

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE**

**Stela Regina Welter**

**GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE**  
**DO MUNICÍPIO DE JARI/RS**

**Porto Alegre**

**2012**

Stela Regina Welter

**GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE JARI/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Co-orientadora: Cheila Denise Ottonelli Stopiglia

Porto Alegre

2012

## RESUMO

Avaliar o grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde se constitui numa importante ferramenta para subsidiar as decisões de gestão e futuras ações dentro dos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivo descrever o grau de satisfação dos usuários com a estrutura e o processo de atendimento da Unidade Básica de Saúde do município de Jari (RS). Consistiu em um estudo exploratório, de abordagem quantitativa, com um questionário aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde, nos domicílios de 60 usuários do serviço de saúde do município de Jari (RS). No que se refere aos atributos avaliados com relação às dimensões estrutura e processo, obteve-se média geral de 4,0 e 4,1, respectivamente. Os resultados mostraram que os usuários estão satisfeitos tanto com relação à estrutura como com relação ao processo do serviço de saúde municipal.

**DESCRITORES:** gestão em saúde, administração e planejamento em saúde, avaliação em saúde, serviços de saúde, satisfação do usuário.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO</b>	<b>7</b>
2.1	CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO E O SEU SISTEMA DE SAÚDE	7
2.2	SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E SEU FINANCIAMENTO	7
2.3	REFLETINDO SOBRE SATISFAÇÃO	10
2.4	ARQUITETURA E AMBIENTE DE ATENDIMENTO	12
<b>2.4.1</b>	<b>Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC-50/2002</b>	<b>12</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Arquitetura versus Humanização</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
3.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
3.2	PERFIL DOS RESPONDENTES	19
3.3	RESULTADOS	21
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>26</b>
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO</b>	<b>29</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	<b>31</b>
	<b>APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO</b>	<b>32</b>
	<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL</b>	<b>33</b>
	<b>ANEXO B – ENCAMINHAMENTO PARA O COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Analisando o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a Constituição Federal de 1988, fica claro que a partir dos anos 1980 e 1990 a saúde passa a ser vista como direito, como uma questão de cidadania. O novo sistema de saúde tem como diretrizes e princípios a garantia de acesso universal e igualitário, hierarquização, universalidade, integralidade das ações, descentralização e participação popular. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde”, registrando a importância da opinião e participação da população nas decisões sobre os rumos das políticas de saúde do país.

Como respeitadora e incentivadora da importância da participação popular para a melhoria da gestão e do atendimento no Sistema Único de Saúde e como colaboradora deste sistema a nível municipal, surgiu o interesse da pesquisadora em aferir o nível de satisfação dos usuários que buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde do município de Jari (RS).

Este trabalho pretendeu, também, servir de base para que se reflita sobre a estrutura e o processo do serviço de saúde oferecido à população.

Como objetivo geral buscou-se descrever o grau de satisfação dos usuários com a estrutura e o ambiente de atendimento da Unidade Básica de Saúde do município de Jari (RS). Como objetivo específico pretendeu-se descrever o grau de satisfação dos usuários quanto à estrutura do serviço de saúde, de acordo com variáveis como: limpeza e organização da Unidade Básica de Saúde, acomodações da sala de espera, qualidade dos equipamentos utilizados nos atendimentos, entre outras. E o grau de satisfação dos usuários quanto ao processo de atendimento, segundo variáveis como: informações prestadas por telefone, oferta de opções de tratamento e atendimento no Posto de Saúde, atendimento de funcionário da recepção, entre outras. Por fim, um terceiro objetivo específico se constituiu em sistematizar o perfil dos usuários do serviço de saúde do município, segundo as áreas abrangidas no estudo, de acordo com as variáveis sexo, escolaridade e faixa etária, entre outras.

O capítulo dois deste trabalho aborda algumas questões como o município de Jari e a organização de seu atendimento de saúde à população, o sistema de saúde brasileiro e seu financiamento, alguns aspectos sobre satisfação e também temas referentes à arquitetura e ambiente de atendimento nos serviços de saúde.

O capítulo três destaca os resultados da pesquisa iniciando com algumas considerações a respeito dos procedimentos metodológicos empregados. Neste sentido, se

constitui de um estudo exploratório de abordagem quantitativa, com aplicação de questionários estruturados através de uma escala de *Likert*. Na sequência do capítulo trata-se do perfil dos respondentes e da análise e discussão dos resultados encontrados no presente estudo.

## 2 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO E O SEU SISTEMA DE SAÚDE

O município de Jari fica localizado no interior do Rio Grande do Sul, contando com uma população de 3.575 habitantes, 83% em área rural (IBGE, 2010). Existem localidades que ficam a mais de 30 quilômetros de distância da sede do município.

Existe apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município, localizada na sede do mesmo, que conta com 613 habitantes. Além da UBS, os únicos outros serviços de saúde que o município dispõe são consultórios de fisioterapia e odontologia, privados. Por essa característica e por ser um município de difícil acesso (apenas por estrada de chão), praticamente todos os munícipes acabam acessando a Unidade Básica de Saúde em algum momento.

A equipe de atendimento da Unidade Básica de Saúde é composta por quatro médicos clínicos gerais (1 de 8h e 3 de 16h semanais), dois enfermeiros (40h semanais), dois técnicos de enfermagem (40h semanais), dois auxiliares de enfermagem (40h semanais), um odontólogo (40h semanais), um psicólogo (40h semanais), um assistente social (40h semanais), um farmacêutico (20h semanais), um fisioterapeuta (20h semanais), três auxiliares administrativos (40h semanais), dois serventes (44h semanais) e sete motoristas (44h semanais), totalizando vinte e sete funcionários.

A média mensal de atendimentos médicos na Unidade Básica de Saúde de Jari é de 616 consultas. O município conta com atendimento médico durante o horário de funcionamento da UBS e, fora deste, existe um serviço de plantão de enfermagem que encaminha ao município de referência qualquer necessidade de atendimento.

### 2.2 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E SEU FINANCIAMENTO

Nos últimos anos o sistema de saúde brasileiro vem passando por várias modificações. Uma questão importante é o fato de que com a Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser um direito da população e não apenas um benefício para poucos. Com a criação do

Sistema Único de Saúde (SUS) começa a se efetivar a saúde como uma questão de cidadania. Estando saúde relacionada à cidadania e conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei 8.142/90, estão entre os princípios e diretrizes do SUS a participação popular, que se entende como o povo opinando e participando das decisões e diretrizes relacionadas às ações em saúde e a universalidade, onde todos tem direito a acessar os serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde é uma das maiores conquistas do povo brasileiro dos últimos anos, sendo esta uma política inclusiva, pois desde a Constituição Federal de 1988 todo o brasileiro tem direito ao atendimento a sua saúde de forma gratuita e integral. Com o início da implantação do SUS, a questão do seu financiamento passou a ser preocupação central, estando sempre presente nos encontros de gestores, pois garantir integralidade e universalidade com restrições orçamentárias e conseguir distribuir os recursos de forma igualitária em um país com tantas desigualdades sociais e regionais como o Brasil tem se tornado um desafio para os gestores (BRASIL, 2011).

Em tempos remotos, no Brasil, a assistência à saúde acontecia por meio de caridade e algum auxílio financeiro público, passando, posteriormente, para um sistema relacionado à previdência social, nas décadas de 1970 e 1980, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Com a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde, independente de filiação previdenciária, o direito a saúde passa a ser de todo o cidadão brasileiro. Essa universalidade fez com que se passasse de 30 milhões de beneficiários-segurados para uma população de 150 milhões de cidadãos a serem assistidos (BRASIL, 2008).

Diante desta situação, deveria haver uma forma de injetar e gerir recursos para que se viabilizasse a proposta do Sistema Único de Saúde. Foram vários anos de problemas com relação à alocação de recursos financeiros no setor saúde, uma indefinição com relação à quais esferas do governo deveriam se responsabilizar pelos gastos e em que proporções.

Conforme Mendes e Marques (2008), essa situação de indefinição com relação ao financiamento da área da saúde levou a busca de uma solução definitiva, a vinculação de recursos orçamentários das três esferas do governo. Essa busca por uma medida de consenso levou sete anos tramitando no Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) no ano de 2000.

A Emenda Constitucional nº 29 é uma tentativa importante no sentido de solucionar os problemas com relação ao financiamento no setor saúde, pois ela define os níveis mínimos de aplicação dos recursos financeiros por parte das três esferas de governo (BRASIL, 2007).



Após a criação da Emenda Constitucional nº 29 foi possível observar a necessidade de sua regulamentação, pois alguns gestores não cumprem os percentuais mínimos em saúde ou atingem esses percentuais, mas vinculando a este setor valores que não deveriam ser atribuídos a ele, pois não lhe competem. Neste sentido se fez necessária a regulamentação da referida Emenda para que, com o adequado financiamento do sistema de saúde brasileiro, possa haver mudanças estruturais, passando então, efetivamente de um modelo de atenção à saúde meramente curativo, centrado no atendimento hospitalar, para um modelo preventivo, atuando na promoção de saúde e que priorize investimentos na rede pública de saúde (BRASIL, 2007).

Depois de praticamente dez anos tramitando no Congresso Nacional, no dia 16 de janeiro de 2012, é publicada a Lei Complementar 141 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabelece critérios de divisão dos recursos de transferências para a saúde além da forma de fiscalizar, controlar e avaliar os gastos com saúde nas três esferas do governo.

Os primeiros artigos da lei definem o que são gastos em saúde, delimitando quais ações e serviços podem ou não podem ser financiadas por recursos oriundos do setor saúde. Esta definição é importante para evitar que Estados e Municípios continuem classificando indevidamente alguns gastos como pertencendo ao setor saúde, quando, na realidade, pertencem a outros setores.

Através da Lei Complementar 141 (2012) define-se a vinculação de percentuais das receitas fiscais que devem ser aplicadas exclusivamente na saúde: municípios, 15% de suas receitas; estados, 12% de suas receitas e a União deve aplicar o valor do ano anterior com o acréscimo da variação do PIB. Mas se o PIB tiver variação negativa em relação ao ano anterior, seu valor não será reduzido. Assim, os governos em todas as esferas terão que se organizar para bem gerir os recursos financeiros e proporcionar uma saúde de melhor qualidade para a população, gerando resultados satisfatórios.

## 2.3 REFLETINDO SOBRE SATISFAÇÃO

Conforme Kotler (*apud* STENZEL et al., 2004) a satisfação é o sentimento que resulta da comparação que a pessoa faz do resultado que ela obteve com determinado serviço ou produto com as expectativas que ela tinha com relação ao produto ou serviço.

Quando se pensa em avaliar a satisfação do usuário, muitas vezes as pesquisas não refletem exatamente a forma como as pessoas estão sendo tratadas pelo sistema de saúde já que a percepção dos usuários envolve questões da subjetividade de cada ser humano, diferenças na percepção do que é qualidade em saúde e de expectativas com relação aos cuidados. Muitas vezes esses são fatores que dificultam a aferição do grau de satisfação dos usuários com relação aos sistemas de saúde. (GOUVEIA, et al., 2009).

Segundo Espiridião e Trad (2006) a satisfação envolve dimensões relacionadas a alguns aspectos do serviço, como: estrutura física e organizacional, qualidade, acesso, aspectos da relação médico-paciente, entre outros.

Acredita-se, portanto, que a satisfação dos usuários pode ser avaliada por um conjunto de atributos: as condições de acesso; a capacidade de resolução do problema que ocasionou a demanda; o atendimento em si (recepção, médico, odontólogo, enfermagem); e as condições ambientais em que se dá o atendimento (limpeza e conforto das instalações, condições do prédio e equipamentos). (STENZEL et al., 2004, pag.94)

Assim como para Espiridião e Trad (2006), para Stenzel et al., (2004) a satisfação dos usuários pode ser avaliada por um conjunto de atributos e eles guardam algumas coincidências entre si.

De acordo com Espiridião e Trad (2006) existem quatro modelos teórico-conceituais relacionados á satisfação e que podem auxiliar a estudar a satisfação dos usuários com relação aos serviços de saúde, sendo elas: teoria da discrepância, teoria da atitude, teoria da equidade e teoria da realização.

- Teoria da Discrepância: o grau de satisfação é aferido de acordo com as diferenças entre as expectativas e a percepção da experiência;

- Teoria da Atitude: se entende a satisfação como uma atitude. Neste caso a satisfação é uma avaliação positiva ou negativa que a pessoa faz de algum aspecto do serviço;

- Teoria da Equidade: as pessoas avaliam o serviço de acordo com “ganhos” e “perdas” individuais e fazem isso se comparando aos outros usuários;

- Teoria da Realização: a satisfação acontece pela diferença entre aquilo que a pessoa espera e aquilo que ela obtém do serviço de saúde.

Ressalta-se que, segundo Esperidião e Trad (2006), não há um consenso na definição do termo satisfação, o que leva a que diversos estudos não apresentam consistência sobre a natureza ou número de fatores que influenciam a satisfação.

Alguns artigos publicados abordam a satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde. Um desses estudos inclui o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), uma pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras que tem por fim conhecer a sua percepção sobre bens e serviços, incluindo a saúde. Na pesquisa realizada em 2010, 80,7% das famílias que participaram do estudo avaliaram que o atendimento prestado pela equipe de saúde é bom ou muito bom. Os atendimentos prestados em centros ou postos de saúde receberam a menor proporção de qualificação como muito bom ou bom (44,9%) e a maior proporção de qualificação como ruim ou muito ruim (31,1%), dentre os serviços pesquisados.

Considerando que a opinião a respeito da qualidade dos serviços prestados pode ser influenciada pela percepção que as pessoas têm sobre o seu estado de saúde, aqueles que avaliaram seu estado de saúde como positivo, 29,1% consideraram os serviços oferecidos pelo SUS como bons ou muito bons. No que concerne às pessoas que avaliam seu estado de saúde como negativo, 25,2% consideram os serviços bons ou muito bons. Em contrapartida, os serviços foram classificados como ruins ou muito ruins por 28,1% das pessoas que consideraram seu estado de saúde como positivo e 37,1% daqueles que declaram seu estado de saúde como negativo.

De acordo com Moimaz, et. al., (2010), em estudo realizado para avaliar o grau de satisfação dos usuários do serviço de saúde pública no estado de São Paulo, 69,5% dos participantes afirmaram ter confiança na equipe de saúde, 61,7% classificaram o serviço de saúde como bom ou ótimo e para 72% os serviços de saúde prestados estão resolvendo os problemas e necessidades da população.

Pesquisas que avaliam sistemas e serviços de saúde não são algo recente na literatura, mas se tornam cada vez mais importantes diante das modificações que vem ocorrendo nesses sistemas ao longo dos anos e para que se tenham subsídios para planejamentos e melhorias.

Como avaliar pode-se entender atribuir algum valor a determinado serviço tendo como objetivo tomar uma decisão. As avaliações auxiliam no direcionamento das atividades, ações e programas. (MISHIMA et al., 2010). E neste contexto que se insere o presente projeto de pesquisa.

## 2.4 ARQUITETURA E AMBIENTE DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com a evolução das políticas de saúde ao longo da história, se percebe a preocupação com o cuidado integral e humanizado ao ser humano. Neste sentido, a arquitetura e o ambiente de atendimento nos serviços de saúde passam a ser fatores importantes a serem colocados em pauta na avaliação dos serviços de saúde. Diante disso, Araújo, et, al, (2004) considera que

a conversão do modelo da doença para o da produção social da saúde exige nova concepção do fazer saúde, em que a infra-estrutura física adequada é fundamental para acolher o cidadão com dignidade e respeito e com condições de salubridade e de biossegurança para os trabalhadores da saúde. (pag. 11)

Para entender o modo como vem ocorrendo a produção dos espaços físicos em saúde é necessário investigar a intercessão arquitetura e saúde.

### **2.4.1 Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC-50/2002**

Atualmente existe uma norma que rege as construções de estabelecimentos de saúde no Brasil. Esta norma é a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC-50/2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para programação, planejamento, avaliação e elaboração de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. (LIMEIRA, 2006)

A RDC-50, de 21 de fevereiro de 2002, resulta da necessidade de atualizar e unificar normas existentes na parte de infraestrutura física em saúde e estabelecer no país uma legislação que norteie novas construções, reformas e ampliações de Estabelecimentos Assistenciais em Saúde (EAS) que estejam de acordo com as políticas atuais em saúde, as quais são regidas pelos princípios da hierarquização, acessibilidade, regionalização e qualidade do atendimento prestado aos usuários. (CARDOSO, 2006)

A referida norma se divide em três partes, sendo que a primeira trata de projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Esta parte é mais técnica e enumera as etapas do projeto, apresenta desenhos e documentos, descreve as responsabilidades e pontua sobre a avaliação dos projetos. A resolução não estabelece uma tipologia de edifícios de saúde, todos são tratados como estabelecimentos assistenciais de saúde, mas cada construção terá seu

projeto específico dependendo das atividades que serão desenvolvidas no estabelecimento. (Cardoso, 2006)

A segunda parte da RDC-50 (ANVISA, 2002) é dedicada à programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais em saúde, a qual se baseia em um plano já elaborado onde estão determinadas as ações a serem desenvolvidas e as metas a serem alcançadas em determinado estabelecimento de saúde. São listadas atribuições e atividades realizadas nos estabelecimentos assistenciais de saúde e de acordo com as atividades realizadas em cada ambiente, será projetado seu espaço.

A terceira e última parte da RDC-50 (ANVISA, 2002) trata dos critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde. São apresentadas variáveis que influenciam o desenvolvimento do projeto em suas diversas etapas, entre elas: circulações internas e externas, instalações prediais ordinárias e especiais, condições ambientais de conforto, entre outras.

Segundo Limeira (2006), com a criação de uma resolução como a RDC-50, que tem por objetivo a determinação de padrões arquitetônicos “ótimos”, devem ser realizadas pesquisas que avaliem o grau de satisfação dos usuários, enquanto pacientes, estimulando-os a apontar as falhas e soluções para os ambientes que freqüentam nos estabelecimentos assistenciais de saúde no Brasil. Neste sentido, considera-se a noção de integralidade ligada ao ambiente de atendimento em saúde, já que esta pressupõe o respeito às necessidades individuais e a subjetividade dos usuários do sistema de saúde.

Os ambientes de atendimento dos estabelecimentos de saúde devem seguir determinadas normas arquitetônicas para que se tornem possíveis as condições físicas necessárias ao oferecimento de cuidados à saúde dos cidadãos na sua integralidade. Neste sentido a arquitetura relacionada aos serviços de saúde deve ser pensada considerando a riqueza das relações estabelecidas nos seus espaços. (LIMEIRA, 2006)

Percebe-se que, com os avanços das políticas de saúde, estando estas cada vez mais preocupadas com o bem-estar de usuários e profissionais na sua integralidade, a elaboração dos projetos de estabelecimentos assistenciais em saúde deve levar em consideração, além da visão dos profissionais de arquitetura, também a visão dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema de saúde.

De acordo com Limeira (2006)

a elaboração do Projeto Arquitetônico da EAS pressupõe a harmonia entre as necessidades apontadas pelos profissionais de saúde, com as características das

atividades e suas especificidades, e a percepção dos arquitetos para a correta interpretação dos programas de saúde. (pag. 82)

Com esse procedimento, certamente ficam mais claras as características dos espaços a serem projetados podendo-se contemplar aspectos como conforto, segurança e acessibilidade dos pacientes, melhor desempenho dos profissionais e adequação física para os equipamentos.

#### **2.4.2 Arquitetura versus Humanização**

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde tem como diretriz a valorização da ambiência, com criação de locais saudáveis e acolhedores de trabalho, e como dispositivo, a elaboração de projetos de construção coletiva da ambiência (Passos, 2006).

Pensando a arquitetura dos serviços de saúde pelo viés da humanização, a questão é construir locais destinados aos serviços de saúde tentando compreender as reais necessidades objetivas e subjetivas das pessoas que utilizam os serviços. (WALKER, 2008)

No Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS consta a definição de ambiência como ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve relacionar-se a um projeto de saúde que observe a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006a).

O Programa de humanização estabelece dois parâmetros principais: o primeiro, para humanização do atendimento aos usuários, e o segundo, para humanização do trabalho do profissional. Em ambos os parâmetros estão incluídas ações relacionadas ao espaço físico no que se refere à adequação normativa, à segurança, condições de trabalho e condições mínimas de conforto (BRASIL *apud* PESSATTI, 2008)

O conceito de ambiência, de acordo com Brasil (2006b), dentro da política de humanização, é analisado por três eixos principais: o espaço que visa a confortabilidade; a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos e o espaço como meio que facilita o processo de trabalho.

Segundo Pessatti (2008), para que seja incluída a ambiência como um dos princípios norteadores da humanização, além do apoio institucional, os profissionais de arquitetura que atuam nas instituições de saúde devem se apropriar da discussão da ambiência, articulando a produção do espaço aos novos modos de se produzir saúde.

Neste sentido, é importante o olhar não só dos profissionais da arquitetura, como também dos trabalhadores de saúde, gestores e usuários. Assim se propõe a intercessão do núcleo de saber especialista da arquitetura com saberes do campo da saúde, com o objetivo de alterar as situações e os espaços de trabalho e produção de saúde.

Essa idéia de se inserir no campo da saúde não exclui o olhar para as questões relacionadas às especificidades do saber do arquiteto, intrínsecas a todo projeto ou espaço arquitetônico construído, mas coloca em evidência aquilo que aparece no encontro dos saberes que faz com que as intervenções no espaço sejam potencializadoras de mudanças e não apenas aconteçam para suprir determinadas inadequações dos espaços para realização do trabalho em saúde. (PESSATTI, 2008)

Para Pessatti (2008), na construção de estabelecimentos assistenciais em saúde é necessário um modo de fazer que afirme as especificidades do saber de cada profissional, mas que as áreas se inter-relacionem para a produção do comum. Sabe-se que no caso de elaboração de projetos de arquitetura e alterações no espaço físico, o saber técnico do arquiteto é fundamental e que tem especificidades que só cabem a ele executar, como por exemplo, a elaboração do projeto e o entendimento de normas técnicas. No entanto, a produção de espaços saudáveis e acolhedores não pode ser pensada sem a implicação e protagonização dos sujeitos que neles e com eles convivem e se relacionam: os usuários e os trabalhadores de saúde, favorecendo a valorização das subjetividades e da autonomia dos cidadãos, procurando uma visão integral.

Em relação à inadequação dos espaços físicos de estabelecimentos de saúde, Pessatti (2008) pondera,

percebo que muitas “queixas” recorrentes nas falas dos gestores e dos trabalhadores da saúde quando demandam uma intervenção arquitetônica, na maioria das vezes referem à inadequação do espaço, queixando-se que a sua unidade de saúde está cheia de “puxadinhos”, que o projeto não foi discutido com a equipe e por isso muitas vezes um espaço que acabara de ser reformado não atende as necessidades do serviço, que o problema do seu hospital, da sua sala de emergência super lotada ou da sua enfermaria inadequada é a falta de espaço, ou melhor, a inadequação do espaço físico para uma determinada demanda. (pag. 37)

Talvez esses estabelecimentos de saúde considerados na fala acima não tenham sido projetados sob a ótica da humanização. Conforme Ciaco (2010), a

[...] arquitetura dos estabelecimentos assistenciais de saúde é a arquitetura voltada para o ser humano talvez em seu estado de maior fragilidade. Entendendo-se desta maneira a arquitetura, fica clara a sua importância com relação ao bem-estar ou mesmo a recuperação do paciente. (pag. 97)

Neste sentido, Walker (2008) pondera que se deve levar em consideração, no momento do planejamento da arquitetura dos serviços de saúde, o foco no cuidado integral, no acolhimento e na facilitação do acesso, e ter cuidado para não fragmentar a atenção. Deve-se, além disso, reconhecer os sujeitos na sua integralidade, percebendo que eles são ativos - construtores e modificadores do espaço onde se situam. A arquitetura dos serviços de saúde deve criar espaços que influenciem os sujeitos a serem protagonistas dos cuidados com relação a sua saúde.



### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório de abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa permite que sejam percebidos aspectos gerais daquilo que se avalia, podendo ser realizadas generalizações se houver uma representatividade para tal. O que não é possível, através de um estudo quantitativo, é que se façam análises das relações (TANAKA e MELO, 2004).

A coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado (Apêndice A), elaborado com afirmações claras e objetivas, para que fique assegurada a devida compreensão por parte dos respondentes. De acordo com Roesch (1999, *apud* BUTTELLI, 2011) o questionário é o instrumento de coleta de dados de uso mais comum em pesquisas quantitativas onde se pretende verificar a opinião de uma população. As respostas do questionário foram de acordo com a escala psicométrica de Likert, verificando-se a avaliação de cada variável proposta, dentro de uma possibilidade de cinco respostas: péssimo, ruim, regular, bom, ótimo.

O município de Jari possui uma população total de 3575 habitantes, distribuídos em 1211 domicílios particulares permanentes, tendo uma média de três residentes por moradia (IBGE, 2010). A população-alvo se constituiu de pessoas que acessam o serviço prestado na Unidade Básica de Saúde do município de Jari e que residem em uma das três áreas cobertas atualmente pelo programa de Agentes Comunitários de Saúde, perfazendo uma amostra de 60 usuários do sistema. Para compor esta amostra, os usuários deveriam possuir idade igual ou superior a 18 anos, ser alfabetizados e não possuir nenhuma doença que pudesse dificultar a compreensão do instrumento de coleta de dados. Neste sentido, os residentes no domicílio que se enquadrassem nos critérios definidos para fazerem parte da amostra e que se propusessem a participar voluntariamente da pesquisa, poderiam responder o questionário, sendo o número máximo de um respondente por residência. Se em uma moradia houvesse mais de uma pessoa que se enquadre nos critérios, seria realizado um sorteio para definir quem responderia o questionário. Os questionários foram aplicados nos domicílios pelos agentes comunitários de saúde nas suas visitas de rotina.

No município, para que se tenha uma cobertura populacional de 100% referente ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, existem nove áreas de atuação. Atualmente, existem apenas três agentes comunitários de saúde trabalhando, perfazendo uma cobertura de 24,5% da população total e contabilizando 326 (29,1%) domicílios cobertos. As visitas domiciliares ocorrem de maneira aleatória e a média mensal de domicílios visitados, nas áreas de trabalho correspondentes, fica em torno de 90% do total. Para realizar a coleta de dados, os agentes comunitários de saúde passaram por uma oficina de capacitação com a pesquisadora responsável, para a devida compreensão do instrumento.

Quanto às variáveis estudadas, foi observada a proposta de Aves Donabedian (*apud* REIS et. al., 1990) que estabelece que a avaliação em saúde seja feita a partir de três elementos: estrutura, processo e resultado, optando-se por analisar, neste estudo, os elementos estrutura e processo. Quanto à estrutura, foram avaliados aspectos como condições das instalações físicas, condições humanas e organizacionais da instituição. Neste sentido, foram verificados aspectos referentes à organização e limpeza da Unidade Básica de Saúde, qualidade dos equipamentos utilizados e acomodações da sala de espera. No que concerne ao elemento processo foram verificados indicadores que remetem ao cuidado prestado, como atendimento do setor de recepção, oferta de opções de tratamento e atendimento no Posto de Saúde, entre outros.

Na análise dos dados todas as variáveis receberam um atributo em uma escala de Likert, variando de 1 (péssimo) a 5 (ótimo), sendo calculadas as médias dos graus atribuídos.

Antes de cada entrevista foi apresentado ao participante um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) onde ele poderia decidir e optar por participar ou não, deste estudo. O anonimato dos respondentes foi preservado e os dados empregados exclusivamente para este estudo.

O projeto referente a essa pesquisa foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através do protocolo nº 22458 (Anexo B), contando também com autorização administrativa para realização do mesmo.

### 3.2 PERFIL DOS RESPONDENTES

Nas tabelas de 1 e 2 se encontram o perfil sócio-demográfico dos usuários do sistema de saúde do município de Jari, correspondente às áreas estudadas.

**Tabela 1 - Distribuição dos respondentes segundo o sexo, escolaridade e faixa etária.**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	13	21,7
Feminino	47	78,3
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	50	83,3
Fundamental completo	7	11,7
Médio incompleto	2	3,3
Médio completo	1	1,7
<b>Faixa etária</b>		
15 a 19 anos	1	1,7
20 a 29 anos	3	5,0
30 a 39 anos	19	31,7
40 a 49 anos	8	13,3
50 a 59 anos	14	23,3
60 a 69 anos	12	20,0
70 a 79 anos	3	5,0

Na tabela 1, pode-se observar que a maior parte dos respondentes era do sexo feminino (78,3%), com ensino fundamental incompleto (83,3%) e na faixa etária dos 30 aos 39 anos (31,7%). Neste sentido, Vasconcelos (*apud* BUTTELLI, 2011) considera que o fato que pode explicar a maior participação das mulheres é uma maior disponibilidade de tempo destas, durante o dia, já que a coleta de dados ocorreu dentro do horário de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Acredita-se também que outro fator que pode explicar a maior participação do sexo feminino, é o fato dos questionários terem sido aplicados nos domicílios das pessoas. Considerando isso, é prática frequente ainda, principalmente no interior do município, que os homens trabalhem fora de casa buscando o sustento da família e as mulheres trabalhem nos afazeres do lar. Por isso, durante o horário comercial, se encontra com mais facilidade as mulheres em casa.

**Tabela 2 - Distribuição dos respondentes segundo renda familiar mensal.**

<b>Renda familiar mensal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Única renda provém de benefício do governo, inferior a 1 salário mínimo	5	8,3
Até 1 salário mínimo	32	53,3
Mais de 1 até 4 salários mínimos	23	38,3

Valor do salário mínimo em nov./2011: R\$ 610,00

Observando a tabela 2, nota-se que a renda familiar mensal dos usuários do serviço municipal de saúde participantes deste estudo é de, no máximo, 4 salários mínimos, com 53% dos casos percebendo menos de um salário mínimo mensal por família.

**Tabela 3 - Distribuição dos respondentes segundo tempo e frequência de utilização do serviço.**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de utilização do serviço</b>		
Menos de 1 ano	-	-
De 1 a 5 anos	3	5,0
De 6 a 10 anos	7	11,7
Mais de 10 anos	50	83,3
<b>Frequência de utilização do serviço</b>		
Diariamente	-	-
Semanalmente	-	-
Mensalmente	12	20,0
Eventualmente (3 a 6 vezes no ano)	37	61,7
Esporadicamente (1 ou 2 vezes no ano)	11	18,3

Na tabela 3 percebe-se que 83,3% das pessoas utilizam os serviços oferecidos na Unidade Básica de Saúde do município há mais de dez anos, sendo que 61,7% a utilizava eventualmente, ou seja, de três a seis vezes ao ano.

### 3.3 RESULTADOS

Na tabela 4 constam as médias dos atributos aferidos pelos usuários à estrutura do serviço.

**Tabela 4 - Média das variáveis referentes à estrutura do serviço de saúde municipal.**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>
Limpeza e organização do local	4,2
Ambiente e acomodações para espera e para atendimento	4,0
Quantidade de materiais de consumo utilizados nos atendimentos	4,1
Qualidade dos equipamentos utilizados nos atendimentos	4,1
Número de medicamentos disponíveis	3,7
Média total	4,0

No que se refere ao *ambiente e acomodações para espera e para atendimentos* e à *limpeza e organização da Unidade Básica de Saúde* do município, os participantes da pesquisa consideraram esses atributos como bons (médias de 4,0 e 4,2, respectivamente). Buttelli (2011) fez um estudo, referente ao município de São Marcos/RS, investigando a limpeza e organização do ambiente do serviço de saúde e obteve média 3,6, enquanto que o quesito ambiente espaçoso com acomodações para espera obteve média 3,8. Observa-se que nos dois atributos similares estudados, a população do município de Jari demonstrou-se mais satisfeita que a do município de São Marcos. Neste sentido, remete-se ao pensamento de Araujo, et, al, (2004), considerando que uma infra-estrutura física adequada nos serviços de saúde é fundamental para fazer o devido acolhimento das pessoas e atendê-las com dignidade, buscando um modelo de produção social de saúde.

Os usuários do serviço de saúde consideraram boa (4,1) a *quantidade de materiais de consumo utilizados nos atendimentos* no Posto de Saúde. No município de São Marcos (BUTTELLI, 2011), o item material de consumo suficiente para o atendimento obteve média final de 3,9. Neste mesmo estudo, foi investigado sobre equipamentos novos utilizados nos atendimentos, atributo este que obteve média de 3,5. Na presente pesquisa, a *qualidade dos equipamentos utilizados nos atendimentos* obteve uma média de 4,1. Desta forma, comparando os resultados das duas pesquisas, mais uma vez o município de Jari obteve médias mais elevadas.

No que concerne ao *número de medicamentos disponíveis na Unidade Básica de Saúde* do município observa-se que esta foi a variável que obteve a menor média (3,7) dentre todas as relacionadas ao elemento estrutura. Esta média (3,7) está no patamar daquilo que se considera como regular neste estudo. A variável referente a medicamentos suficientes obteve média de 3,6 no estudo de Buttelli (2011).

Em síntese, na dimensão estrutura observa-se que os usuários mostraram-se satisfeitos com os atributos investigados, obtendo-se média geral 4,0, enquanto que Buttelli (2011) obteve média geral 3,7 neste mesmo elemento.

Em relação à estrutura, existe a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC- 50/2002 que é a norma que regulamenta a programação, planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos para prédios de serviços de saúde. De acordo com a norma, cada construção terá seu projeto baseado nas atividades que serão desenvolvidas no estabelecimento. De acordo com Limeira (2006), com o desenvolvimento desta norma, devem ser realizadas pesquisas que avaliem o grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde, para que estes apontem as falhas e soluções para os ambientes dos serviços que frequentam, o que está sendo feito na presente pesquisa.

Já a média dos atributos aferidos quanto ao processo de atendimento da unidade básica de saúde consta da tabela 5, abaixo.

**Tabela 5 - Média das variáveis referentes ao processo do serviço de saúde municipal.**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>
Informações prestadas por telefone	3,9
Proximidade geográfica do Posto de Saúde	4,0
Informações solicitadas na recepção	4,3
Agendamento das consultas de psicologia, odontologia e fisioterapia	3,7
Horários de trabalho dos profissionais	4,1
Cumprimento de horários de trabalho pelos profissionais de saúde	4,0
Possibilidade de encaminhamento do paciente para outro profissional, dentro do Posto de Saúde, quando necessário	4,0
Oferta de opções de tratamento e atendimento no Posto de Saúde	4,0
Atendimento de funcionário da recepção	4,5
Média total	4,1

As *informações prestadas por telefone*, aos usuários da Unidade Básica de Saúde, foram consideradas regulares (3,9). Em contrapartida, referindo-se as *informações solicitadas*

*no setor de recepção* do mesmo serviço de saúde municipal, obteve-se uma média de 4,3, a qual se situa no patamar bom e se configura com a segunda maior média dentre todos os aspectos analisados neste estudo. Buttelli (2011) avaliou a satisfação dos usuários medindo a agilidade no atendimento na recepção, o que resultou em média 3,7. E a variável informação correta por telefone obteve média 4,0. Neste caso, verifica-se praticamente uma igualdade nos dois estudos no que concerne às médias referentes às informações prestadas por telefone.

O *agendamento das consultas de psicologia, odontologia e fisioterapia* obteve média 3,7, sendo o atributo de menor média entre aqueles que se referem à dimensão processo.

Com relação aos *horários de trabalho dos profissionais* (média 4,1) e o *cumprimento desses horários* pelos mesmos (média 4,0), observa-se que a população pode ser considerada satisfeita com relação a esses atributos, pois respondeu considerando-os bons.

A *oferta de opções de tratamento e atendimento na Unidade Básica de saúde* e a *possibilidade de encaminhamento dos pacientes para outros profissionais, dentro do Posto de saúde, quando considerado necessário*, receberam avaliação satisfatória dos usuários, sendo considerados bons, ambos com média 4,0. Buttelli (2011) avaliou a oferta de opções de tratamento por parte do médico e obteve uma média de 4,0.

A *proximidade geográfica do Posto de Saúde* ficou situada no patamar considerado bom (4,0). A facilidade de acesso à Unidade Básica de Saúde no município de São Marcos obteve nota 4,1, praticamente igualando-se ao resultado encontrado no presente estudo.

O atributo que obteve o maior índice de satisfação da população foi o *atendimento do funcionário da recepção* do serviço de saúde municipal, que foi considerado bom, obtendo uma média de 4,5. Pode-se verificar que este atributo, pelo seu valor (4,5), é aquele que se situa mais próximo ao patamar considerado ótimo neste estudo. Buttelli (2011) avaliou o atributo que se refere ao atendimento dos funcionários de uma maneira geral obtendo uma média de 3,9.

Obtendo uma média geral de 4,1, pode-se observar que os usuários do serviço de saúde municipal estão satisfeitos com o processo de atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Buttelli (2011) avaliou o processo do serviço de saúde do município de São Marcos/RS dentro de uma escala de satisfação e considerou que os usuários demonstraram-se satisfeitos com os atributos investigados, no entanto, sua média geral foi de 3,9, menor do que a do presente estudo, que foi de 4,1.

A Política Nacional da Humanização tem como foco a ambiência no sentido de proporcionar locais saudáveis e acolhedores que observem a atenção resolutiva e humana.

(Passos, 2006). Este é o sentido do processo no serviço de saúde. Neste sentido, Walker (2008), considera a importância do foco no acolhimento, na facilidade do acesso e no reconhecimento do sujeito na sua integralidade.

Verifica-se que a satisfação dos usuários com relação ao processo (média 4,1) é ligeiramente superior do que com relação à estrutura (média 4,0).



## 4 CONCLUSÃO

No que concerne ao perfil sócio-demográfico da população abrangida neste estudo, ela se constituiu em sua maioria por mulheres (78,3%), com ensino fundamental incompleto (83,3%) e entre 30 e 69 anos (88,3%), com renda familiar mensal até um salário mínimo (53,3%).

Os resultados permitem concluir que os residentes nas três áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde estudadas encontram-se satisfeitos com a estrutura e o processo de atendimento da Unidade Básica de Saúde municipal, não havendo grandes variações nos valores relativos aos diversos atributos.

Neste sentido, este estudo sistematiza a opinião de uma parcela da população a respeito da estrutura e ambiente de atendimento do serviço de saúde. A estrutura da Unidade Básica de Saúde é parte fundamental para que se possa oferecer, ao usuário do sistema, um atendimento pautado na qualidade e na humanização. Avaliar a percepção do usuário é importante para analisar o resultado das ações que vem sendo desenvolvidas no serviço de saúde municipal e para subsidiar posterior planejamento e reorganização deste, a fim de solucionar lacunas existentes.

Como limitação do presente estudo considera-se o fato de ele considerar a opinião de somente uma parcela da população do município, ou seja, a que reside em uma das três áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde, ficando outras seis áreas desconsideradas. Neste caso, os resultados encontrados não podem ser generalizados para todo o município.

Como sugestão para um próximo estudo fica a possibilidade de avaliar a opinião da totalidade da população do município. Sugere-se incluir, além da análise do grau de satisfação da população com relação à estrutura e ao processo, também a satisfação com relação aos resultados do atendimento prestado no serviço de saúde municipal. Desta forma, a pesquisa de satisfação se tornará mais completa.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.50. Disponível em: [www.anvisa.org.br](http://www.anvisa.org.br). Acesso em: 20 fev. 2012.

ARAÚJO, M.R.N.; et al. **Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde**. Belo Horizonte, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS. Vol. 2. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília DF, 20 dez. 1990. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília DF, 31 dez 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Financiamento da Saúde: novos desafios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 3 ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Barros F, Massaro A, Pessatti M: **Ambiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 2 ed.

BRASIL. Ministério Público da União. **Financiamento da Saúde**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2008.

BUTTELLI, G.B.M. **Avaliação da qualidade na atenção básica: uma análise da satisfação dos usuários e profissionais de saúde no município de São Marcos – RS.** Porto Alegre, 2011. Disponível em: < <http://sabi.ufrgs.br> > Acesso em: 10 dez. 2011.

CARDOSO, C.F. **Atenção Primária à Saúde – arquitetura e urbanismo, instrumentos de sua materialização físico-espacial.** 2006. 161f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CIACO, R.J.A.S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares.** 2010. 197f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010.

ESPIRIDIANO, M.A.; TRAD, L.A.B. **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais.** *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.

GOUVEIA, G.C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F.; JÚNIOR, P.R.B.S.; SZWARCOWALD, C.L. **Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais.** *Rev. Bras. Epidemiologia*, vol.12, n.3. São Paulo Sept. 2009.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 dez. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde.** Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)>. Acesso em 27 dez. 2011.

LIMEIRA, F.M. **Arquitetura e integralidade em saúde: uma análise do sistema normativo para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.** 2006. 177f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. **O financiamento do SUS sob os ventos da “financeirização”.** *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):841-850, 2009.

MISHIMA, S.M. et al. **(In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família.** *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo, vol.44, n.3, pp. 766-773. 2010.

MOIMAZ, S.A.S.; MARQUES, J.A.M.; SALIBA. O.; GARBIN, C.A.S.; ZINA, L.G.; SALIBA, N.A. **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde.** *Revista de Saúde Coletiva*, vol.20, n.4. Rio de Janeiro Dec. 2010.

PASSOS, E. org. **Formação de Apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ;2006. 2 v.

PESSATTI, M.P.; **A intercessão arquitetura e saúde: “Quando o problema é a falta de espaço na unidade de saúde, qual é o espaço que falta?”**. 2008. 157f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

REIS, E.J.F.B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F.E.; ACÚRCIO, F.A.; LEITE, M.T.T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas**. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 6(1): 50-61, jan/mar, 1990.

STENZEL, A.C.B.; MISOCZKY, M.C.; OLIVEIRA, A.I. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY, M.C.; BORDIN, Ronaldo (org.) **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. p. 87-102.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 121-136.

WALKER, G.D. **Ambiência e Arquitetura em serviços de Saúde**. Campo Grande, 2008. Disponível em < <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=25265>> Acesso em: 17 fev. 2012.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

### Caracterizando o usuário

Responda com um “X”

<p>1. Seu sexo:</p> <p>( ) Masculino      ( ) Feminino</p>
<p>2. Seu nível de escolaridade (até que série você estudou):</p> <p>( ) não frequentou escola</p> <p>( ) fundamental incompleto</p> <p>( ) fundamental completo</p> <p>( ) médio incompleto</p> <p>( ) médio completo</p> <p>( ) superior incompleto</p> <p>( ) superior completo</p> <p>( ) outro              Especifique: _____</p>
<p>3. Sua faixa de renda familiar mensal:</p> <p>( ) a única renda provém de benefício do governo, inferior a 1 salário mínimo, por exemplo, Bolsa Família</p> <p>( ) até 1 salário mínimo (até R\$ 610,00)</p> <p>( ) mais de 1 até 4 salários mínimos (de R\$ 610,01 a R\$ 2440,00)</p> <p>( ) mais de 4 até 7 salários mínimos (de R\$ 2440,01 a R\$ 4270,00)</p> <p>( ) mais de 7 até 10 salários mínimos (de R\$ 4270,01 a R\$ 6100,00)</p> <p>( ) mais de 10 salários mínimos (mais de R\$ 6.100,01)</p>
<p>4. Sua idade: _____</p>
<p>5. Quanto tempo faz que você utiliza o serviço de saúde do município:</p> <p>( ) menos de um ano</p> <p>( ) de 1 a 5 anos</p> <p>( ) de 6 a 10 anos</p> <p>( ) mais de 10 anos</p>
<p>6. Com que frequência você utilizou os serviços oferecidos no Posto de Saúde no último ano:</p> <p>( ) diariamente ( todos os dias)</p> <p>( ) semanalmente (todas as semanas)</p> <p>( ) mensalmente (todos os meses)</p> <p>( ) eventualmente (de 3 a 6 vezes no ano)</p> <p>( ) esporadicamente (1 ou 2 vezes no ano)</p>

### Percebendo o serviço de saúde

Responda às questões abaixo marcando um “X” na resposta que melhor indica a sua opinião a respeito de cada questão.					
	<b>Péssimo</b>	<b>Ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Bom</b>	<b>Ótimo</b>
7. Limpeza e organização do local.					
8. Ambiente e acomodações para espera e para atendimento.					
9. Quantidade de materiais de consumo (agulhas, canetas, receituários) utilizados nos atendimentos.					
10. Qualidade dos equipamentos utilizados nos atendimentos.					
11. Número de medicamentos disponíveis.					
12. Informações prestadas por telefone.					
13. Proximidade geográfica do Posto de Saúde.					
14. Informações solicitadas na recepção.					
15. Agendamento das consultas de psicologia, odontologia e fisioterapia.					
16. Horários de trabalho dos profissionais.					
17. Cumprimento de horário de trabalho pelos profissionais de saúde.					
18. Possibilidade de encaminhamento do paciente para outro profissional, dentro do Posto de Saúde, quando necessário.					
19. Oferta de opções de tratamento e atendimento no Posto de Saúde.					
20. Atendimento de funcionário da recepção.					

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada dos objetivos e da justificativa do Projeto de Conclusão de Curso, intitulado: “GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JARI/RS”. Este projeto visa descrever o grau de satisfação dos usuários com o atendimento prestado na Unidade Básica de Saúde do município de Jari (RS).

A pesquisa consiste em responder um questionário com duração aproximada de 15 minutos. Todas as informações serão transcritas e analisadas, para que, depois sejam utilizadas para melhorar o serviço de saúde oferecido hoje no município de Jari.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos utilizados neste projeto e terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que isso me traga qualquer prejuízo.

Concordo em participar do presente trabalho, bem como autorizo para fins de pesquisa a utilização das informações prestadas. Entendo que o Curso de Especialização Gestão em Saúde da UFRGS manterá em sigilo a minha identidade.

Os responsáveis por este projeto de Conclusão de Curso são Stela Regina Welter, aluna do referido curso de especialização e seu orientador Prof. Dr. Ronaldo Bordin.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa acima descrita.

Data: \_\_\_/\_\_\_/2012.

**APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO MUNICÍPIO DE JARI (RS)**

Jari, 16 de dezembro de 2011.

Excelentíssimo Sr. Secretário Municipal de Saúde,

Venho através do presente, respeitosamente, solicitar autorização para realizar pesquisa junto aos usuários do serviço municipal de saúde de Jari. O trabalho tem por objetivo descrever o grau de satisfação dos usuários com a estrutura e o ambiente de atendimento da Unidade Básica de Saúde do município. Esta pesquisa é requisito para o trabalho de conclusão do curso de Gestão em Saúde da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). O estudo será orientado e supervisionado pelo Prof. Dr. Ronaldo Bordin.

Desde já, coloco-me a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir a respeito da presente pesquisa.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

---

Stela Regina Welter



**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ofício nº 168/2011 – SMSAS

Jari, 29 de dezembro de 2011.

A Srta. Stela Regina Welter

Estudante do Curso de Especialização Gestão em Saúde da UFRGS

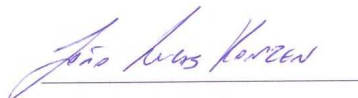
Jari – RS

**ASSUNTO: Autorização para realização de pesquisa junto aos usuários da rede municipal de saúde.**

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho, através deste, informá-la que está autorizada a realizar pesquisa junto aos usuários da rede de saúde do município.

Sem mais para o momento, coloco-me a disposição.

Atenciosamente,



João Lucas Konzen

Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social

**João Lucas Konzen**  
**Secretário - SMSAS**  
Jari - RS

---

## ANEXO B – ENCAMINHAMENTO PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pesquisador/forms... Sistema Pesquisa - Pesquis... X

Mail New Message Sites Sugeridos Galeria do Web Slice HP Games Web Slice Gallery Webmail UFRGS Google Macbook

Pesquisador: Ronaldo Bordin [Sair](#)

**UFRGS**

Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Notas de Pesquisa

Programa de Iniciação Científica Voluntária

Programa de Fomento à Pesquisa (Qualis)

**Dados do Projeto de Pesquisa**

**Projeto Nº:** 22458  
**Título:** GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JARI/RS  
**Área do Conhecimento:** Epidemiologia  
**Início:** 01/08/2011  
**Previsão de conclusão:** 31/05/2012  
**Situação:** projeto em andamento

**Origem:** Faculdade de Medicina  
 Departamento de Medicina Social  
 Projeto da linha de pesquisa Tecnologia e Práticas de Gestão em Saúde

**Objetivo:** Descrever o grau de satisfação dos usuários com o atendimento prestado na Unidade Básica de Saúde do município de Jari (RS)

**Palavras-Chave**

Administração E Planejamento Em Saúde  
 Epidemiologia  
 Epidemiologia De Serviços  
 Gestão Em Saúde  
 Qualidade Em Saúde

**Equipe UFRGS**

**Nome:** Ronaldo Bordin  
**Participação:** Coordenador  
**Início:** 01/08/2011

**Nome:** Chella Denise Ottonelli Stopiglia  
**Participação:** Pesquisador  
**Início:** 01/08/2011

**Nome:** Stela Regina Welter  
**Participação:** Pesquisador  
**Início:** 01/08/2011

**Anexos**

**Projeto Completo**  
**Data de Envio:** 07/02/2012

**Avaliações**

Comissão de Pesquisa de Medicina - Encaminhado

[Retornar](#) [Imprimir](#)

09:30 07/02/2012