

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
(Modalidade à Distância)
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Marcele Machado Finamor

**GRAU DE SATISFAÇÃO DOS SERVIDORES DE UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA QUANTO AO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS).**

**Porto Alegre
2012**

Marcele Machado Finamor

**GRAU DE SATISFAÇÃO DOS SERVIDORES DE UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA QUANTO AO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS).**

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

**Porto Alegre
2012**

Marcele Machado Finamor

GRAU DE SATISFAÇÃO DOS SERVIDORES DE UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA QUANTO AO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS).

Conceito final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. –

Prof. Dr. –

Prof. Dr. –

Orientador – Prof. Dr. Ronaldo Bordin – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, devido sua presença constante, ajudando-me e sustentando-me na fé, por ter me concedido à sabedoria, o discernimento e a compreensão.

Gostaria de agradecer ainda a minha família e ao meu noivo por todo carinho e apoio concedido, que por muitas vezes foram privados de minha presença em vários momentos de convívio. Aos meus amigos e colegas de trabalho pelo incentivo e colaboração em momentos de aflição.

Obrigada ainda ao meu orientador, com o qual tive o prazer de receber seus ensinamentos.

RESUMO

O grau de satisfação de usuários é um importante elemento da avaliação da qualidade em saúde, representando a percepção subjetiva dos sujeitos a respeito dos serviços de saúde utilizados. Este estudo objetivou descrever o grau de satisfação dos servidores de uma instituição de ensino superior federal quanto ao Sistema Único de Saúde no triênio 2009-2011. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com emprego de uma escala de Likert com uma amostra de 25 professores e 25 técnicos administrativos em educação (27,8% do total de servidores). Observou-se que a frequência de utilização (1,6 vezes) e tipo de serviço empregado (pronto atendimento em 35% dos casos) foi semelhante nas duas categorias de servidores. A dimensão de estrutura dos serviços empregados foi a melhor avaliada pelos respondentes, com valores finais médios em grau regular ou de indiferença (3,22 em um máximo de 5,0). As médias totais atribuídas às dimensões de processo (2,87) e resultado (2,90) se situaram no patamar de insatisfação. As variáveis “equipamentos empregados no atendimento”, “atendimento dos funcionários da recepção” e “atendimento dos médicos” apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias de servidores. Concluiu-se que todas as variáveis das dimensões de estrutura, processo e resultado percebido dos serviços utilizados receberam médias que variaram entre os atributos insatisfatório e regular/indiferente (média global de 3,0), sendo que nenhuma variável obteve atributo satisfatório.

Descritores: satisfação do usuário; avaliação em saúde; qualidade da assistência à saúde; gestão em saúde; política de saúde.

ABSTRACT

The degree of satisfaction of users is an important element of quality assessment in health care, representing the subjective perception of them about the health services used. This study aimed to describe the satisfaction of the servers of a higher education institution as to the federal Health System in the triennium 2009-2011. This is a quantitative, descriptive, employing a Likert scale with a sample of 25 teachers and 25 administrative staff in education (27, 8% of all servers). It was observed that the frequency of use (1,6 times) and used type of service (emergency 35% of cases) was similar for both types of servers. The size structure of the service employees was the best evaluated by respondents, with average values in the final regular degree or indifference (3,22 to a maximum of 5,0). The average assigned to the dimensions of the process (2,87) and result (2,90) stood at a level of dissatisfaction. The variables "equipment used in care", "care of the reception staff" and "care of the doctors" showed a statistically significant difference between the two categories of servers. It was concluded that all variables of the dimensions of structure, process and perceived outcome of services used were averages ranging between attributes and regular poor / indifferent (global average 3,0), with no variable attribute obtained satisfactory.

Keywords: consumer satisfaction, health evaluation, quality of health care; health management; health policy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	JUSTIFICATIVA	9
1.2	OBJETIVOS	10
1.2.1	Objetivo Geral	10
1.2.2	Objetivos Específicos	10
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
3	DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	13
3.1	Considerações relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)	13
3.2	Pesquisas de satisfação em saúde	16
3.3	Conceitos norteadores	19
3.3.1	Ser humano	19
3.3.2	Percepção	20
3.3.3	Avaliação	20
3.4	Serviço público e privado	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	35
	ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE	40
	ESCLARECIDO	
	ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	41
	ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO PARA A RELIZAÇÃO DA PESQUISA	44
	ANEXO 4 - ENCAMINHAMENTO PARA O COMITÊ DE	45
	PESQUISA DA UFRGS.....	

1 INTRODUÇÃO

A reforma da saúde pública no Brasil, no final da primeira República (1889-1930), se constitui como um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade, servindo de ponto de partida para qualquer reflexão sobre a saúde pública no Brasil republicano. A falta de clareza e de definição em relação à política de saúde faz com que a história da saúde seja permeada e se confunda com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos (POLIGNANO, 2005).

Neste sentido, por intermédio das várias conferências e declarações sobre saúde como um direito inerente à vida na busca por melhores condições e cidadania, foi possível perceber a existência de um movimento crescente de positividade do conceito de saúde, no qual se fazem correlações com os diversos setores sociais impulsionadores do desenvolvimento econômico, político, cultural e social (OLIVEIRA; PALHA, 2004).

A partir da Constituição Federal de 1988, no contexto da descentralização das ações e serviços de saúde, ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja definição se deu através da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93. Com isso, foram instauradas modificações significativas quanto à estruturação das responsabilidades públicas envolvendo municípios e estados. Como consequência, surge a necessidade de se obter maior conhecimento sobre o nível de satisfação dos usuários a respeito do sistema de saúde brasileiro.

De acordo com Valla (1998), a participação social pode ser entendida como as múltiplas ações desenvolvidas para influenciar a formulação das políticas públicas, fiscalizá-las e avaliá-las. Neste sentido, o controle social, pode ser traduzido em estratégias e operações de acompanhamento da formulação, gestão e execução de políticas públicas por parte da sociedade (BRASIL, 2006).

Uruguaiana possui uma população de 127.045 habitantes, em sua maioria na zona urbana da cidade (IBGE / 2011). O município é o 4º maior do

Estado do Rio Grande do Sul em extensão territorial e está a 634 km de distância de Porto Alegre, capital estadual.

O sistema local de saúde de Uruguaiana é composto por um Hospital Geral, gerido em uma parceria público-privado e com atendimento aos usuários do SUS; um centro de saúde central, integrado pelo Centro de Especialização Odontológica, Centro de Orientação e Apoio Sorológico – Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA), farmácia, setores de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica e serviço de saúde da mulher. No mesmo local se encontra a policlínica central, que abrange atendimentos de especialidades médicas, além de nutricionista, psicóloga e fonoaudióloga. Uruguaiana conta ainda com 16 postos de atendimento, incluindo o Centro de Saúde e o Pronto Atendimento Municipal, além de uma unidade móvel para atendimento em zona rural.

Em 2008 a Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) se instalou em Uruguaiana. Três anos após, já conta com cursos nas áreas da saúde, educação e rural. Como característica usual, os servidores públicos federais, ao iniciarem carreira profissional em determinadas instituições são favorecidos com auxílio saúde ou plano assistencial, com isso, abarcando alternativas de atendimento em caso de necessidade do emprego de serviços de saúde, além do sistema público.

Neste contexto, este estudo busca verificar se estes servidores públicos federais utilizam ou utilizaram o SUS e sua visão quanto ao mesmo, salientando o restrito número de estudos direcionado a esse público no sistema de saúde brasileiro. Assim, objetiva identificar a frequência de utilização e descrever o grau de satisfação dos mesmos quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 JUSTIFICATIVA

Muitos trabalhadores brasileiros, em especial os servidores públicos federais, ao iniciarem carreira profissional em determinadas instituições são favorecidos com auxílio saúde ou plano assistencial, conforme legislação vigente (Art. 185, inciso I, Lei nº 8.112/90). Assim, passam a apresentar alternativas de atendimento em caso de necessidade do emprego de serviços de saúde, além do sistema público.

É preciso levar em conta algumas diferenças relevantes quando se avaliam serviços públicos e privados. No setor público, o usuário pode se colocar ora como consumidor, avaliando os serviços do ponto de vista de seus ganhos individuais, ora como cidadão, avaliando os serviços ao levar em conta a sociedade como um todo. Como consumidor, ele pode desejar um tempo de espera menor para a consulta e atendimento mais ágil, mas, como cidadão, pode querer que todas as pessoas sejam atendidas, implicando um tempo de espera maior. No que se refere à escolha, no setor privado, o cliente pode procurar outro serviço ou outro profissional, enquanto no setor público essa possibilidade é limitada, quando não impossível (DINSDALE *et al.*, 2000).

Diversos estudos têm sido realizados, para avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde (por exemplo: MOIMAZ *et al.*, 2010; GUEDES; GARCIA, 2001; MATEOS *et al.*, 2009), sedimentando a importância de se estabelecer parâmetros de utilização de serviços e ações de saúde e a percepção quanto à qualidade dos mesmos. Diante disso, e do restrito número de estudos envolvendo servidores de instituições de ensino superior federais, se optou por este público alvo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Descrever o grau de satisfação dos servidores (professores e técnicos administrativos em educação) de uma universidade pública federal quanto aos serviços utilizados integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a frequência de utilização de serviços próprios do Sistema Único de Saúde pelos servidores;
- Sistematizar o grau de satisfação, segundo categoria profissional de professores e técnicos administrativos em educação, quanto à estrutura, processo e resultado dos serviços empregados.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

SUJEITOS/LOCAL: servidores da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA Campus Uruguaiana-RS, sendo utilizada amostra de 25 professores e 25 técnicos administrativos em educação, de um total de 102 e 78, respectivamente. Trata-se de amostra de conveniência, que se encerrou quando o total de instrumentos foi respondido.

TIPO DE ESTUDO: quantitativo, descritivo.

PERÍODO DE COLETA: de 12 a 30 de janeiro de 2012.

MÉTODOS DE COLETA: Aplicação de instrumento de coleta de dados, quantitativo, com emprego de escala de Likert.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário estruturado segundo o modelo proposto por Donabedian (1988), o qual propõe uma avaliação baseada em três componentes: estrutura, processo e resultado. Quanto à categoria estrutura, serão avaliadas as condições físicas, humanas e organizacionais dos serviços de saúde; quanto ao processo, principalmente o atendimento realizado pela equipe de saúde, remetendo-se ao cuidado prestado; quanto ao resultado, variáveis que remetem ao estado de saúde do usuário após o atendimento e seu nível de satisfação com o atendimento prestado, além do conhecimento resultante da experiência que o mesmo vivenciou.

Os dados foram coletados pela autora, em entrevista individual, na própria Universidade, após ter identificado aleatoriamente as pessoas a serem entrevistadas, encerrando um quantitativo equivalente a 1/4 e 1/3 do universo relacionado a docentes e técnicos administrativos em educação, respectivamente.

O instrumento de coleta de dados é composto por 3 questões introdutórias envolvendo a relação estabelecida entre o participante e o SUS, sendo estas, afirmativas ou negativas com especificações, atendo-se aos serviços utilizados nos últimos 3 anos. Após, seguem 25 questões, em que o respondente expressa seu grau de satisfação frente a uma afirmação e cinco alternativas de resposta (da discordância plena à concordância plena, posteriormente valoradas de 1 a 5, respectivamente). Caso tenha, utilizado

mais de um serviço, a opção escolhida refere-se à percepção média relacionada a cada item.

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa InStat 3, onde aplicou-se os testes do qui-quadrado e o teste *t* de Student não pareado para verificar medidas de associação.

A cada entrevista foi disponibilizado ao servidor um termo de consentimento livre e esclarecido, confirmando o livre arbítrio em participar ou não deste projeto (Anexo 1). Os dados obtidos a partir dos respondentes não serão utilizados para outros fins que não este estudo, sendo preservada a confidencialidade de identificação dos atores envolvidos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), protocolo nº 22456. O mesmo foi previamente autorizado pelo Diretor da UNIPAMPA/campus Uruguaiana, certificando a concordância do representante legal da instituição na realização do estudo.

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

A seguir, encontra-se a revisão teórica envolvendo tópicos relacionados a este estudo.

3.1 Considerações relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir de um histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro com a finalidade de facilitar o atendimento de saúde (RONCALLI, 2003). A implantação do SUS foi realizada de forma gradual, primeiramente com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), seguido da incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060/1990) e, por fim, da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Logo em seguida, foi lançada a Lei nº 8.142/1990 imprimindo ao sistema o controle social, ou seja, a participação da população (usuários) na gestão do serviço.

Na Constituição Federal de 1988 ficou explicitada a criação de um sistema de saúde estruturado, tendo como base a descentralização e o fortalecimento do poder municipal, além de estabelecer a participação da sociedade organizada na administração do setor saúde e o controle social por meio dos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde, visando a formulação, implantação, controle e avaliação das políticas de saúde (BRASIL, 1988).

Neste sentido, o controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, e suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação (CREVELIM, 2005).

Vale destacar, entretanto, que ao mesmo tempo em que houve avanços na implementação do sistema público, também o subsistema

privado, designado constitucionalmente como complementar, avançou em sua organização e na conquista de legitimidade social (FEUERWERKER, 2005).

O subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional é considerada “normal”. Persiste a supervalorização do trabalho do médico, em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, e também a centralidade do hospital como instância articuladora do sistema, por ser este o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura (SANTOS, 2004).

Segundo Mendes (2001), o sistema de saúde brasileiro atualmente está organizado em um sistema segmentado e é composto por três sistemas: o SUS, o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto.

O SUS constitui o sistema público, estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, além da rede privada conveniada que complementa sua rede. É um sistema federativo, com participação colaborativa dos governos federal, estaduais e municipais, mas mantido o princípio de mando único em cada instância federativa e tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização, a hierarquização e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (MENDES, 2001).

Ainda segundo Mendes (2001), apesar de ser um sistema universal, o SUS tem uma clientela nominal em torno de 110 milhões de brasileiros; o restante da população utiliza de preferência o Sistema de Atenção Médica Supletiva.

A seletividade social no consumo dos serviços de saúde ainda é algo permanente e está relacionada com os grupos sociais tendo acesso diferenciado, quantitativo e qualitativo, aos diferentes segmentos do sistema

(MENDES, 2001). O autor destaca que, para os mais pobres, há menor acesso aos serviços ficando os mesmos restritos ao atendimento básico e hospitalar e serviços curativos. Os mais ricos têm maior acesso a serviços promocionais, preventivos e curativos.

O Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) é um sistema privado que recebe subsídios diretos ou indiretos do Estado sob a forma de renúncia fiscal e contributiva. Está constituído por quatro modalidades assistenciais: medicina de grupo, autogestão, cooperativa médica e o seguro-saúde (MENDES, 2001).

A utilização do SAMS varia segundo a renda familiar dos usuários e em seu componente de planos coletivos, cobre principalmente, empregados de grandes e médias empresas. Segundo Mendes (2001), o SAMS apresenta uma situação calamitosa com uma regulação incipiente, sistema regulatório com limitações intrínsecas por causa da natureza econômica dos serviços de saúde; baixa escala; coberturas parciais pelos planos; concentração em pessoas jovens e saudáveis; planos coletivos fortemente ancorados no emprego e nas grandes empresas e grande percentual de planos individuais e familiares. Apesar destes problemas, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) em 1998, sobre satisfação dos usuários revelou que 82% dos mesmos estão satisfeitos com os planos e seguros de saúde. Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/2003) revelaram que aproximadamente 82% das pessoas que possuem plano de assistência ao servidor público auto-avaliaram seu estado de saúde como muito bom e bom e 84% das pessoas que possuem planos de empresas privadas se auto-avaliam da mesma forma.

O Sistema de Desembolso Direto (SDD) é privado e está representado pelo gasto direto de indivíduos e famílias, com serviços de saúde. Apresenta baixíssima regulação estatal e é fortemente subsidiado por renúncias fiscais. Os serviços neste sistema são de demanda por livre-escolha e pagos diretamente aos prestadores (MENDES, 2001).

Deste modo, segundo Giovanella (2003), o SUS, seguindo o modelo de um serviço nacional de saúde financiado por recursos fiscais de acesso universal, não se concretizou plenamente. O contexto político e econômico na implementação do SUS, não ajudou para que o mesmo tivesse um

financiamento adequado. Ainda hoje persistem desigualdades de acesso, onde cerca de 25% da população tem dupla cobertura e acessa o sistema via mercado, por meio de planos de saúde privados.

3.2 Pesquisas de satisfação em saúde

A partir dos anos 70, na Europa e nos Estados Unidos da América, vários movimentos fizeram parte de um processo mais amplo de transformações econômicas, políticas e culturais e deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. No setor público, um dos elementos que favoreceram as políticas reformadoras e de restrição de gastos foi o aumento dos custos com os serviços de saúde, e o surgimento de novos modelos de gestão visando maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

Neste contexto, as primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 70, referiram-se a satisfação do paciente. O objetivo era conseguir maiores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas, aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos (WILLIAMS, 1994).

Segundo Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes - na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então os usuários não puderam mais ser ignorados, e a idéia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (SHAW, 1986; VUORI, 1987; WILLIAMS, 1994; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Conforme Zanetti *et al.* (2007), a qualidade dos serviços prestados é influenciada pela percepção subjetiva do usuário a respeito dos serviços. A satisfação é avaliada a partir da opinião dos usuários acerca da qualidade do serviço oferecido em relação à resolubilidade na prestação dos serviços, entre outros.

Com o tempo, criou-se um campo propício e um mercado para pesquisas de avaliação a partir das percepções dos usuários, que geralmente passam a ser feitas por meio da coleta direta de informações junto aos respondentes por meio de questionários com respostas fechadas para a produção de dados estatísticos, os *surveys*. Até porque as reformas orientadas para a qualidade na administração pública, ao visarem os custos crescentes do setor saúde, também vêm exigir métodos que meçam a qualidade dos serviços de forma “objetiva”, o que, supunha-se, era feito por pesquisas usando métodos quantitativos (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No Brasil, movimentos e associações reivindicando melhores serviços, seja como consumidores ou cidadãos/usuários de serviços públicos, somente tomaram força após os anos 80, com a redemocratização. Por isso mesmo, as pesquisas de satisfação de usuários tornaram-se mais comuns a partir da segunda metade da década de 1990, com a promoção da *accountability* e a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (KOTAKA; PACHECO; HIGAKI, 1997; ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005; ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

Deste modo, é importante salientar a distinção, entre usuário e cidadão. Como usuário, pode-se desejar níveis mais altos de qualidade do serviço, mas, como cidadão, pode-se achar que os recursos seriam mais bem alocados em outra parte. A noção de usuário é mais geral e permite abranger os indivíduos que utilizam serviços públicos e privados, sejam eles vistos como clientes, consumidores e/ou cidadãos (DINSDALE *et al.*, 2000).

Sendo a população em sua totalidade beneficiada com projetos e ações em saúde, a opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esses serviços. Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde (JESUS; CARVALHO, 2002). Neste

sentido, participação livre e crítica dos usuários pode contribuir para o empoderamento/libertação deste grupo populacional, questões estas essenciais para a viabilização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e controle de enfermidades (COTTA *et al.*, 2008).

Segundo Espiridião e Trad (2005), com a promoção do controle social, da prática de avaliação dos serviços por meio de perguntas aos usuários e o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, os estudos de satisfação passaram a ter um importante papel no cenário brasileiro, além de envolver algumas dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos inerentes à relação médico-paciente, entre outras.

Neste contexto, é importante compreender a satisfação do usuário como previsão e conhecimento dos comportamentos de saúde apoiados em valores e crenças. Desse modo, para Silva e Formigli (1994) a satisfação pode ser compreendida como a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre determinadas dimensões dos serviços de saúde. Além disso, conforme Kotler (1996) a satisfação se dá em função da diferença entre o desempenho percebido e suas expectativas.

Espiridião e Trad (2005) referem quatro teorias para compreensão da satisfação do usuário: teoria da atitude, da discrepância, da realização e da equidade. A teoria da atitude consiste de uma avaliação positiva ou negativa feita pelo indivíduo sobre um determinado aspecto do serviço, relacionado à crença. A teoria da discrepância salienta que o nível de satisfação advém da diferença entre as expectativas e a percepção da experiência. A teoria da equidade entende que a satisfação é avaliada em termos de ganhos e perdas individuais, bem como na comparação com outros usuários. Já a teoria da realização é determinada pela diferença entre o que é desejado, esperado e o que é obtido.

Já para Murray, Kawabata e Valentine (2001), os inquéritos de satisfação não refletem necessariamente as variações na forma como as pessoas estão realmente sendo tratadas pelo sistema, o que reforça a tese de que a percepção dos cuidados é influenciada pela subjetividade do conceito

de qualidade e pela expectativa do usuário, o que em muitas situações dificulta este tipo de avaliação.

Desta forma, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde. (MOIMAZ *et al.*, 2010).

3.3 Conceitos norteadores

Conceitos são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, para olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação (MINAYO, 1999).

3.3.1 Ser humano

É um sistema pessoal aberto, ser social, racional e sensível, que no processo de interação humana age conforme suas percepções, expectativas, crenças, valores e estilo de vida. É um ser orientado no tempo, tem raízes e atua de acordo com as experiências passadas. A sua consciência do passado e do presente influencia as opções do futuro (KING, 1981).

Segundo o mesmo autor, é um ser dinâmico, plural e singular que tem capacidade de perceber, de pensar, de sentir e selecionar alternativas dentre situações diferentes. Comunica-se com outros e com o ambiente de forma verbal ou não, influencia-os e por eles é influenciado, interage, estabelece transações e procura atingir seus objetivos. Age. Pode participar e, sendo assim, pode transformar as pessoas com as quais se relaciona e também a realidade e vice-versa. Tem direito de receber informações sobre a sua saúde e etapas transicionais do desenvolvimento humano para poder crescer, ter autonomia e atuar (KING 1981; 1984).

Desta forma, remete-se ao pensamento de que cada ser humano é único, detentor de suas próprias crenças, valores, expectativas, necessidades, opiniões, estilo e história de vida, tornando-se indispensável compartilhar suas experiências e conhecimentos, ser ouvido, ser orientado e conseqüentemente compreendido.

3.3.2 Percepção

É o processo de organizar, interpretar e transformar os dados obtidos através dos sentidos e da memória. É um processo de transação humana com o meio ambiente, que dá significado a experiência do ser humano; representa sua imagem da realidade e influencia o seu comportamento (KING, 1981).

Para Haguette (2001), percepção é universal, pessoal, social e seletiva. É universal uma vez que todos percebem os outros seres humanos e objetos que existem no meio ambiente. É pessoal porque diverge de um ser humano para outro, em função da diversidade de valores, crenças, do conceito de *self* e do estilo de vida. É social já que a mente é social, tanto em sua origem quanto em sua função, pois surge um processo social de comunicação. E é seletiva porque o ser humano seleciona os estímulos que são relevantes para atender as suas necessidades, rejeitando aqueles que avaliam como irrelevantes.

3.3.3 Avaliação

Avaliar pode ser definido como conferir ou atribuir valor a um determinado serviço, objetivando a tomada de decisões. As avaliações contribuem para direcionar a execução de ações, atividades e programas (MISHIMA *et al.*, 2010).

Para Contandriopoulos (1997), consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento específico (pesquisa avaliativa).

Neste sentido, é importante salientar que a pesquisa avaliativa de qualidade de serviços de saúde para Donabedian (1990 *apud* UCHIMURA; BOSI, 2002) fundamenta-se na proposição do modelo de estrutura, processo e resultado, onde a estrutura corresponde aos recursos utilizados no serviço, o processo corresponde aos procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes e o resultado está relacionado ao estado de saúde do paciente.

Sabe-se que uma das críticas mais freqüentes aos processos avaliativos de satisfação é se eles, de fato, produzem melhoria na qualidade dos serviços, visto que, a satisfação está fortemente ligada à expectativa, portanto, tornando-se um grande desafio a construção de um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, de forma que este contemple as variáveis que o influenciam, bem como valores, crenças e culturas.

3.4 Serviço público e privado

Aproximadamente um quarto da população brasileira está coberta por alguma modalidade de seguro privado, sendo a presença de planos de saúde expressiva nas capitais da região sul, onde a porcentagem de beneficiários, em relação à população total, em 2006 segundo o DATASUS, era da ordem de 37% em Porto Alegre, 46% em Florianópolis e 43% em Curitiba (CONILL *et al.*, 2008).

A segmentação do acesso tem se constituído em uma das questões centrais na análise dos problemas dos sistemas de saúde contemporâneos e em particular àqueles que se referem ao Sistema Único de Saúde/SUS. Conforme já citado por Mendes (2001), o sistema brasileiro pode ser dividido

em segmentos de desembolso direto, atenção médica supletiva e o SUS, sendo que, essa fragmentação levaria a um efeito denominado de *Hood Robin*, ou seja, enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários dos outros segmentos podem constitucionalmente utilizar o sistema público, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos.

Segundo a cartografia realizada por Aciole (2006), quanto ao público e o privado verifica-se que, apesar da aparente distinção entre um subsistema estatal (público) e um subsistema privado, interessaria examinar o conjunto de estabelecimentos, equipamentos e profissionais que garantem a oferta para que sejam identificados os diversos graus de imbricamentos e a interdependência desses recursos. Também seria necessário ter em mente que nesses dois espaços atuam atores sociais com projetos próprios, quer estejam alocados nas esferas do Estado ou do mercado. Esses projetos se expressam em práticas e arranjos tecnoassistenciais em constante tensão pela permanência de duas categorias distintas no sistema de saúde, a do consumidor e a do cidadão.

Deste modo, o Estado brasileiro e a Constituição Federal definem suas intencionalidades, e seus princípios, materializados através do SUS, que se propõe universal, integral e equânimes. Ao setor privado cabe organizar-se de forma complementar ao público. Por isso, o estudo de modelos assistenciais em saúde suplementar não é desvinculado do entendimento global do funcionamento do SUS. A compreensão e a regulação da assistência supletiva devem considerar as experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e assim estabelecer novos conhecimentos (MALTA *et al.*, 2004).

Neste contexto, os resultados do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2011 da área da saúde revelaram as expectativas dos entrevistados e sua percepção acerca do SUS e dos planos de saúde. Além disso, forneceram indicações importantes de melhorias prioritárias para a política de assistência à saúde, do ponto de vista das famílias brasileiras envolvidas (IPEA, 2011).

Em pouco mais de 20 anos de existência, o SUS ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população brasileira, antes

excluída, ou dependente da ação de instituições assistenciais e filantrópicas. Em 2009, foram realizados 721 milhões de atendimentos ambulatoriais e 11 milhões de procedimentos de média e alta complexidade e internações (Ministério da Saúde, 2010). Além disso, por meio da atuação da vigilância em saúde, o Brasil tem obtido importantes resultados no controle de doenças e agravos à saúde. Destacam-se as experiências bem-sucedidas da eliminação do sarampo, da campanha de vacinação contra a influenza H1N1 e do tratamento do HIV/Aids. Apesar de todos esses avanços, observa-se também que o SUS apresenta dificuldades para garantir o acesso oportuno e de qualidade para toda população brasileira. Essas dificuldades estão relacionadas, entre outros fatores, ao subfinanciamento desse sistema, a problemas de gestão e à relação entre o SUS e o sistema privado de saúde, que muitas vezes concorre por recursos humanos, financeiros e físicos.

Dentre os serviços prestados pelo SUS que foram estudados pelo SIPS, o atendimento por membro da ESF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim. A distribuição gratuita de medicamentos no SUS foi qualificada como muito boa ou boa por 69,6% dos entrevistados e como ruim ou muito ruim por 11,0% destes. O atendimento por médico especialista no SUS foi o terceiro serviço com maior proporção de opiniões positivas: 60,6% dos entrevistados que utilizaram ou acompanharam alguém que utilizou opinaram que esse serviço é muito bom ou bom, enquanto 18,8% o consideraram ruim ou muito ruim.

O atendimento prestado em centros e/ou postos de saúde e o atendimento de urgência ou emergência foram os serviços com as menores proporções de qualificações positivas. O atendimento em centros e/ou postos de saúde recebeu a menor proporção de qualificações como muito bom ou bom (44,9%) e a maior proporção de qualificações como ruim ou muito ruim (31,1%), dentre os serviços pesquisados. Dentre os entrevistados que utilizaram ou acompanharam alguém de sua família em um atendimento de

urgência ou emergência, 48,1% consideraram que o atendimento é muito bom ou bom, e 31,4% qualificaram o atendimento como ruim ou muito ruim.

Em todas as regiões, o atendimento pela Equipe de Saúde da Família e a distribuição gratuita de medicamentos são os serviços mais bem avaliados. A ordem dos serviços pesquisados pelo SIPS segundo a proporção de opiniões positivas (muito bons ou bons) e negativas (ruins ou muito ruins) é bastante similar entre as diferentes regiões brasileiras

Para os serviços de assistência à saúde prestados pelo SUS, o aumento do número de médicos foi a melhoria indicada com maior frequência, seguida pela redução do tempo para marcar consultas ou para ser atendido. Isso é consistente com os principais problemas indicados: falta de médicos e demora para atendimento. Esses achados sugerem que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportuno aos serviços. Para os planos de saúde, os principais problemas apontados foram o preço dos planos e as limitações de cobertura.

Além disso, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, estimou cerca de 190,0 milhões de pessoas residentes no Brasil. Destas, 77,3% autoavaliaram o seu estado de saúde como “muito bom ou bom”; 18,9% como “regular” e 3,8% como “ruim ou muito ruim”.

Em 2008, 25,9% da população brasileira, ou seja, 49,2 milhões de pessoas dispunham de pelo menos um plano de saúde. Entre estas, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas e 22,5% a planos de assistência ao servidor público. Além disso, do total de pessoas cobertas por plano de saúde, 47,8% eram titulares do plano de saúde único ou principal que possuíam. Nas áreas urbanas (29,7%) o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era maior do que nas rurais (6,4%). As Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais (35,6% e 30,0%, respectivamente), aproximadamente três vezes maiores do que os verificados para o Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%). Verificou-se que a cobertura por plano de saúde estava positivamente relacionada ao rendimento mensal domiciliar per capita, para as pessoas em domicílios com rendimento per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, apenas 2,3% tinham plano de saúde, enquanto 82,5% dos que tinham rendimento de mais de 5 salários mínimos tinham plano de saúde.

Observa-se ainda, que entre os titulares de planos de saúde, de 10 anos ou mais de idade, que estavam ocupados nos grupamentos de atividade da Administração pública ou da Educação, saúde e serviços sociais, respectivamente, 68,4% e 42,9% estavam vinculados a planos de assistência ao servidor público. Nos grupamentos da Indústria e do Transporte, armazenagem e comunicação observou-se que os que possuíam plano de saúde, o tinham, em sua maioria, através do trabalho, 79,8%, na Indústria e 71,3%, no Transporte.

Cabe inferir também, que o levantamento suplementar de saúde da PNAD 2008 estimou em 139,9 milhões o total de pessoas que normalmente procurava o mesmo serviço de saúde quando precisava de atendimento, o que correspondia a 73,6% da população. O posto ou centro de saúde foi o local mais declarado como normalmente procurado (56,8%), seguido pelos consultórios particulares (19,2%) e pelo ambulatório de hospital (12,2%). As demais categorias - farmácia, ambulatório de clínica ou de empresa, pronto-socorro e agente comunitário entre outros - contabilizaram 11,8% dos locais procurados. O posto de saúde foi normalmente procurado principalmente pelas pessoas pertencentes às classes de rendimento mensal domiciliar per capita mais baixas. Para aqueles que viviam em domicílios com rendimento *per capita* de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, 77,2% procuravam regularmente este local para atendimento. Conforme aumentava o rendimento, a proporção de pessoas que procuravam este local reduzia, atingindo apenas 4,8% entre aqueles com rendimento mensal domiciliar *per capita* de mais de 5 salários mínimos. Em contrapartida, as visitas aos consultórios particulares mostraram associação positiva com o rendimento.

De modo geral, é possível perceber que as pessoas com cobertura por pelo menos um plano de saúde apresentou crescimento: em 1998, 24,5% de pessoas eram asseguradas; em 2003, permaneceu em 24,6% (43,0 milhões de pessoas); mas, em 2008, subiu para 26,3% (ou 49,1 milhões de pessoas). O aumento se deu principalmente na área rural: entre 1998 e 2008, o percentual de pessoas que possuíam algum plano de saúde cresceu de 5,8% para 6,7%; na área urbana, os valores foram 29,2% e 29,7% nestes anos.

Diante disso, Costa e Pinto (2002) salientam as mudanças nas variáveis de estrutura, contemplando dois pontos específicos sobre a

organização da atenção ambulatorial e básica municipal e os recursos humanos, sendo eles, o impacto distributivo da política de ampliação de cobertura da atenção ambulatorial e de novos serviços de atenção primária programas PSF e PACS na estrutura de financiamento à saúde a partir da NOB 01/96, especialmente considerando os mecanismos de transferência definidos pelo Piso da Atenção Básica antes e depois de sua implantação, bem como, a análise da variação no número de unidades e de empregos de nível superior, técnicos e auxiliares nos estabelecimentos sem internação do Sistema Único de Saúde (SUS) tal como definidos pela pesquisa da AMS/IBGE 1992-1999. Essa categoria estabelecimentos sem internação compreende tanto unidades básicas de saúde como a rede ambulatorial. Ela será tomada como uma *proxy* das mudanças na oferta de força de trabalho na rede saúde de atenção básica. Berman (2000) destaca, nesse sentido, que a atenção ambulatorial, sob o ponto de vista do processo de trabalho médico, pode ser incorporada ao conjunto de atividades consideradas básicas para efeito de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nacionais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 encontra-se a frequência referida de uso de serviços do Sistema Único de Saúde no triênio 2009-2011. No triênio 2009-2011 os respondentes recorreram, em média, a 1,6 vezes aos serviços de saúde integrante do Sistema Único de Saúde.

Tabela 1 - Distribuição dos respondentes, segundo a frequência de utilização do SUS, no período 2009-2011.

Frequência de uso	Professores (n=25)	TAEs (n=25)	Total
1 vez	8	13	21
2 vezes	16	11	27
3 vezes	1	1	2
Média	1,72	1,52	1,62

Em relação à Tabela 1, não houve diferença significativa entre as duas categorias de servidores. Os parâmetros assistenciais do SUS empregam uma média de 2 a 3 consultas habitante/ano (Portaria GM/MS nº 1101, de 12 de junho de 2002), valores superiores aos encontrados, indicando uma população jovem e saudável de servidores. Estes dados diferem dos encontrados por Moimaz *et al.* (2010), quando 93% da amostra relatou utilizar o SUS local em situações diversas, quando tanto o entrevistado quanto seus familiares costumavam frequentar a unidade de saúde da família pelo menos uma vez por mês.

A tabela 2 refere-se ao tipo de serviço utilizado no Sistema Único de Saúde. Observa-se que os professores empregaram majoritariamente serviços de pronto-atendimento e vacinação (77% do total) e os técnicos, os serviços de pronto-atendimento e ambulatorial (56% do total).

Tabela 2 - Distribuição dos respondentes, segundo o tipo de serviço utilizado.

Tipo de serviço	Professores		TAEs		Total N
	n	%	n	%	
Pronto atendimento	17	41	10	28	27
Ambulatorial	5	12	10	28	15
Unidade básica	3	7	5	14	8
Internação	1	2	2	6	3
Vacinação	15	36	8	22	23
Realização de Exames	1	2	1	2	2
Total	42		36		78

Na tabela 3 enumera-se o motivo de procura de serviços do Sistema Único de Saúde. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, que apresentaram comportamento semelhante ($p=0,18$).

Tabela 3 - Distribuição dos respondentes, segundo o motivo de utilização do serviço.

Motivo	Professores (n=25)		TAEs (n=25)		Total (n=50)
	n	%	n	%	
Urgência e emergência	11	39	18	60	29
Livre escolha	16	57	12	40	29
Outros ^N	1	4	-	-	1
Total	28		30		58

O grau de satisfação percebido quanto ao componente da dimensão estrutura dos serviços utilizados encontra-se na tabela 4. Das 5 variáveis solicitadas, uma recebeu atributo insatisfatório (sala de espera) e as demais de indiferença, com uma média geral de 3,22. Única variável com comportamento distinto entre os grupos, os professores atribuíram uma média

melhor quanto à percepção dos equipamentos empregados no atendimento ($p= 0,03$).

Tabela 4 - Média dos atributos aferidos às variáveis do componente da dimensão estrutura dos serviços utilizados.

Estrutura	Professores (n=25)	TAEs (n=25)
Ambiente limpo e organizado	3,24	3,32
Ambiente espaçoso, com acomodações para espera	2,69	2,76
Medicamentos suficientes	3,64	3,24
Equipamentos novos utilizados no atendimento	3,20	2,60*
Material de consumo suficientes para o atendimento	3,92	3,68
Média	3,33	3,12

* $p=0,03$

Para Moimaz *et al.* (2010), são necessários maiores investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos nos serviços de saúde, pois a maioria deles encontra-se sucateada e em desuso. Em estudo de avaliação da qualidade de serviços de saúde realizado por Santos (1995), foi observado que, entre as reclamações dos usuários, aparece com frequência o "não ter conseguido tudo o que precisavam", destacando-se a falta da atenção curativa e a dificuldade em conseguir medicamentos.

Na tabela 5, quanto a dimensão de processo dos serviços utilizados, tem-se que das 8 variáveis estudadas, apenas duas conseguiram atributos no nível de indiferença, sendo as demais avaliadas como insatisfatórias, com uma média geral de 2,87. Não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 5 - Média dos atributos aferidos às variáveis do componente da dimensão de processo dos serviços utilizados.

Processo	Professores (n=25)	TAEs (n=25)
Agilidade no atendimento na recepção	2,80	2,40
Informação correta no balcão	3,16	3,12
Informação correta por telefone	2,68	2,76
Organização no agendamento das consultas	3,12	2,96
Tempo de espera na fila para agendar consultas na unidade	2,80	2,28*
Possibilidade de agendar consultas sempre que necessário	2,68	2,48
Possibilidade de encaminhamento para outra instituição sempre que necessário	2,68	2,92
Facilidade de acesso à Unidade Básica de Saúde	3,84	3,36
Média	2,97	2,78

* $p=0,05$

Conforme estudo de Moimaz *et al.* (2010), com base no acesso ao atendimento, 57,6% dos entrevistados respondeu que existe fila para o atendimento e 54,5% que existe uma demora excessiva entre o dia de agendamento da consulta e/ou exame até o dia do atendimento. Este dado está relacionado à percepção pessoal acerca desse tempo de espera, variando de um dia a um ano ou mais. A ordem do atendimento dos serviços de saúde foi citada como ordem de chegada (82,9%), agendamento (9,1%) ou outros (8%). De modo geral, não houve planejamento de saúde nos municípios avaliados, tomando-se como ponto de partida a realidade local,

com relação aos problemas de saúde, os recursos humanos, físicos e o apoio da comunidade.

Ao analisar a dimensão de resultado (tabela 6), nos aspectos relacionados ao atendimento da recepção e dos médicos os professores referiram um grau de satisfação inferior ao dos técnicos administrativos em educação neste e superior naquele. Já a variável “qualidade dos serviços prestados” ficou no limite para a significância ($p=0,05$). As duas categorias de servidores atribuíram valor médio de 2,90, estando abaixo da indiferença (3,0), o que pode ser considerado como indicativo de insatisfação global para esta dimensão.

Tabela 6 - Média dos atributos aferidos às variáveis do componente da dimensão de resultado percebido dos serviços utilizados.

Resultado	Professores (n=25)	TAEs (n=25)
Horários respeitados pelos médicos	2,12	2,08
Médico comparece à consulta	3,08	3,12
Acompanhamento através de prontuário médico ou fichas onde são anotadas as informações do usuário	3,32	3,28
Atendimento dos funcionários da recepção	3,88	3,00*
Atendimento dos funcionários do setor administrativo	3,44	3,00
Atendimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem	3,44	3,60
Atendimento dos médicos	2,56	3,24**
Tempo do atendimento médico (consultas)	2,32	2,40
Comunicação do médico com o paciente	2,48	2,60
Oferta de opções de tratamento por parte do médico	2,56	2,36
Qualidade dos serviços prestados	3,36	2,68***
Média	2,96	2,85

* $p=0,0006$; ** $0,03$; *** $0,05$

Contudo, de acordo com Moimaz *et al.* (2010), quanto aos critérios de humanização no atendimento à saúde, 69,5% dos entrevistados confiam em todos os profissionais de saúde da rede pública pelos quais foram atendidos. Mais da metade (63,7%) já havia recebido informação sobre prevenção; para

72,9%, os profissionais de saúde que os atenderam explicaram sobre a doença que tinham ou têm, e os procedimentos que foram realizados para o tratamento (70,3%); 92% já receberam prescrição de medicamentos no SUS, e para 83,1% destes os profissionais explicaram a respeito da administração do remédio; 73% relataram que receberam atenção adequada às suas queixas por parte dos profissionais.

Ficou claro que o desempenho profissional é avaliado pelo usuário, através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas. O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso. Ficou evidenciada, nas falas dos sujeitos desta pesquisa, uma preocupação com a humanização do atendimento, bem como com uma forma de organização que leve em conta a escuta de suas necessidades como usuário (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Segundo o mesmo autor, sobre os serviços de saúde geral dos municípios avaliados, 61,7% os classificaram como ótimo e bom. Apesar das queixas relatadas, o usuário mostrou-se satisfeito com os serviços públicos de saúde oferecidos. Guedes e Garcia (2001) verificaram que as respostas dos usuários acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentaram um direcionamento para respostas positivas (ficando em torno de 40% a 50%), pois há sempre um receio de que as respostas desfavoráveis possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento. Por outro lado, quando o entrevistador não é uma pessoa da comunidade, pode acontecer o oposto e ocorrer uma tendência para os pacientes relatarem mais respostas negativas. Tal situação foi observada pela equipe deste projeto, ao notar o constrangimento inicial dos entrevistados ao serem abordados sobre o tema, e o alívio e desenvoltura destes ao descreverem com maior ênfase suas percepções, logo após serem esclarecidos sobre os propósitos do estudo.

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo permitem concluir que, quanto à frequência de utilização do SUS, não houve diferença significativa entre as duas categorias de servidores.

No tocante às variáveis que compunham as dimensões de estrutura, processo e resultado dos serviços empregados pelos respondentes todas receberam atributos médios de satisfação entre insatisfatório e regular/indiferente, com nenhuma variável sendo avaliada como satisfatória. Foi observada diferença estatisticamente significativa apenas em 3 atributos (*equipamentos empregados no atendimento, atendimento dos funcionários da recepção e atendimento dos médicos*) no que concerne à percepção dos serviços, com melhores médias fornecidas por professores.

Sendo assim, é importante salientar que o presente estudo por se tratar de um método quantitativo limitou a compreensão dos fatores com diferença significativa entre as duas categorias, podendo servir de base para um posterior estudo qualitativo pontual visando esclarecer tais achados.

Avaliar a percepção dos diferentes públicos, neste caso dos servidores federais, é de importância ao dimensionar o resultado das ações que vem sendo desenvolvidas nos serviços de saúde, servindo como base para o desenvolvimento de estratégias/planejamento do sistema, a fim de suprir as lacunas existentes e dinamizar a prática cotidiana. Incentivar e aprimorar a pesquisa de satisfação como ferramenta de gestão, além de viabilizar a promoção de melhorias, também poderá contribuir para monitorar o desempenho das ações ao longo do tempo. Mesmo sabendo que a percepção é subjetiva, almeja-se um sistema de saúde público em que todos se sintam totalmente satisfeitos ao utilizá-lo.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G.V. **A saúde no Brasil, cartografias do público e do privado**. 1. ed. Campinas: Sindimed/Hucitec, 2006.
- BERMAN, P. Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. **Bulletin of the WHO**, v. 78, n. 6, p. 791-802, 2000.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores e dados básicos, 2005**. Disponível em: <[http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333/03. **Coletânea de Normas para o Controle Social no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297p.
- CONILL, E. M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.5, p. 1501-1510, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997, p. 29-47.
- COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p. 907-923, 2002.
- COTTA, R. M. M. et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 745-766, 2008.
- CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

DINSDALE G. B et al. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. **Cadernos ENAP**, Brasília, v. 20, 2000.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica –definición y métodos de evaluación. **La Prensa Mexicana**, México, D.F., 1984.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

ESPIRIDIANO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 303-12, 2005.

ESPIRIDIANO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 6, p. 1267-1276. Jun, 2006.

FEUERWERKER, L. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p. 489-506, set/dez 2005.

GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 155-164, maio/ago, 2003.

GOVERNO FEDERAL; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Sistemas de Indicadores de Percepção Social**, 2011. Disponível em: http://moodleinstitucional.ufrgs.br/file.php/15407/Brasil-IPEA_-_Percepcao_Social_SUS_-_2011.pdf. Acesso em: 30 jan. 2012.

GUEDES, D. G. M.; GARCIA, T. R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 40-9, 2001.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 dez. 2011.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>>. Acesso em: 26 dez. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA **Pesquisa de opinião pública sobre a saúde pública**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pesquisas>>. Acesso em: 26 dez. 2011.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

JESUS, P. B. R; CARVALHO, D. V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde: uma contribuição da enfermagem. **REME**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1-2, p. 48-56, 2002.

KING, I. M. **A Theory for Nursing**. Systems, Concepts e Process. United States of America: Wiley Medical Publication, 1981.

KING, I. M. **Enfermería como Profesión**. Filosofía, Principios y objetivos. México: Limusa, 1984.

KOTAKA, F.; PACHECO, M. L.; HIGAKI, Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública** v. 31 n. 2 p. 171-177, 1997.

KOTLER, P. **Administração de Marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1996. 676p.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MATEOS, M. et al. Differences in patient satisfaction by gender in users of hospitals in the Cantabrian Health Service. **Rev Calid Asist.**, Barcelona, v. 24, n. 3, p. 104-108, 2009.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2010.

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, v. 44, n. 3, p. 766-773, 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MURRAY C. J. L., KAWABATA K., VALENTINE N. People's Experience Versus People's Expectations. Satisfaction measures are profoundly

influenced by expectations, say these WHO researchers. **Health Affairs**, v. 20, n. 3, p. 21-24, 2001.

OLIVEIRA, M. R.; PALHA, P. F. – Prevenindo a doença ou promovendo a saúde? O discurso dos trabalhadores da saúde do nível médio e elementar nas equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 100-111, maio/ago. 2004.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**, 2005. Disponível em:
<http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.rtf > Acesso em: 06 dez. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA. Disponível em:
<<http://www.uruguaiana.rs.gov.br>>. Acesso em: 06 dez. 2011.

RONCALLI, A. G. O. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a consequência do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, C. A. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. São Paulo: Artmed, 2003. p.28-49.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995.

SANTOS, N. R. Ética social e os rumos do SUS. Conassem, 2004.
Disponível em:
<<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334#>>. Acesso em: 06 dez. 2011.

SHAW C. D. Introducing quality assurance. **Kings Fund**. Project paper, n. 64, Londres, 1986.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1561-1569. nov/dez, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 10 n. 3, p. 599-613, 2005.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998.

VUORI H. Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? **Quality Review Bulletin**, v. 13, p. 106-108, 1987.

WILLIAMS, B.. Patient Satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 4, p. 509-16, 1994.

ZANETTI, M. L. et al. Satisfação do paciente diabético em segmento em um programa de educação em diabetes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15 n. 4, 583-589. Jul/ago, 2007.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Sou estudante do curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estou realizando uma pesquisa sob supervisão do professor Ronaldo Bordin, cujo objetivo é descrever o grau de satisfação dos servidores (professores e técnicos administrativos em educação) de uma Universidade federal quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua participação envolve responder a uma entrevista estruturada, tendo duração aproximada de 10 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora pelo fone (55) 9694-6903.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da atividade proposta, resguardando a autora do trabalho a prioridade intelectual das informações geradas e expressando minha concordância com a divulgação pública dos resultados.

Uruguaiana,.....de.....de 20.....

Pesquisadora
Marcele M.F.

Participante da pesquisa

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDADE:..... anos.

SEXO: (1) Masculino (2) Feminino

CATEGORIA PROFISSIONAL: (1) Professor (2) TAE

1) VOCÊ POSSUI PLANO DE SAÚDE (Ex.: Unimed, Golden Cross, etc)?

não sim

2) VOCÊ UTILIZOU SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS?

não sim. Especifique:.....

3) SE SIM, POR QUAL MOTIVO:

livre escolha urgência e emergência plano ambulatorial, sem cobertura

hospitalar plano hospitalar, sem cobertura ambulatorial

Outro. Especifique:

Marque com um "x" no espaço que corresponde melhor o seu grau de satisfação quanto ao atendimento realizado por serviços integrantes do Sistema Único de Saúde.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente ou sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
4) Ambiente limpo e organizado					
5) Ambiente espaçoso, com acomodações para espera					
6) Medicamentos suficientes					
7) Equipamentos novos utilizados no atendimento					
8) Material de consumo (agulhas, material de coleta, receituários, etc) suficientes para o atendimento					
9) Agilidade no atendimento na recepção					
10) Informação correta no balcão					
11) Informação correta por telefone					

12) Organização no agendamento das consultas					
13) Tempo de espera na fila para agendar consultas na unidade					
14) Possibilidade de agendar consultas sempre que necessário					
15) Possibilidade de encaminhamento para outra instituição sempre que necessário					
16) Facilidade de acesso à Unidade Básica de Saúde					
17) Horários respeitados pelos médicos					
18) Médico comparece à consulta					
19) Acompanhamento através de prontuário médico ou fichas onde são anotadas as informações do usuário					
20) Atendimento dos funcionários da recepção					
21) Atendimento dos funcionários do setor administrativo					
22) Atendimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem					
23) Atendimento dos médicos					
24) Tempo do atendimento médico (consultas)					
25) Comunicação do médico com o paciente					
26) Oferta de opções de tratamento por parte do médico					
27) Qualidade dos serviços prestados					

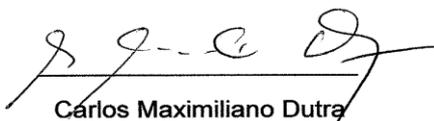
28) Avaliação Geral da consulta					
---------------------------------	--	--	--	--	--

ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Uruguaiana, 12 de dezembro de 2011.

Prezados Senhores,

Declaro através do presente, autorizada a realização da pesquisa pela aluna Marcele Machado Finamor junto aos servidores da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA Campus Uruguaiana. A pesquisa é requisito para o trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS), tendo como objetivo descrever o grau de satisfação dos servidores (professores e técnicos administrativos em educação) quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), sob orientação do Prof. Dr. Ronaldo Bordin.



Carlos Maximiliano Dutra
Diretor da Unipampa/Campus Uruguaiana

Carlos Maximiliano Dutra
DIRETOR
Universidade Federal do Pampa
CAMPUS URUGUAIANA

ANEXO 4 - ENCAMINHAMENTO PARA O COMITÊ DE PESQUISA DA UFRGS

<https://www.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pesquisador/forms> Sistema Pesquisa - Pesquis... X

Pesquisador: Ronaldo Bordin [Sair](#)

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 22456
Título: GRAU DE SATISFAÇÃO DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA QUANTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Área do Conhecimento: Saúde Pública

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 servidores (professores e técnicos administrativos em educação) de uma Universidade federal quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivos Específicos - Identificar a frequência de utilização de serviços próprios do Sistema Único de Saúde pelos servidores; - Sistematizar o grau de satisfação, segundo categoria profissional de professores e técnicos administrativos em educação, quanto à estrutura, processo e resultado do serviço empregado.

Palavras-Chave

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

Equipe UFRGS

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

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

Nome: Marcelle Machado Finamor
Participação: Pesquisador
Início: 01/08/2011

Anexos

Projeto Completo
Data de Envio: 07/02/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Medicina - Encaminhado

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

00:15
 07/02/2012

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Comissão de Pesquisa**

PARECER

Título do projeto: GRAU DE SATISFAÇÃO DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA QUANTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Coordenador: Ronaldo Bordin

Participantes: Cheila Denise Ottonelli Stopiglia, Marcele Machado Finamor

O projeto tem por objetivos descrever o grau de satisfação dos servidores (professores e técnicos administrativos em educação) de uma Universidade federal quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS); identificar a frequência de utilização de serviços próprios do Sistema Único de Saúde pelos servidores; sistematizar o grau de satisfação, segundo categoria profissional de professores e técnicos administrativos em educação, quanto à estrutura, processo e resultado do serviço empregado.

Será realizado um estudo quantitativo, descritivo. A amostra será formada por 25 professores e 25 técnicos administrativos em educação, de um total de 102 e 78, respectivamente. Trata-se de amostra de conveniência, que se encerrará quando o total de instrumentos for respondido.

Cronograma e orçamento estão adequados.

Apresenta termo de consentimento livre e esclarecido e concordância da instituição.

Desta forma, a Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina opina pela aprovação do projeto e encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

**Prof. Dr. Edison Capp
Coordenador COMPESQ/FAMED/UFRGS**