processos gerenciais da unidade pela possibilidade de análise e cruzamentos dos dados; análises epidemiológicas abrangendo grupos etários, localidades de moradia e atendimento do usuário, morbidade, dados sociais do usuário, subsidiar as propostas de melhoria na utilização de recursos humanos, físicos e financeiros; auxílio na otimização dos insumos utilizados nas unidades, na liberação e distribuição de medicamentos, no controle de materiais e nas análises de custos; a reorientação da oferta de serviços (Portaria n. 940, 2011).

Em relação aos gestores do SUS, nos diferentes níveis, conforme Figura 1, os usos do Sistema Cartão em relação ao sistema de informações, são similares àqueles relacionados ao gerente local, modificando naturalmente a abrangência dos mesmos. A estrutura da rede de interação de informações gerenciais nos níveis municipal, estadual e federal, propiciando como resultados, produtos gerenciais, desde informações de produção e morbidade, referenciadas por base territorial das suas unidades de Saúde e monitoramento dos serviços. Estes dados de produção e mais os dados orçamentários e financeiros, de forma desagregada por unidade assistencial, possibilitam a análise de custos dos serviços e traçando perfis sobre a população atendida.

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

Segundo Almeida, Castro e Lisboa (2002) países como o Brasil possuem problemas de Saúde envolvendo a insuficiência de recursos financeiros, iniquidade nas ações, além da falta de controle social, por parte da população, embora as políticas e programas de Saúde tenham como objetivo a qualidade de vida da sociedade. A partir da Constituição de 1988, se estabelece uma significativa transferência da capacidade decisória, funções e recursos do governo federal para Estados principalmente para os municípios, criando meios para descentralização dos recursos e dando coerência efetiva do sistema.

Figura 1 - Rede de Informação CNS : Barramento da Saúde.



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde DATASUS, (2011).

1.1 A ÓTICA DA MERCADOLOGIA

Os gestores no Setor da Saúde costumam dirigir suas análises para a definição de variáveis associadas à mensuração da utilização, seja sob a ótica da acessibilidade, entendida como a disponibilidade, estruturação e financiamento, ou da demanda, envolvendo características individuais de comportamentos, percepções da doença, suas expectativas em relação aos serviços prestados. Ambas, as óticas se restringem ao aspecto técnico-assistencial, seja na valorização dos diagnósticos prévios, na demanda espontânea por estado patológico ou ainda pela demanda induzida pelos próprios profissionais (Goodman, 2010).



O estudo tem sua contribuição na medida em que aprofunda a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde, através do CNS para o entendimento das interfaces do marketing de serviços, as implicações diante da estratégia implementadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, dentro da perspectiva de descentralização e controle social, caracterizando o SUS como campo fértil para adoção das práticas de marketing peculiares ao setor de serviços.

O panorama de ascensão da mulher e a evolução dos seus papéis na sociedade foram definidos como eixo de preocupação nesse estudo.

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

A análise dos dados sócio-econômicos-culturais (SEC) captados pelo CNS, da demanda feminina ao serviço da Unidade Básica de Saúde (UBS), em cidade do interior do Estado de São Paulo, propicia a oferta de serviços adequada a população feminina local?

Essa questão resume a preocupação do gestor de serviços que lida com a questão da acessibilidade e disponibilidade, adequando os recursos para atender com efetividade a população feminina. Compatibilizar desejos das usuárias com as ações de Saúde possibilitando a administração do binômio demanda-capacidade produtiva, fatores essenciais não só ao uso produtivo dos recursos de Saúde mas também, ao alcance de um padrão de qualidade determinado pelos técnicos e desejado pelos clientes (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000), aproximar a estratégia mercadológica da intersectorialidade das necessidades da população da área de planejamento de Saúde auxiliando na perspectiva do atendimento integral da demanda (Lovelock & Wright, 2001).

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

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

Para enfrentar esta complexidade do sistema, há que se ter competência de gestão, abrangendo principalmente o planejamento e o processo de entrega, financiamento e gerenciamento

dos serviços nos diversos níveis de governo. O SUS depende de quem está na ponta – a gestão municipal

1.2 CONTROLE SOCIAL

A participação da Comunidade no SUS, assegurada pela Constituição de 1988, pode se resumir a um caráter consultivo, levantando questões e propondo soluções, bem como a um caráter deliberativo representado tecnicamente pelos Conselhos Municipais de Saúde ou ainda, conselhos gestores locais. Todos, voltados para formular, controlar e fiscalizar a execução da política de Saúde no seu âmbito de governo. Neste contexto, discutem a necessidade do efetivo controle social através dos canais institucionalizados, tendo acesso às informações, sejam elas, dados de financiamento, dados sanitários, epidemiológicos ou da legislação, assegurada pela já citada Portaria nº 940 de 2011, a disponibilização aos usuários do SUS os dados e das informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão.

Cabe ainda destacar a importância do conhecimento do perfil do usuário, quanto a suas expectativas, percepções e outras variáveis socioeconômicas e culturais (SECs) que podem impactar o sistema, tem sido um dos maiores desafios encontrados na implementação do SUS no que se refere ao controle social (Almeida, Castro, & Lisboa, 2002).

Os autores reforçam ainda que o sistema de informação deve ser encarado como condição precípua dentro do Controle Social do SUS, pois sua ausência afeta a qualidade das decisões dos usuários e gestores sobre as questões de Saúde, da mesma forma que permite a manutenção de mecanismos de privilégio de oportunidades no que tange a disponibilidade de recursos e acesso.

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

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

1.3 O PERFIL DO CONSUMIDOR DO SERVIÇO DE SAÚDE

A estratégia de acompanhamento da demanda, pode ser um instrumento para ajustar a capacidade para atender o nível de demanda a qualquer momento dado, de várias maneiras: programar interrupções durante períodos de demanda baixa; utilizar funcionários extras em período de maior demanda; alugar ou compartilhar instalações e equipamentos extras, para se limitar o investimento em ativos fixos; fazer treinamentos cruzados de funcionários, resultando em maior versatilidade da equipe que poderá desempenhar funções não usuais para cobrir situações de pico de demanda (Wright & Taylor, 2005).

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

Quando se analisa a relação oferta-demanda nos serviços de saúde, considera-se a conjugação de variáveis sociais individuais e culturais presentes na comunidade (Almeida & Col, 2002). Grandes variações de demanda têm sido documentadas em diversas áreas geográficas.

A variabilidade pode ser explicada, em parte, pelo grau de incerteza da prática clínica onde não estão envolvidas apenas as características da saúde do usuário, mas também a possibilidade de uso inadequado dos recursos disponíveis por todos os atores do processo.

As três dimensões estão envolvidas no componente da demanda a partir da ótica da utilização dos serviços.

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

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

Cliente é uma pessoa ou uma organização que desempenha um papel no processo de venda de produtos ou serviços de uma organização.

O cliente assume diversas classificações conforme sua predisposição em relação ao ato da compra.

O perfil do consumidor reúne também os fatores que influenciam na compra, ou melhor, aqueles que exercem influência sobre o seu comportamento. São originários da cultura, da classe social, da idade e do estágio de vida em que se encontra o consumidor, da ocupação e do seu estilo de vida (Kotler, 2009).

No tocante ao estilo de vida, pode-se dizer que este reflete o seu padrão de vida. Especialistas afirmam que pessoas provenientes da mesma cultura e classe social e ocupacional podem levar estilos de vida bastante diferentes.

A necessidade é a discrepância existente entre o estado atual do consumidor e o estado desejado, aí se inicia o processo de compra. Diversos fatores pessoais, como disponibilidade financeira e percepção sobre o ambiente e produto ou serviço, estimulem ou reforcem a necessidade, existe o desencadeamento de uma percepção seletiva sobre os estímulos que recorre a memória para verificar informações suficientes para uma decisão.

A compra pode ser rotineira, em que existe a preferência da marca criada pela comunicação em massa ou pode não ser relevante para a decisão de compra. A compra esporádica em que o cliente costuma gastar mais tempo na obtenção do produto. A compra ocasional agrega alto conhecimento da marca ou da loja dependendo do dinheiro a ser despendido. E a compra de valor ou compra planejada associa o montante investido com o risco de decisão.

1.4 HÁBITOS DE USO E ATITUDES

Enquanto no mercado de consumo o comportamento de compra é composto por cinco fases: Reconhecimento da necessidade, busca de informações, avaliação das alternativas, escolha, a compra propriamente dita e análise pós-compra.

Em se tratando do setor da saúde este composto estará inserido em variáveis oriundas da própria hierarquização do SUS e dos critérios de elegibilidade dos serviços públicos ou privados, componentes do Sistema de Saude Suplementar.

A participação do cliente na decisão de utilização do serviço no sistema de saude , está mais direcionado ao sistema privado , uma vez que em se tratando do sistema público os critérios de hierarquização, distritalização e complexidade irão interferir na utilização do serviços. Em se tratando do sistema privado, a participação do cliente poderá ser direta e indireta.

- a. Participação direta – o cliente se relaciona diretamente com o processo de escolha, compra e consumo ou uso.
- b. Especificador - determina as características e funcionalidades do produto ou serviço a ser comprado e participa da seleção de alternativas de marca
- c. Decisor – tem o poder de decidir a compra. Ele é realmente o comprador quando se trata do mercado organizacional. Em se tratando de mercado de consumo o comprador é quem paga a compra.
- d. Usuário – é aquele que ira efetivamente usar, consumir o produto ou serviço. Na compra de consumo ele pode ser usuário e comprador, na organização o usuário pode assumir o papel de iniciador, influenciador ou especificador das compras mais complexas.
- e. Participação Indireta é aquela em que pontos de vista específicos, especializados , técnicos ou não , podem influenciar na seleção dos produtos.
- f. Iniciador é a pessoa que sugere a compra , podendo ser o próprio usuário ou qualquer outro elemento da organização
- g. Influenciadores – pessoas que podem afetar a decisão de compra.

Outros especialistas em marketing consideram apenas três papéis para o consumidor:

- i. Comprador ou Decisor - aquele que decide pela compra.
- ii. Pagante – a pessoa que financia a compra
- iii. Usuário é a pessoa que efetivamente usa o produto ou serviço.

1.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM MARKETING (SIM)

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

Um sistema de informação em marketing (SIM) — “consiste de pessoas, equipamentos e procedimentos para reunir, classificar, analisar, avaliar e distribuir as informações necessárias, oportunas e precisas para os tomadores de decisões de marketing” (Kotler, 2009), apoiando a gestão do relacionamento do cliente através do Customer Relationship Management (CRM).

O CRM possibilita o atendimento das necessidades de acordo com o perfil dos usuários alinhando-se ao posicionamento da instituição tanto no que diz respeito a sua forma de prestar o serviço quanto ao seu posicionamento de investimento em tecnologia.

A maneira de individualizar o usuário dentro de uma massa populacional exige o conhecimento de marketing baseado em banco de dados (*database marketing*).

O *database marketing* (DBM), na visão de Kotler (2009), é um sistema interativo de marketing que utiliza uma ou mais mídias de resposta direta do consumidor para obter uma resposta e/ou transação mensurável a qualquer tempo ou lugar, portanto tornado-se uma tendência no mundo moderno.

No aspecto estratégico, o papel do DBM, é ajudar o gestor de serviços de saúde a identificar seu usuário e facilitar seu relacionamento com o público alvo. Assim, o *database* torna-se o centro do sistema de inteligência desse profissional, permitindo o monitoramento da relação formada entre os serviços oferecidos pelo SUS e os usuários, para então comunicar-se com qualquer segmento do público-alvo quando necessário.

Os autores complementam que as finalidades básicas das análises estatísticas devem ser: segmentação e modulação preditiva, método chave da análise por regressão múltipla em mais de uma variável independente que afeta a variável dependente.

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

Há que se verificar a capacidade dos *softwares* e *hardware* de suportarem o *database* e suas aplicações. Os recursos de *software* e *hardware* existentes, raramente, são capazes de suportar o *database marketing*, visto que o *softwares*, na maior parte dos casos, foram projetados para dar

suporte a funções operacionais e financeiras. Modificar o *software* operacional/financeiro para um *software* de marketing é um processo arriscado, geralmente não muito adequado.

No setor Saúde, as estratégias de CRM, permitem aumentar a efetividade dos serviços e a real adequação dos serviços ao perfil do usuário local, desde que haja uma decisão estratégica de atualização de *softwares* e *hardware* (Monken, 1998).

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A análise dos dados sócio-econômicos-culturais (SEC) da demanda feminina, captados pelo CNS na Unidade Básica de Saúde (UBS), em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, propicia a oferta de serviços adequada a população feminina local?

É a questão norteadora do estudo que teve como objetivo analisar a demanda feminina da UBS de uma cidade satélite do interior do Estado de São Paulo, sob a ótica mercadológica das características SEC's.

Como objetivos específicos identificaram-se os fatores de utilização do serviço médico por mulheres adultas usuárias do serviço e determinou-se a correlação das SEC's e os fatores de propensão da utilização do serviço de saúde.

3 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com delineamento básico, transversal, incorporando no seu planejamento, pelo menos duas óticas relacionadas às pesquisas da área social: a exploratória e a descritiva. Foi exploratória, pois procurou, partindo da percepção das maiores usuárias da UBS, identificar o maior número possível de aspectos relativos a utilização do serviço de saúde. Agregando complexidade ao desenho inicial, entendeu-se que a pesquisa tem caráter descritivo, e muito embora o registro possibilite a análise e a correlação dos achados, concentrou-se em descrever a frequência, causa natureza e relações dos fenômenos envolvidos.

4 MÉTODO DE PESQUISA

Para abarcar o nível de complexidade do desenho experimental exploratório adotado neste estudo, optou-se por desenvolver uma abordagem quantitativo-qualitativa.

O método **Quantitativo** foi empregado, inicialmente, na realização do censo das mulheres atendidas na UBS no ano de 2011 (25243 usuárias), caracterizando por meio do código de identificação (**ID**) do Cartão Nacional de Saúde (**CNS**), as variáveis idades, situação familiar, local de nascimento e frequência de utilização do serviço. Em outro momento, o método foi utilizado para descrever os fatores associados à utilização do serviço de saúde e; partindo dos dados do censo elegeu-se uma amostra das mulheres que mais utilizaram o serviço da Unidade Básica de Saúde **UBS** no ano de 2011, considerando-se “maior frequência”, a ultrapassagem da média de consultas per capita no ano para a UBS, acrescida de dois desvios padrão.

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

5 PESQUISA QUANTITATIVA

O estudo foi realizado com base nos bancos de dados, disponibilizados por meio de autorização da Secretaria Municipal da cidade do interior de São Paulo, segundo os critérios orientados pela Portaria n.940 do Ministério da Saúde e por aquele formado pelo cadastro de dados do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

6 PESQUISA QUALITATIVA

As entrevistas e preenchimentos dos questionários foram realizados na própria UBS, com assinatura do Termo de Livre Consentimento pelas entrevistas. O material transcrito das entrevistas foi categorizado, após análise isolada das respostas a cada questão, com ajuda do aplicativo Quali Soft® (Lefèvre 2000) Esta categorização obedeceu à sequência operacional proposta por Lefèvre no tocante ao uso do aplicativo.



7 POPULAÇÃO ALVO

Considerou-se como maiores usuárias aquelas, cuja frequência de utilização ultrapassou a média de consultas per capita de 1,91 no ano 2011 na UBS, acrescido de dois desvios padrão (5,82), assim, foram consideradas das 25243 usuárias com distintos números de identificação (ID) apenas aquelas que utilizaram o serviço mais de 7,73 vezes, isto é, 8 ou mais vezes no período. Cerca de 58 usuárias foram descartadas, pois seu ID não estava identificável o que deu origem a uma população alvo com 621 das 25243 usuárias do serviço (2,46%).

Foi definida uma amostra não probabilística, por conveniência. Formada por 31 mulheres caracterizadas como maiores usuárias e que foram selecionadas tomando-se como critério, a oportunidade das datas de atendimento pré-agendadas pelo setor responsável na UBS. Tal amostra foi utilizada na parte qualitativa do estudo para a identificação dos motivos que as levaram a utilizar o serviço.

A construção dessa amostra baseou-se no princípio da seleção natural aplicada a amostragem, sendo consideradas as usuárias disponíveis nos dias e horários fixados para a coleta. Observa-se que este procedimento é usual em pesquisas sociais e na área de Saúde.

Os pré-testes foram realizados entre usuárias do UBS com o roteiro de entrevista, e como parte das preocupações com as informações, analisou-se os relatórios de consistência do banco de dados do CNS, a fim de verificar a adequação destes instrumentos de coleta de dados e, evidenciar possíveis inconsistências, permitindo que fossem feitas reformulações e adequações .

Na geração dos Critérios da Escala de Probabilidade sobre Uso Social do Sistema de Saúde (EPSSS) foram consideradas 26 questões do tipo Likert de 5 pontos variando de Discordância Total (1) à Concordância Total (5). Para melhor orientação do respondente a escala foi graduada na coloração de preto (1) a branco (5) e contem 10 questões orientadas positivamente (quanto maior o escore maior a propensão) e 16 orientadas negativamente (quanto maior o escore menor a propensão).

8 ANÁLISE DE DADOS

8.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

A Análise Fatorial é a técnica estatística que se apresenta nas versões Confirmatória (AFC) e na versão Exploratória (AFE). O estudo adotou a AFE na exploração dos dados empíricos para descobrir, detectar e destacar relacionamentos entre medidas de interesse sem impor qualquer modelo definido para os dados. O estudo utilizou a aplicação do coeficiente de correlação linear proposto por Pearson para o relacionamento linear entre as variáveis que foram mensuradas. Neste estudo a AFE foi adotada na identificação de domínios conceituais para a escala EPSSS.

Na AFE foi adotado o método de componentes principais através da matriz de correlações com cinco autovalores extraídos, sendo que o resultado apresentado foi a distribuição da variância total associada às 26 questões da escala, agrupadas pelos fatores extraídos.

Os dados informaram cinco fatores extraídos, sendo eles: Saúde, Social, CNS, Sistema e Relação Médica, como razão de utilização do serviço de saúde, explicando cerca de 61,4% da variância total, tal resultado é uma indicação da quantidade de informações que se consegue reter utilizando-se os 5 agrupamentos referidos. A adequação do limite de variabilidade sugerido (acima de 60%) baseia-se no estudo de Stevenson (1986). O resultado sugere a utilização de cinco domínios conceituais para a escala.

Na análise dos resultados utilizou-se o ponto de corte sugerido por Stevenson (1986), a saber, 0,50.

A amostra evidenciou uma predominância de usuárias com idade entre 25 e 49 anos com 56 (56,0%) ocorrências. O valor médio das idades é de 42,18 (DP= 14,09), mediana e 43, moda de 57 e variação de 15 a 67 anos. O erro de amostragem com 95% de confiança foi de 2,86 o que permite estimar a idade das usuárias das UBS como um valor entre 39,32 e 45,04 anos. Entretanto, segundo dados do PNAD/98, as maiores usuárias de serviços de saúde são mulheres com idade acima de 65 anos, no PNAD/2008 este numero altera-se para mulheres com idade acima de 69 anos.

Os dados contidos na avaliação escolaridade evidencia, para a amostra, uma predominância de usuárias com, no máximo, ensino fundamental com 68% das ocorrências. Digno de nota que na atual nomenclatura do Ministério da Educação (MEC) o ensino fundamental incorpora os graus inferiores ao médio.

Chama a atenção que apenas 2,0% da demanda de usuárias possuem o grau superior completo, reforçando os achados do estudo no qual se evidencie que o atendimento ambulatorial do SUS, estaria voltado prioritariamente para a população de média e baixa renda (PNAD 2008).

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

O exame dos dados sob o ponto de vista da situação familiar evidencia, para a amostra, uma predominância de usuárias que vivem no mínimo com o companheiro e filhos (52,0%). Vale observar que um baixo percentual de usuárias (4%) vivem absolutamente sozinhas, tal fenômeno merece destaque, pois pode estar relacionado a transição demográfica.

O envelhecimento da população verificado no Censo de 2010 mostra que a expectativa de vida das mulheres vem avançando de maneira significativa em relação ao homem. Tal situação poderia estar adjacente à perspectiva de solidão domiciliar presente em 4% das usuárias. Do ponto de vista do marketing há que contemplar pacotes de serviços apropriados, a este grupo de mulheres, dentro das suas expectativas de apoio, crescimento e socialização (Monken, 2005).

Quanto ao fator ocupação para a amostra, há a predominância de usuárias funcionárias de empresas privadas (50%) seguidas por usuárias que não tem atividades funcionais (28%). De acordo com o último PNAD mais de 2/3 das mulheres trabalham, e, portanto, contribuem com renda e agregação de informações disponível socialmente ao grupo familiar. Esta situação configura o novo perfil da mulher e sua importância social. Esta condição, leva ao gestor voltado para o cliente, a participar dos programas de medicina preventiva, desenvolvendo pacotes de serviços, que envolvam atividades recreativas, sociais e educacionais para este grupo de usuárias. Adequar as instalações da UBS, com recursos que propiciem a interação de atividades com os protocolos de rastreamento das situações de risco.

8.2 ANÁLISE QUALITATIVA

A metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre, 2000), evidenciou a percepção das mulheres usuárias mais assíduas a respeito dos aspectos que as levaram ao retorno frequente à UBS (maiores usuárias). Nos relatos das maiores usuárias ficou evidente a consciência sobre a frequência dos retornos (52%), no entanto não tem a consciência do motivo que provocou os retornos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou os benefícios que o CNS trouxe para a gestão e operação do serviço de saúde, quando possibilita a elaboração de relatórios estatísticos de perfil da demanda, permitindo melhor programação e planejamento dos serviços oferecidos, no aprimoramento dos processos gerenciais da unidade, pela possibilidade de análise e cruzamentos dos dados; análises epidemiológicas abrangendo grupos etários, localidades de moradia e atendimento do usuário, morbidade, dados sociais do usuário.

Sob a ótica mercadológica, inferiu a contribuição do perfil do usuário para a formatação de novos serviços e abordagens para a UBS, evidenciados na situação familiar para a amostra das usuárias que mais utilizam a UBS (4%) e que vivem absolutamente sozinhas ou na sua maioria (52%) tem a Situação Familiar Restrita a uma Convivência Solitária ou Acompanhada de Indivíduos.

Na situação escolaridade, confirma a hipóteses de que usuárias com maior escolaridade tendem a fazer menos uso social da UBS do que as usuárias de menor escolaridade.

Cabe ao gestor da unidade dentro das potencialidades do equipamento de Saúde, divulgar e aprimorar junto a equipe técnica a oferta à população dos serviços de apoio, não médicos, otimizando espaço e recursos mais dispendiosos.

Dentro desta visão corroboram-se ferramentas de marketing de relacionamento aplicado às comunidades inseridas no atendimento do sistema único de Saúde – SUS, como instrumento gerencial de gestão da demanda e otimização da capacidade produtiva das Unidades Básicas de Saúde.

O estudo mostrou a relevância de pesquisar cinco domínios na população usuária da UBS: i) idade, demonstrado através da evidência de que as usuárias com maior idade não tendem a fazer mais uso social do que as mais jovens; ii) o nível escolar, embora fique demonstrado, neste estudo, que a escolaridade da mulher não mostrou associação com uma menor utilização da UBS; iii) a estruturação familiar; as usuárias que vivem só tendem a fazer maior uso da UBS; iv) o laço familiar mostrou fator de inibição ao uso da UBS e v) a ocupação da mulher não mostrou correlação com o uso da UBS.

10 RESTRIÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo dizem respeito a escassez de literatura brasileira sobre o tema, a inovação do instrumento do Cartão Nacional de Saúde. Com relação à generalização, o estudo limitou-se a uma Unidade Básica de Saúde, necessitando validar seus resultados e a EPSSS em outros equipamentos de saúde. Apesar da limitação na amplitude, a validade dos resultados permanece, por ser uma pesquisa exploratória.

11 CONTRIBUIÇÕES

A pesquisa contribuiu na descoberta da aplicabilidade dos conceitos gerenciais mercadológicos e de operações nos serviços de saúde, possibilitando que sejam profundamente discutidos e aplicados em novos estudos.

Propiciou a evidencia da transversalidade e interdisciplinaridade do conhecimento aplicado tanto nas operações de serviços quanto na mercadologia no setor da Saude.

Pretendeu colaborar no enriquecimento de material de apoio para os estudos na área de gestão de serviços e sistemas de saúde e suas implicações nas diversas esferas acadêmicas, permitindo a discussão e o aprimoramento deste trabalho.

REFERÊNCIAS

Almeida, E. S., Castro, C. G. J., & Lisboa, L. (2002). *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

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

_____ (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP.

_____ (2001). Ministério da Saúde, Normas E Manuais Técnicos, (16).



- _____ (2011). Portaria no. 940, Legislação Federal, Diário Oficial da União.
- Fitzsimmons J. A., & Fitzsimmons M. J. (2000). *Administração de serviços: operações, estratégia tecnologia de informação*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman.
- Gallo, R., & Monken, S. F. (2006). Sistemas de informação de marketing no setor saúde: aplicabilidade do gerenciamento do relacionamento do cliente, *UNIrevista* – 1(3), 1-8.
- Goodman, K. W. (2010). Ethics, information technology, and public health: new challenges for the clinician-patient relationship. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 38(1), 58-63.
- Harald, W. (2011). Innovation networks in logistics: management and competitive advantages. *International Journal of Innovation Science*, 3(4), 177-191.
- Kotler, P., Bowen, J. T., & Makens, J. (2009). *Marketing for hospitality & tourism*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., & Ignarra, R. M. (2007). *O conhecimento de intersecção. Uma nova proposta para as relações entre academia e sociedade*. São Paulo: IPDSC.
- Levy, S., Cardoso, I. F. R., & Moreira, L. L. S., (2001). *Educação em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Lovelock, C. H., & Wright, L. (2004). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.
- Monken, S. F. (1998). *Databasemarketing como instrumento de marketing direto no atendimento às exigências do mercado de saúde*. Dissertação de mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.
- _____. (2005). *Um Olhar Mercadológico Sobre a Estratégia do SUS*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Stevenson, W. J. (1987). *Estatística aplicada à administração*. São Paulo: Harbra.
- Valle, A. B. (2010). *Sistemas de informações gerenciais em organizações de saúde*. Rio de Janeiro: FGV.
- Wright, G., & Taylor, A. (2005). Strategic partnerships and relationship marketing in healthcare. *Public Management Review*, 7(2), 203-224.

Data do recebimento do artigo: 15/07/2012

Data do aceite de publicação: 06/10/2012