

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA COM O
SUS – ANÁLISE MULTINÍVEL DA PESQUISA DA OUVIDORIA**

Lúcia Gimenes Passero

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre, abril de 2013.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA COM O
SUS – ANÁLISE MULTINÍVEL DA PESQUISA DA OUVIDORIA**

Lúcia Gimenes Passero

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Gimenes Passero, Lúcia

Insatisfação do Usuário da Atenção Básica com o SUS
- Análise Multinível da Pesquisa da Ouvidoria / Lúcia
Gimenes Passero. -- 2013.

102 f.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2013.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Satisfação do
usuário. 3. Satisfação do paciente. 4. Ouvidoria. 5.
Avaliação em Saúde. I. Balbinot Hilgert, Juliana ,
orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Erno Harzheim, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker, Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Aline Blaya Martins, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MENSAGEM

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem
sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente mãe, pai e mana, pelo amor, exemplo de vida, apoio e entusiasmo com as conquistas.

Aos meus colegas e amigos, do mestrado e da Secretaria de Saúde de Sapucaia do Sul, pela coragem, aprendizado e trabalho militante no SUS.

Ao Jessye, Vanessa, Fernando e Luís, pela paciência, conhecimento e generosidade.

À minha querida orientadora Juliana, que, sábia e amorosa, me apoiou em todos os momentos desta jornada.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	07
Resumo	08
Abstract	10
1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	13
3. REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Atenção Primária à Saúde	16
3.2 História do SUS	17
3.3 Modelos de Atenção	22
3.4 Uso de serviços de saúde	28
3.5 Ouvidoria	29
3.6 Satisfação com serviços de saúde	31
4. OBJETIVO	45
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
6. ARTIGO	57
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
8. ANEXOS	86
a. Carta para Ouvidoria do SUS	87
b. Ficha das variáveis contextuais	88
c. Questionário da pesquisa telefônica	91

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CNS - Conferência Nacional da Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DOGES - Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NUPE - Núcleo de Pesquisa

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SPSS - Statistical Product and Service Solutions

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

RESUMO

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, ampliando o acesso com integralidade e equidade, tem demandado um esforço de avaliação permanente. Neste contexto, a avaliação do usuário é fundamental para garantir a qualidade e o alinhamento do Sistema com as expectativas da população. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores contextuais e individuais associados à satisfação dos usuários, que utilizaram a Atenção Básica, com o SUS como parte da pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Ouvidoria Geral do Ministério da Saúde. Este estudo transversal contou com população de 18.673 usuários do SUS, com 16 anos ou mais, de 62 municípios brasileiros. Os dados individuais foram coletados por meio de contato telefônico, selecionados aleatoriamente. Os dados contextuais dizem respeito às características de estrutura demográfica, investimento público em áreas sociais, condições econômicas, nível de desenvolvimento, características da rede pública de saúde, cobertura de Saúde da Família e resultados em saúde dos municípios e foram coletados das bases de dados públicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Foi realizada uma regressão logística multinível em dois níveis: individual e contextual. A prevalência de insatisfação foi de 63,4% (IC95%: 62,7-64,1). No modelo multinível final, as variáveis que mantiveram a significância estatística foram: a) Individuais: não ter sua demanda resolvida (OR 3,66 IC95%: 3,13-4,27); o tempo de espera para atendimento maior que 4 horas (OR 2,82 IC95%: 2,33-3,43); não ter sido atendido por uma equipe de Saúde da Família perto da moradia (OR 1,47 IC95%: 1,33-1,62); possuir ensino superior ou pós-graduação (OR

1,49 IC95%: 1,00-2,28); e idade entre 21 e 30 anos (OR 1,57 IC95%: 1,39-1,76); b) Contextuais: percentual da população alfabetizada (OR 1,07 IC95%: 1,03-1,19); renda per capita municipal (OR 0,89 IC95%: 0,79-0,99) e o número de unidades de saúde (OR 0,99 IC95%: 0,96-1,00). Este estudo é inédito e foi fundamental para compreender a visão do usuário da Atenção Básica sobre o Sistema público de Saúde do Brasil.

ABSTRACT

Developments in the Brazilian Unified Health System, including expanding access to care with comprehensiveness and equity, require permanent evaluation. In such context, user's evaluation is essential to assure quality of care and alignment of the health system with population's expectation. Thus, the aim of this study was to evaluate contextual and individual factors associated with the satisfaction of health system users, as part of the study carried out by the Ministry of Health Ombudsman. This cross-sectional study evaluated 18673 National Health System Users, aged 16 years or more, in 62 Brazilian municipalities. Individual data were collected through telephone interviews, following a random sampling. Contextual data included demographic structure characteristics, public investment in social policies, economic conditions, level of development, characteristics of public health services, Family Health coverage, and health results of the municipalities. Data were collected from databases of the Brazilian Institute of Geography and Statistics and from the Office for Support to Strategic Management of Health of the Ministry of Health. A multilevel logistic regression was carried out in two levels: individual and contextual. The prevalence of dissatisfaction was 63.4% (95% CI: 62.7-64.1). In the final multilevel model, the following variables kept statistical significance: a) individual: not having completed the proposed treatment (OR 3,66 IC95%: 3,13-4,27); waiting more than 4 hours to a consultation (OR 2,82 IC95%: 2,33-3,43); not being treated near home (OR 1,47 IC95%: 1,33-1,62); having university or post-graduate education (OR 1,49 IC95%: 1,00-2,28); age between 21 and 30 years (OR 1,57 IC95%: 1,39-1,76); b) contextual: percentage of literacy (OR 1,07 IC95%: 1,03-

1,19); municipal per capita income (OR 0,89 IC95%: 0,79-0,99) and number of health services (OR 0,89 IC95%: 0,79-0,99). This is a novel study and it was essential in order to understand users' visions on Brazilian Public Health System, contributing to system's management.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Satisfação do Usuário – Análise Multinível da Pesquisa da Ouvidoria do SUS”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 09 de agosto de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivo
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce com o compromisso de transformar a realidade da assistência à saúde no país de maneira a atender às necessidades da população com controle social, universalidade e equidade. Esta origem produziu um Sistema de Saúde hierarquizado e regionalizado que precisava ser estruturado de maneira que alcançasse cada brasileiro, na sua individualidade e diversidade, superando o modelo biomédico baseado na atenção hospitalar (Gerschman, 2004; Junqueira, 2009; Roncalli, 2003). Por óbvio que este imenso desafio continua a instigar a todos e os mais de trinta anos do SUS têm acumulado ganhos e retrocessos.

Um Sistema tão complexo e inovador precisa estar constantemente sendo avaliado e o processo de tomada de decisão deve ser coerente com os resultados destes achados. Neste contexto, a avaliação tem diversas finalidades, a saber: estratégica, quando auxilia o planejamento; formativa, melhorando a intervenção durante o seu curso; somativa, que serve para decidir se uma ação será mantida/modificada/interrompida partindo da análise dos seus efeitos apresentados em uma prestação de contas; transformadora, melhorando o bem estar coletivo pela ação de alavanca que a avaliação pode ter em relação a um problema e ainda a finalidade fundamental, que contribui para o conhecimento empírico e teórico sobre a intervenção, desenvolvendo e validando normas (Brousselle, 2011).

No Brasil, o movimento de racionalização das intervenções na Saúde vai ganhando corpo com o desenvolvimento dos Sistemas de Informação e acompanhamento de um elenco de indicadores para construção de linha de base para avaliar os programas de saúde e ampliação de cobertura. Esta tendência de

institucionalização da avaliação tem sido fomentada pelos grupos de pesquisa mais acadêmicos e, mais recentemente, também pelo Ministério da Saúde (MS) e demais gestores do SUS (Hartz, 2005). Porém, esta ocupação em planejar e avaliar sistematicamente tem garantido informações bastante técnicas e voltadas apenas a lógica dos profissionais da saúde, dialogando pouco com a satisfação dos usuários.

A satisfação é um conceito complexo, subjetivo, bastante pessoal e são relatadas diversas metodologias para avaliá-la sem que haja um consenso na literatura sobre o tema (Aspinal et al., 2003; Bolzan et al., 2012; Chile, 2009; Espiridião et al., 2006; Moimaz et al., 2010; Sixma et al., 1998; Wadhwa, 2002). Frequentemente a satisfação é entendida como a diferença entre expectativa e experiência de um indivíduo com o serviço (Assefa et al., 2011; Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Chile, 2009; Esperidião et al., 2006; Fitzpatrick et al., 1983; Novaes et al., 2010; Williams, 1994) o que reduziria o potencial desta informação como avaliadora na área da Saúde já que a expectativa dos usuários do SUS é relativamente baixa. Os autores também discutem se os usuários leigos, sem o conhecimento técnico sobre os procedimentos de cuidado e a legislação do SUS, teriam condições de contribuir com o processo avaliativo mais profundo do Sistema (Atkinson, 1993; Fitzpatrick et al., 1983; Wadhwa, 2002).

Porém, apesar da dificuldade em analisar a satisfação dos usuários, é fundamental incluir esta variável no rol de informações acompanhadas e analisadas. Isto porque a satisfação dos usuários é um fator bastante sensível à qualidade na Saúde, está associada ao maior uso e adequação dos serviços, maior vínculo entre paciente e equipe e melhor adesão ao tratamento proposto, servindo também como ferramenta de controle social (Aharony et al., 1993; Baron-Epel et al., 2001;

Bernhart et al., 1999; Bolzan et al., 2012; Chile, 2009; Johansson et al., 2002; Moimaz et al., 2010; Moraga et al., 2008; Sixma et al., 1998; Ware et al., 1983; Weiss, 1988; Zastowny et al., 1989).

Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar os fatores contextuais e individuais associados à insatisfação dos usuários, que utilizaram a Atenção Básica, quanto ao Sistema Único de Saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde

O conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) hoje utilizado tem sua formulação e divulgação na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, ocorrida na cidade de Alma Ata na década de 1970. A ideia central é fundamentada em cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, multiprofissional, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos e das famílias para melhorar o nível de saúde coletivo. A questão da participação ativa da comunidade, tanto no planejamento como na execução, também ganha corpo, como direito e dever dos povos, entendendo que as práticas de saúde envolvem serviços que guardem coerência com a rotina e cultura daquele grupo social, buscando desenvolvimento pessoal e comunitário. O debate também estabelece a necessidade de mudança na organização dos sistemas de saúde para que a APS representasse o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com a saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Os participantes da Conferência registraram que a desigualdade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento era uma preocupação comum e um desafio a ser enfrentado mundialmente tanto para a melhoria da

qualidade de vida como para a paz mundial (OMS/UNICEF, 1979).

Este consenso acaba ganhando status de recomendação pela Organização Mundial da Saúde, muito publicizado pela meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, e representa grande impacto na organização do setor saúde visto que considera a APS como um nível de atenção central e estruturante dos sistemas de saúde. Na prática, o compromisso e compreensão dos governos dos diversos países em torno destas propostas foram heterogêneos, o que gerou resultados diversos. Alguns países caminharam numa perspectiva mais ampliada, e existem evidências que obtiveram melhores resultados em saúde e uma melhor relação custo-benefício, outros aderiram a propostas de APS baseados em um pacote de intervenções de baixo-custo para a parcela da população mais pobre - APS seletiva - sem o mesmo êxito (Brasil, 2007; Cueto, 2004; OMS, 1991; Ribeiro et al., 2007; Starfield, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica (definida pela Portaria N. 2.488, de 21 de outubro de 2011) definiu que os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes considerando o debate atual no país. Desta forma, o Ministério da Saúde agregou aos conceitos norteadores deste nível de atenção que já estavam nas normativas do SUS desde a Constituição todo o referencial teórico internacional da APS (Brasil, 2007, 2012).

3.2 História do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases conceituais e organizativas foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, representou uma nova construção social e inédita representação do Estado brasileiro. A intensificação da

luta do Movimento Sanitário Brasileiro nas décadas de 1970 e 1980 e o processo de redemocratização vivenciado no país garantiu o ambiente social e político para a organização da nova forma de prestação de serviços em saúde, coerente com o modelo institucional-redistributivo, que pressupõe a garantia de bens e serviços a todos os cidadãos pelo governo estatal (Brasil 1990a, 1990b; Gerschman, 2004; Roncalli, 2003).

Esta ideia aproxima o acesso à saúde ao direito social e à cidadania plena porém, apesar dos avanços desde a aprovação do texto constitucional e suas Leis Orgânicas ainda convivemos com elementos típicos dos modelos de proteção social e o meritocrático-particularista. O modelo de proteção social compreende que a intervenção Estatal, temporária e pontual, deve ocorrer apenas quando nem a família nem o mercado deram conta de solucionar as demandas de sobrevivência (o clássico modelo liberal). O meritocrático-particularista estabelece que há necessidade de intervenção Estatal para corrigir o impacto das ações do mercado, como na proteção social de idosos e desempregados. Esta coabitação de modelos nas Políticas de Saúde também reflete o processo histórico de implementação descontinuado do SUS, com significativo subfinanciamento e contemporâneo ao esvaziamento dos movimentos populares da Saúde (Brasil 1990a, 1990b; Gerschman, 2004; Roncalli, 2003).

Além disso, é importante considerar que a disputa do privado versus público, que teve delineamento bastante importante em vários momentos da história recente do Brasil, representou atraso na regulamentação de alguns artigos constitucionais fundamentais, especialmente relacionados ao controle social e ao financiamento público do setor (Brasil 1990a, 1990b; Gerschman, 2004; Roncalli, 2003).

O ápice do Movimento Sanitário Brasileiro, a 8ª Conferência Nacional da

Saúde (8ª CNS), ocorrida no ano de 1986 em Brasília, contou com a participação de mais de quatro mil pessoas (representantes dos profissionais, da sociedade civil e dos partidos políticos) e foi fundamental para articular os atores sociais envolvidos na construção da ideia-força: saúde como direito de todos e dever do Estado. As pré-conferências municipais e estaduais mobilizaram a sociedade em torno da temática e garantiram o clima participativo e democrático fundamental a realização dos trabalhos da 8ª CNS. A saúde, tomada em seu sentido mais amplo, não é uma vida sem doença como um sonho inatingível e abstrato, na verdade, o conceito é muito mais revolucionário, pois propõe que o país enfrente cotidianamente suas mazelas para, neste caminhar militante, de conquista histórica, ser mais saudável. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Aqueles que participaram deste momento histórico do país tinham certeza da importância de superar um modelo de assistência em saúde com um histórico viés de investimento público pouco eficiente, nada transparente e muito centralizador. Sabiam que o privilégio aos interesses dos empresários da área médico-hospitalar prejudicavam o desenvolvimento de outras formas de organização do cuidado e que aquele modelo de Saúde caíra em descrédito junto à população (Brasil, 1986; Junqueira, 2009; Roncalli, 2003).

A também conhecida como Constituição Cidadã incorporou grande parte da construção teórica deste grupo de militantes e serviu como garantia jurídica-institucional para dar início ao conjunto de reformas importantes para a construção de um Sistema de Saúde descentralizado, hierarquizado, regionalizado, com direção única em cada esfera de governo, que garante atenção integral e participação direta

da comunidade. Estes princípios doutrinários e organizativos do SUS - universalidade, equidade e integralidade - ainda hoje servem como inspiração e desafio para a consolidação do Sistema (Brasil, 1990a, 1990b; Junqueira, 2009; Roncalli, 2003).

Neste contexto, o arcabouço legal do SUS garantiu a existência dos Conselhos e Conferências de Saúde com participação paritária de usuários como instâncias de participação popular, de caráter deliberativo, sobre os rumos das políticas de saúde nas três esferas de governo. Os Conselhos e Conferências de Saúde foram definidos como locus privilegiados de participação direta da sociedade, inovando a gestão pública da saúde através de maior transparência e responsabilidade, possibilitando protagonismos e autonomia dos sujeitos implicados e permitindo o exercício da cidadania ativa. O desenvolvimento do potencial deliberativo dos conselhos depende da capacidade dos envolvidos em articular forças, de mobilizar desejos e interesses e de superar as dificuldades burocráticas e instrumentais para desenvolver o movimento democrático de participação. O tensionamento entre os conselheiros governamentais e aqueles vinculados aos prestadores privados, para citarmos apenas um exemplo, precisa do tom da voz do usuário com vistas a construção de relações menos permissivas e mais comprometidas com a construção cotidiana do SUS universal, integral e equânime (Brasil, 1990b, 2006a; Côrtes, 2009; Gerschman, 2004; Ramos, 1996).

Os Conselhos não são a única forma de controle no setor Saúde, mas é o único espaço coletivo legítimo, presente nas três esferas de gestão do Sistema, com ampla participação comunitária, que mantém agenda permanente de disputa e conta com mais de três décadas de institucionalidade, fato este que possibilita a maturidade

necessária para atender aos seus importantes objetivos de formulação e controle da execução da Política de Saúde (Côrtes, 2009; Gerschman, 2004; Ramos, 1996).

Porém, a participação direta dos usuários nas decisões sobre a saúde através dos conselhos de saúde não é uma realidade homogênea ou efetiva no país. O isolamento dos conselhos e dos temas levados para a discussão e deliberação, uma necessária apropriação do discurso mais técnico sobre a legislação, o predomínio de representantes dos usuários com significativa menor escolaridade em relação aos demais setores representados e calendário exíguo para uma real apreciação de temas importantes são algumas das barreiras para o verdadeiro exercício do controle social. Além disso, a significativa desarticulação do movimento popular em saúde, se comparado ao vivenciado durante o Movimento Sanitário Brasileiro, o esvaziamento político das organizações comunitárias e a dificuldade de garantir representatividade dos usuários mais frequentes nos serviços tem dificultado que as demandas legítimas de quem usa os serviços de saúde possam ser o mote de mudança nas práticas (Brasil, 2006a, 2006e; Côrtes, 2009; Gerschman, 2004; Junqueira, 2009; Moimaz et al., 2010; Wendhausen et al., 2002).

Apesar da garantia de representação numericamente maior de usuários em relação aos gestores, prestadores e profissionais, o jogo de poder/saber imposto ao ritmo do Conselho tem colocado as representações mais genuínas dos usuários em um lugar de silenciamento no qual sua verdade quase nunca é pronunciada. A relação assimétrica de poder nos Conselhos de Saúde têm hipervalorizado as falas dos demais setores representados. Mesmo quando há o anúncio da defesa do interesse do usuário, nem sempre é a fala direta daquele que experiencia o cotidiano dos serviços de saúde e tem expectativas e desejos relativos aos mesmos. As interações nestes

espaços nem sempre são dialógicas prejudicando maiores níveis de apropriação da saúde, melhor entendimento da parte de todos conselheiros sobre os entraves mais relevantes para a construção democrática de soluções inovadoras e serviços de saúde usuário-centrados. Este distanciamento faz com que os próprios usuários dos serviços nem sempre relatem a dificuldade de terem o espaço do controle social fortalecido como um problema ou um elemento gerador de insatisfação com o Sistema e os serviços de saúde (Côrtes, 2009; Gerschman, 2004; Junqueira, 2009; Moimaz et al., 2010; Wendhausen et al., 2002).

3.3 Modelos de Atenção

Importantes publicações normativas do Ministério da Saúde conceituam modelo de atenção como o sistema lógico que organiza o funcionamento da rede de atenção, em seus mais diversos aspectos (recursos físicos, tecnológicos, humanos, etc.) articulando as ofertas assistenciais. O modelo de atenção está também diretamente relacionado à forma como a sociedade visualiza o processo saúde/doença sendo importante analisador do valor da vida e das relações humanas de uma cultura (Brasil, 2010a, 2011a; Cecílio, 1997; Mendes, 2011; Morosini, 2007; Silva Junior, 1998).

Nestas últimas décadas, tem-se afirmado constantemente que é fundamental uma reconfiguração do modelo atual de atenção visto que este - por estar muito centrado nas ações curativas, no trabalho médico, nas abordagens individuais e dimensionado a partir da oferta e não da necessidade/demanda de saúde da

população - estaria inadequado para o enfrentamento dos desafios sanitários atuais e futuramente seria insustentável (Brasil, 2010a, 2011a; Cecílio, 1997; Mendes, 2011; Morosini, 2007; Silva Junior, 1998).

Neste contexto, um modelo de atenção desejável deve ser capaz de interferir nos determinantes da saúde - sejam aqueles mais relacionados com o padrão de consumo e estilo de vida, sejam os associados à urbanização acelerada e ao cenário político e econômico (Mendes, 2011). Sabe-se que o comportamento individual é bastante limitado pelas condições ambientais e estas acabam tendo peso muito maior na saúde das pessoas. A pobreza, para ficarmos em um dos exemplo mais clássicos dos determinantes sociais da saúde, está diretamente vinculada à maior carga de doenças e menor expectativa de vida. Esta correlação pode ser explicada pela linha da pobreza absoluta (a falta do mínimo para suprir as necessidades humanas básicas), pela corrente da pobreza relativa (que valoriza o impacto de ser mais pobre do que a maioria da sociedade ou viver com menos de 60% do que o rendimento mediano nacional) e pelo significado social de ser pobre, excluído e estigmatizado que também é fundamental para o adoecimento (Wilkinson et al., 2003).

No Brasil, a Saúde da Família é reconhecida e anunciada como a principal estratégia de mudança do modelo hegemônico da Saúde. Isto porque, para além de ser uma proposta de reorganização da APS no país, a implantação da Estratégia tenciona a relação com os demais pontos de atenção provocando modificações de microestrutura no trabalho da equipe, aproximando as ofertas assistenciais da população e dos determinantes sociais (Brasil, 2010a, 2011a; Junqueira, 2009; Mendes, 2011; Morosini, 2007). Além disso, no processo de descentralização do Sistema de Saúde, os municípios precisaram assumir uma grande carga de

responsabilidades sem o proporcional repasse financeiro esperado e a atenção básica, bastante impulsionada pela Saúde da Família, passou a ser fundamental pela melhor relação custo-benefício (Brasil, 2010a, 2011a; Junqueira, 2009; Morosini, 2007).

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional da Atenção Básica que confirma o compromisso com um nível de atenção com base no exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no processo histórico de saúde e de vida da população. Neste mesmo documento, fica clara a relação entre as ações, individuais e coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e considera o uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006b).

Nesta linha, a Estratégia Saúde da Família, criada pelo Ministério da Saúde em 1994 como Programa, vem se consolidando como estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorize ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da corresponsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, rompendo com um comportamento mais passivo dos profissionais das unidades básicas de

saúde, entendendo o indivíduo como singular e integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e com os atributos da APS. A Saúde da Família, além de ter um importante lastro de orientações e parâmetros para organização do cuidado, vem servindo como dispositivo para implementar fundamentos constitucionais do SUS de melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição dos recursos no Setor com melhor relação custo-efetividade (Brasil, 2006 c, 2007, 2012).

As equipes de Saúde da Família são compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) suficientes para acompanhar no máximo quatro mil habitantes sendo que cada agente deve estar vinculado a até setecentos e cinquenta usuários. Os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal) podem compor a equipe da Estratégia sendo referência para uma ou duas equipes de Saúde da Família conforme a decisão do gestor municipal. Mesmo que ainda em tom de recomendação, o Ministério da Saúde indica que cada equipe de saúde bucal (ESB) esteja vinculada a apenas uma equipe de saúde da família, compartilhando o cuidado da mesma população adscrita e responsabilidade sanitária pelo mesmo território. O gestor federal também se responsabiliza pela aquisição do equipo odontológico para cada ESB implantada em mais uma demonstração da aposta nacional pela inserção maciça da odontologia como parte das equipes de atenção primária (Brasil, 2006b, 2012).

Estudos brasileiros demonstram que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) conseguiram estruturar seu processo de trabalho a ponto de darem atenção oportuna a uma significativa gama de perfis de busca, aproximando a

Estratégia brasileira dos princípios da APS. Há um direcionamento para que as consultas sejam agendadas em até 30 dias e em muitas experiências quase metade ocorre em até 7 dias. Além disso, as ESF também conseguem garantir espaço nas agendas para os atendimentos no mesmo dia para aqueles usuários que apresentam necessidades mais urgentes mesmo mantendo a maior parte da sua força de trabalho focada nas atividades programadas específicas, como os grupos terapêuticos e de promoção de saúde para grupos determinados, como mulheres, crianças, portadores de hipertensão e diabetes (Santiago et al., 2013).

A atuação específica dos ACS é anterior à Saúde da Família. Em 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para ser um elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e, ainda hoje, a contratação dos Agentes é estimulada pela capacidade de servir como disparador da reorganização da APS e gradual implantação da Estratégia Saúde da Família. Um dos requisitos básicos para a seleção dos ACS é a obrigatoriedade dele residir na sua área de atuação, esta é uma das mais importantes estratégias de vinculação e longitudinalidade do cuidado visto que o Agente tem um duplo compromisso, com a equipe e as famílias. Esta especificidade faz do trabalho do ACS um potente articulador das ações de saúde no território estimulando maior orientação comunitária para o cuidado (Brasil, 2012; Fachini et al., 2006).

Um aspecto a ser considerado é a importante incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde na comunidade, um estudo realizado em Recife demonstra que quase 23% das consultas foram agendadas pelos ACS, sem a necessidade da ida até a Unidade de Saúde da Família (USF) pelo usuário. Os autores refletem que, apesar de um possível desvio do trabalho dos ACS mais focado nas atividades de

promoção e prevenção à saúde, este resultado também representa a resolutividade da atuação dos Agentes quando percebem os problemas de saúde dos usuários (Santiago et al., 2013).

Considerando estas características, fica evidente que uma grande cobertura das ações de Atenção Primária em Saúde, principalmente organizada conforme a Estratégia Saúde da Família estabelece uma relação muito mais próxima das famílias com a saúde e todo o poder público, sendo fundamental para a institucionalização de serviços de saúde orientados para APS no Brasil. Atualmente, a Estratégia Saúde da Família alcançou níveis significativos de implantação, com cobertura de mais da metade da população brasileira, a melhoria dos indicadores de saúde e a redução de desfechos significativos como mortalidade infantil e internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde, comprovando sua efetividade e superação de iniquidades (Aquino et al., 2009; Brasil, 2008, 2006c, 2012; Fachini et al., 2006; Guanais et al., 2009; Macinko et al., 2006, 2007; Mendonça, 2009; Rocha et al., 2008).

Neste contexto, desde a década de 1990, o Ministério da Saúde investe maciçamente em ampliar a cobertura da Estratégia e produzir consensos que identifiquem os princípios da Atenção Básica as equipes que se organizam conforme o modelo da ESF. Nos últimos anos percebe-se claramente uma maior preocupação dos gestores do Sistema Único de Saúde em avaliar o desempenho destas equipes, fortalecer uma cultura de monitoramento dos resultados e estimular a orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários. Um importante feito neste sentido ocorre em julho de 2011 com o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que propõem

nova estratégia de aprimoramento da APS no país articulando repasse de recurso financeiro complementar conforme o desempenho das equipes e considera a satisfação do usuário, recolhida através de entrevista presencial na Unidade, como um dos elementos fundamentais para a avaliação da equipe (Brasil, 2004, 2006c, 2007, 2008, 2011b, 2012).

3.4 Uso de serviços de saúde

Um recorte importante é a necessidade de ampliação, qualificação e adequação permanente das ofertas assistenciais de maneira que a população utilize cada vez mais o Sistema de Saúde provocando assim um movimento cíclico de desenvolvimento para o uso e uso para o desenvolvimento dos serviços. Um dos fatores diretamente relacionados à maior utilização do serviço de saúde é a satisfação do usuário (Atkinson, 1993; Esperidião et al., 2006; Sixma et al., 1998) de forma que é imperativo o investimento nas estratégias de avaliação de serviços de saúde que considere este elemento.

Na construção das estratégias de marketing das empresas privadas, inclusive na área da Saúde, a satisfação do cliente e a qualidade percebida são fatores fundamentais para a chamada retenção ou lealdade do cliente. Neste sentido, a satisfação do usuário é uma medida de desempenho organizacional fundamental para manter a liquidez financeira da empresa em um cenário de grande competitividade de mercado (Milan et al., 2005; Rossi et al., 1998).

Ademais, a inclusão da satisfação do usuário como mais um elemento de

avaliação de desempenho dos serviços e dos profissionais no sentido de guiar a tomada de decisão na saúde parece ser bastante acertada visto que ela é sensível à qualidade dos serviços, está associada ao estabelecimento de vínculo mais duradouro entre profissionais e usuários, maior adesão ao tratamento proposto (Bolzan et al., 2012; Chile, 2009; Moimaz et al., 2010; Sixma et al., 1998; Ware et al., 1983; Weiss, 1988) e capacidade de servir como instrumento potente de controle social e participação comunitária (Bolzan et al., 2012; Chile, 2009; Esperidião et al., 2006).

3.5 Ouvidoria

No Brasil, a ouvidoria foi implantada, pelo setor privado e logo seguido pelo público, na área da saúde ainda na década de 1980. Procurando seguir os princípios da independência, acesso/objetividade, legitimidade/legalidade e implementação das ações, os ouvidores atuam para a excelência assistencial através da aproximação de quem toma as decisões e quem utiliza os serviços e produtos (Brasil, 2006d; Norões, 2002).

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, chamada de ParticipaSUS, foi instituída por portaria ministerial em 2007 e, reafirmando os pressupostos da Reforma Sanitária, procurou valorizar diversos mecanismos de participação popular. A Política coloca que o protagonismo do usuário é essencial para a qualidade dos serviços e o aprimoramento da gestão do SUS e, para tanto, potencializa os espaços formais de interação – Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social, Monitoramento e Avaliação da Gestão, Auditoria e Ouvidoria. O

ParticipaSUS estimulou que cada esfera administrativa implantasse Ouvidoria própria mas interligada com a Ouvidoria Geral do SUS (Brasil, 2006d, 2007, 2010b).

Em 2003, o Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (DOGES) foi criado integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde que acumulava a competência de formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, buscando a descentralização e a cooperação com entidades de defesa dos direitos dos cidadãos. O Departamento ficou responsável por receber denúncias, reclamações, solicitações, perguntas, sugestões ou elogios dos usuários por telefone, carta, e-mail ou atendimento presencial; assegurando os aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade. Cada manifestação é analisada e encaminhada ao órgão competente para produção de uma resposta direta para o usuário no sentido da solução e/ou informação. Desta forma, o DOGES tem sido um canal democrático de estímulo à participação social, disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores do SUS (Brasil, 2006c, 2010b, 2011c).

Mais recentemente, a Ouvidoria do SUS também tem atuado de forma ativa, buscando o usuário para produção de informação como subsídio de tomada de decisões e estratégia de aproximação e empoderamento social. Estas ações podem ser feitas tanto através de visitas dos ouvidores aos serviços para acompanhar o funcionamento do estabelecimento e facilitar as soluções, como através de pesquisas para conhecer as principais demandas e o nível de satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde. Para dar conta desta competência, foi instituído um Núcleo de Pesquisa (NUPE) no DOGES para garantir a viabilização e coordenação de estudos para produção de conhecimento para subsídio da formulação da Política de Saúde a

pedido do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, pelas Secretarias do MS e ainda aquelas de interesse da própria Ouvidoria Geral do SUS (Bolzan et al., 2012; Brasil, 2011c; Norões, 2002).

3.6 Satisfação com serviços de saúde

Na literatura especializada sobre o tema da satisfação do usuário dos serviços de saúde, uma teoria muito utilizada é a da discrepância entre a expectativa (prévia) e a experiência concreta com o serviço de saúde. Desta forma, quanto menor a expectativa, mais facilmente ocorre a superação desta aspiração conquistando assim alto nível de satisfação mesmo sem uma elevada qualidade assistencial (Assefa et al., 2011; Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Chile, 2009; Esperidião et al., 2006; Fitzpatrick et al., 1983; Gouveia et al., 2005; Rossi et al., 1998; Williams, 1994). Ainda podemos citar as teorias da atitude, realização e equidade que trazem o enfoque mais acadêmico e são advindas da psicologia social, especialmente de origem americana, que podem explicar a satisfação do usuário. A teoria da atitude entende satisfação como um posicionamento do indivíduo frente ao serviço/produto recebido. A da realização explica satisfação pela diferença entre o que é esperado e o que é obtido, quase que independentemente da experiência com o serviço. E a da equidade que traz uma abordagem social em que satisfação está relacionada aos ganhos/perdas individuais em comparação aos demais usuários (Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Chile, 2009; Esperidião et al., 2006; Williams, 1994).

Como, em alguns casos, a expectativa do usuários é um fator confuso, ou

porque não existe uma expectativa ou porque a expectativa é bastante incerta e vai mudando ao longo do tempo e do acúmulo de experiências com os serviços de saúde (Sixma et al., 1998), alguns autores sugerem o uso da motivação para a procura do atendimento como um elemento de análise o conceito de sua satisfação. Este é um exercício interessante, pois os profissionais de saúde costumam oferecer um determinado cardápio de ações partindo da premissa de que conhecem a necessidade de saúde do usuário sem nunca, de fato, ter questionado (Atkinson, 1993).

Como a satisfação dos usuários de serviços de saúde é um fator multidimensional, subjetivo e muito mais centrado no indivíduo do que nas características dos serviços e dos profissionais provedores do cuidado, fatores psicossociais tem grande importância no desfecho (Espiridião et al., 2006; Sixma et al., 1998). Para outros, a satisfação é um estado de disposição, relativamente estável mas maleável, resultado das experiências acumuladas que orienta genericamente a disposição individual para os encontros futuros entre o usuários e os serviços, produtos e profissionais da Saúde (Fitzpatrick et al., 1983; Rossi et al., 1998; Sixma et al., 1998).

A literatura especializada demonstra que as características individuais tem peso muito forte na predição da satisfação do usuário. Além disso, os autores que estudaram o uso dos serviços e a satisfação do usuário frequentemente relacionam as mesmas variáveis individuais para análise, comumente: gênero, idade, escolaridade, raça/etnia e condições socioeconômicas (Assefa et al., 2011; Aspinal et al., 2003; Atkinson, 1993; Bolzan et al., 2012; Chile, 2009; Esperidião et al., 2006; Esperidião, 2006; Moimaz et al., 2010; Pinheiro et al., 2006, 2002; Qatari et al., 1990; Sixma et al., 1998; Ware et al., 1983; Weiss, 1988).

De maneira consistente, os estudos mostram que os mais idosos são os mais satisfeitos com os serviços de saúde (Assefa et al., 2011; Aspinal et al., 2003; Brandão et al., 2013; Espiridião et al., 2006; Fitzpatrick et al., 1983; Pinheiro et al., 2006; Santiago et al., 2013; Sixma et al., 1998). A idade parece ser a variável mais importante associada à satisfação, tanto em relação às condições oferecidas pelo serviço como em consideração ao trabalho executado pela equipe e os autores inferem que os idosos, além de terem expectativas mais baixas em relação aos serviços de saúde (Aspinal et al., 2003; Brandão et al., 2013; Espiridião et al., 2006; Fitzpatrick et al., 1983; Pinheiro et al., 2006; Santiago et al., 2013; Sixma et al., 1998), são melhor tratados pelos profissionais de saúde (Aspinal et al., 2003).

Mesmo que não seja tão fortemente identificada na literatura internacional, a escolaridade aparece como importante variável preditora do nível de satisfação com os serviços de saúde no Brasil, isto é, quanto mais baixa a escolaridade, maior é a satisfação do usuário (Assefa et al., 2011; Brandão et al., 2013; Espiridião et al., 2006; Santiago et al., 2013).

A renda está relacionada inversamente à satisfação dos usuários com os serviços de saúde (Espiridião et al., 2006; Fitzpatrick et al., 1983). Apesar deste achado ser bastante consistente na literatura, Novaes et al., 2010 identificaram que o nível de satisfação de famílias atendidas pelas equipes de Saúde da Família de Brasília aumenta proporcionalmente à renda do usuário entrevistado. Na discussão, os autores sugerem que o comportamento desta variável pode estar relacionado ao maior nível de compreensão das atividades ofertadas pela equipe pelos usuários de maior escolaridade (Novaes et al., 2010).

Em revisão crítica do referencial teórico, normalmente não se encontra

associação entre a variável sexo e a satisfação com os serviços de saúde (Brandão et al., 2013; Espiridião et al., 2006). De qualquer forma, as mulheres acessam muito mais os serviços de saúde, especialmente para realizar promoção e prevenção, sendo mais aptas ao fazerem críticas e sugestões aos profissionais e gestores. Também são as mulheres que mais acompanham as crianças e os idosos e conseguem identificar de maneira mais clara os problemas e deficiências do Sistema (Espiridião et al., 2006; Pinheiro et al., 2002).

Variáveis relacionadas ao próprio usuário, como o entendimento da sua saúde e a satisfação geral com outros aspectos da vida, pôde ser relacionada a mais de 90% da força de predição da sua satisfação com a Saúde (Sixma et al., 1998).

Além destas características mais comuns nos estudos sobre o tema, observamos também que os usuários menos saudáveis, com uma carga de doenças crônicas e histórico de sintomas desconfortáveis e limitações, são os mais insatisfeitos com os serviços. Este achado se relaciona profundamente com todas as questões subjetivas de qualidade de vida destes usuários e reflete o caráter pessoal e íntimo da construção da satisfação (Sixma et al., 1998).

Outro aspecto digno de nota é que o processo de cuidado e a capacidade dos profissionais em humanizar este momento é tão ou mais importante para a satisfação do usuário do que especificamente a habilidade técnica do profissional e o resultado final do tratamento ou procedimento como o alívio dos sintomas desagradáveis ou penosos e a cura (Aspinal et al., 2003; Fitzpatrick et al., 1983; Gouveia et al., 2005; Sixma et al., 1998; Wadhwa, 2002).

Outro elemento considerável para a satisfação dos usuários é a adequação da rotina dos serviços às suas necessidades e expectativas, como organização da agenda

de atendimentos de maneira a garantir o tempo adequado para a consulta (Aspinal et al., 2003; Atkinson, 1993; Chile, 2009; Fitzpatrick et al., 1983; Gouveia et al., 2005; Hercos et al., 2006; Sixma et al., 1998), maior tempo de visita dos familiares e amigos aos pacientes internados (Assefa et al., 2011; Aspinal et al., 2003; Gouveia et al., 2005), informações disponíveis sobre outros recursos terapêuticos e de diagnóstico, transparência sobre quais serviços/recursos são custeados pelo plano de saúde e a possibilidade de participar ativamente na tomada de decisões clínicas (Aspinal et al., 2003; Gouveia et al., 2005).

Neste sentido, o fato do usuário reconhecer uma alta credibilidade do profissional ou do serviço na comunidade também contam muito pesadamente para a sua satisfação a despeito de outros fatores mais relacionados à qualidade técnica do serviço (Sixma et al., 1998).

Apesar do grande número de estudos que procuram relacionar satisfação dos usuários com fatores determinantes contextuais, considerando que indivíduos residentes em um mesmo bairro ou mesma unidade da federação estão submetidos ao mesmo contexto relativos ao acesso, distribuição e perfil da oferta fatores socioculturais, etc., tem tendência a serem mais semelhantes em relação ao uso e percepção sobre os serviços, os resultados ainda são pouco consistentes para a maioria deles (Aspinal et al., 2003; Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Chile, 2009; Espiridião et al., 2006; Pinheiro et al., 2006).

Pela proximidade teórica entre o uso e a satisfação, podemos inferir que as variáveis de contexto utilizadas em publicações relativas à utilização do serviço de saúde podem contribuir para a compreensão da temática objeto desta pesquisa. Comumente encontramos as variáveis: taxa de pobreza, taxa de analfabetismo, razão

de dependência total, razão de renda, taxa de desemprego, cobertura de água tratada, cobertura de coleta de lixo, número de profissionais/médicos/dentistas por habitante, número de atendimentos/consultas por habitante, número de equipamentos odontológicos/leitos/recursos de diagnóstico por habitantes, cobertura de vacinas, gasto médio em saúde por habitante, proporção de atendimento básico do total de atendimentos prestados e gasto médio das internações SUS (Atkinson, 1993; Bolzan et al., 2012; Chile, 2009; Esperidião et al., 2006; Esperidião et al., 2006; Moimaz et al., 2010; Pinheiro et al., 2006, 2002; Sixma et al., 1998; Ware et al., 1983; Weiss, 1988; Wilkinson et al., 2003).

Em estudo de base nacional comparando o acesso aos serviços odontológicos no Brasil no ano de 1989 e 2003, todas as variáveis individuais apresentaram associação estatisticamente significativa e os autores encontraram os maiores percentuais de pessoas que nunca consultaram com o dentista no grupo dos homens, de raça não-branca, com menor escolaridade, mais pobres, que não possuíam plano de saúde e que residiam na região rural (Pinheiro et al., 2006).

Em estudo de base nacional, o fato de ser usuário exclusivo do SUS envolveu um menor grau de satisfação com o atendimento recebido embora a composição das variáveis preditoras da insatisfação fossem os mesmos entre os clientes de convênios de saúde e pacientes pagantes diretos. Esta pesquisa considerou a opinião de indivíduos que haviam sido hospitalizado ou recebido atendimento ambulatorial e os autores consideraram que a expectativa da população está bastante alta em relação aos serviços de saúde, independentemente da sua classe social (Gouveia et al., 2005).

Características dos serviços como maior grau de urbanização do bairro e condições de acessibilidade (Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Espiridião et al.,

2006; Gouveia et al., 2005; Santiago et al., 2013; Sixma et al., 1998), conforto (Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Espiridião et al., 2006; Gouveia et al., 2005; Santiago et al., 2013; Sixma et al., 1998), limpeza e conservação dos equipamentos são motivo de nota quando o tema é satisfação com os serviços (Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Gouveia et al., 2005; Santiago et al., 2013; Sixma et al., 1998).

A dificuldade dos municípios de pequeno porte para garantir recursos humanos qualificados é outro ponto importante que interfere na satisfação da população. A baixa resolutividade da Atenção Básica (AB) e a deficiência de profissionais nos serviços especializados gera maior tempo de espera e são motivos de baixo grau de satisfação dos usuários do SUS. Além deste aspecto, a contratação de profissionais sem a devida qualificação e perfil para a atividade é percebida pelo usuário, que muitas vezes relata a dificuldade de relacionamento, baixo comprometimento, não cumprimento da carga horária, não responsabilização pelos problemas de saúde da população e acolhimento pouco humanizado (Brasil, 2007; Moimaz et al., 2010).

Quando questionados sobre a satisfação com o trabalho dos profissionais e a infraestrutura dos serviços, de maneira geral, os usuários estão mais satisfeitos com os primeiros (Assefa et al., 2011; Santiago et al., 2013). Características das equipes como paciência para escutar com atenção, o cuidado e detalhamento de exame físico, o direito à confidencialidade das informações, a gentileza, dignidade, cortesia, confiança nos profissionais, quantidade e qualidade da informação repassada ao usuário, a efetividade dos tratamentos propostos, a continuidade do cuidado, o fato do usuário ser reconhecido pelos trabalhadores e ter enfermeiro disponível na Unidade estão relacionadas a mais altos níveis de satisfação dos usuários (Assefa et

al., 2011; Chile, 2009; Espiridião et al., 2006; Gouveia et al., 2005; Hercos et al., 2006; Moraga et al., 2008; Santiago et al., 2013). Outro achado importante é que há maior insatisfação quando o usuário não pode escolher o médico responsável pelo seu tratamento como ocorre na significativa maioria dos eventos no SUS (Gouveia et al., 2005).

As questões relacionadas à organização do processo de trabalho como um menor tempo de espera para o atendimento (Assefa et al., 2011; Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Chile, 2009; Espiridião et al., 2006; Gouveia et al., 2005; Hercos et al., 2006; Moimaz et al., 2010; Novaes et al., 2010; Santiago et al., 2013; Sixma et al., 1998), disponibilidade de agendamento para consulta no mesmo dia, ou em até 48 horas, da procura pelo serviços (Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Espiridião et al., 2006; Moimaz et al., 2010; Santiago et al., 2013; Sixma, 1998); pontualidade dos profissionais (Brandão et al., 2013), existência de fila de espera para consultas especializadas (Novaes et al., 2010), a possibilidade de realização de exames laboratoriais e outros serviços de apoio diagnóstico na mesma Unidade de Saúde (Atkinson, 1993) e menor número de formulários para preencher (Atkinson, 1993; Santiago et al., 2013; Sixma et al., 1998) também estão relacionadas a melhor satisfação dos usuários.

Estudos realizados no Brasil relacionaram preponderância de altos níveis de satisfação dos usuários apesar das queixas relatadas quanto ao atendimento, humanização, acolhimento, deficiência de recursos materiais, o acesso à insumos - do tipo vacinas e medicamentos (Espiridião et al., 2006; Moimaz et al., 2010; Novaes et al., 2010), poucas vagas e demora para atendimento, dificuldades no sistema de referência e contra-referência e falta de profissionais. (Moimaz et al., 2010; Novaes

et al., 2010).

A falta de acesso ao medicamento no mesmo estabelecimento em que o usuário recebeu a prescrição também foi fator importante para a insatisfação do usuário em outro estudo (Assefa, 2011).

Em outra pesquisa, os autores observaram que a manutenção de uma mesma equipe de profissionais é fator importante para a satisfação das usuárias em relação ao cuidado ao pré-natal (Atkinson, 1993).

Estudos bem estruturados tem demonstrado que a Estratégia Saúde da Família está relacionada positivamente com satisfação do usuários no Brasil (Brandão et al., 2013; Moimaz et al., 2010; Novaes et al., 2010; Santiago et al., 2013). As equipes organizadas conforme os preceitos da ESF tem funcionado efetivamente como porta de entrada do SUS (Brandão et al., 2013; Santiago et al., 2013), garantindo o vínculo com os usuários que afirmam procurar esta Unidade de Saúde quando precisam de algum tipo de cuidado em saúde (Brandão et al., 2013; Novaes et al., 2010; Santiago et al., 2013). A comunidade reconhece a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns da comunidade (Brandão et al., 2013; Novaes et al., 2010; Santiago et al., 2013), maior humanização no atendimento (Novaes et al., 2010) e observa-se melhoria do nível de informação da população sobre o processo saúde-doença e a maior número de realização das visitas domiciliares na área adscrita (Novaes et al., 2010).

Importante considerar que a maioria dos usuários estava satisfeito com as orientações sobre o uso adequado dos serviços que os Agentes Comunitários de Saúde passavam durante as visitas domiciliares (Santiago et al., 2013).

Em relação aos aspectos negativos relacionando ESF e satisfação,

encontramos que dificuldade de acessibilidade aos recursos de apoio diagnóstico e terapêutico fora da Unidade de Saúde da Família foram fatores importantes para uma percepção mais insatisfeita dos usuários (Brandão et al., 2013; Santiago et al., 2013). A dificuldade para reclamar e ser considerado pelas equipes de Saúde da Família, a deficiência de atividades educativas durante o tempo de espera na Unidade e a resistência do médico em realizar visita domiciliar em caso de necessidade também estiveram relacionados à insatisfação dos usuários da ESF (Santiago et al., 2013).

Como não há uma ferramenta padronizada internacionalmente, pode-se encontrar uma grande variedade de metodologia de pesquisa de satisfação dos usuários dos serviços de Saúde. São relatados estudos que utilizaram entrevistas estruturadas, semi-estruturadas e/ou não estruturadas; abordagens etnográficas ou mais diretas com perguntas fechadas; conduzidas por entrevistadores treinados ou auto declarações; qualitativas e/ou quantitativas através de escalas de satisfação; inquéritos realizados antes e/ou após uma consulta ou procedimento, com diversos tempos de duração (Aspinal et al., 2003; Atkinson, 1993; Chile, 2009; Fitzpatrick et al., 1983; Gouveia et al., 2005; Hercos et al., 2006; Sixma et al., 1998; Wadhwa, 2002).

Os modelos teóricos que embasam as análises de satisfação dos usuários ainda não são consensos, tem baixa validade externa (Espiridião et al., 2006; Sixma et al., 1998) e, por diversas vezes, são apenas adaptações da área do marketing que aproxima o usuário do cliente, o cuidado em saúde do produto comercial, o direito à saúde ao consumismo (Espiridião et al., 2006; Rossi et al., 1998). Também é relevante considerar que há limitações na utilização da satisfação dos usuários de serviços como categoria única de avaliação na área da Saúde, uma delas é que a

expectativa pessoal acaba sendo muito mais importante do que a noção de necessidade em saúde, cidadania e equidade. (Espiridião et al., 2006).

Outro debate recorrente é o questionamento sobre a capacidade dos usuários em avaliarem a qualidade dos serviços por sua característica técnica (Atkinson, 1993; Chile, 2009; Fitzpatrick et al., 1983; Moraga et al., 2008; Wadhwa, 2002). É um relato frequente que os usuários fazem comentários mais reservados, hesitantes e evasivos quando emitem opinião sobre procedimentos e sobre as habilidades dos profissionais que pode ser explicado em parte pelo desconhecimento e dos usuários leigos (Atkinson, 1993; Fitzpatrick et al., 1983). Mas também é fundamental ressaltar que, mesmo quando o usuário relata suas expectativas de forma ampla e genérica, ele espera basicamente que o médico faça perguntas sobre os seus sintomas e estilo de vida, realize algum tipo de exame e prescreva medicações ou outras formas terapêuticas (Fitzpatrick et al., 1983). Mesmo que esta listagem seja declarada com uma linguagem mais coloquial, ela descreve de maneira precisa a prática da maioria dos profissionais e dos serviços de Saúde. Por outro lado, nunca os usuários tiveram tanto acesso às informações biomédicas e sua crescente instrução formal tem sido percebida pelos profissionais da saúde (Wadhwa, 2002).

Em outros estudos, foi ressaltado que os usuários eram capazes de inclusive avaliar a qualidade de procedimentos técnicos, especialmente aqueles que já haviam realizado tratamento semelhante anteriormente e reclamavam da conduta do profissional quando avaliavam que ele não havia feito uma completa anamnese e/ou não solicitou outros exames para embasar adequadamente sua hipótese diagnóstica e prescrição do tratamento (Atkinson, 1993; Chile, 2009; Fitzpatrick et al., 1983; Moraga et al., 2008).

Outro aspecto importante é que a satisfação do usuário está fortemente relacionada à adequação e clareza das explicações e orientações dos profissionais de saúde e estes são frequentemente citados como aspectos negativos e dignos de crítica (Fitzpatrick et al., 1983; Gouveia et al., 2005). Sem dúvida, estas informações precisam ser consideradas para a qualificação dos serviços.

Em estudo nacional, os autores verificaram que ter sofrido algum tipo de discriminação em função do sexo, idade, pobreza, classe social, cor da pele ou o tipo de doença foi associado com um menor grau de satisfação dos usuários independente dos demais fatores em estudo. Os motivos mais frequentes de preconceito relatados foram pobreza e classe social (Gouveia et al., 2005).

Além disso, só o usuário, aquele que se sujeita e é sujeito (Merhy, 2002) ao cuidado, tem legitimidade de avaliar a capacidade do Sistema em transformar um cotidiano de sofrimento, dor e injustiça como o da Saúde em um momento mais humano e positivo que faz parte da vida. A qualidade da interação entre usuário e profissional, a capacidade de comunicação, habilidade para produzir relações de confiança e segurança, de manter relações mais éticas e solidárias, sem desconsiderar ou menosprezar o usuário é profundamente relevante para o desenvolvimento de um Sistema usuário-centrado e não procedimento-centrado (Merhy, 2002) e este tipo de informação está muito presente nas pesquisas de satisfação dos usuários (Atkinson, 1993; Chile, 2009; Fitzpatrick et al., 1983; Gouveia et al., 2005; Hercos et al., 2006; Moraga et al., 2008; Wadhwa, 2002).

Autores do tema relatam uma certa desconfiança inicial dos usuários entrevistados quando são questionados sobre os serviços de saúde. Muitos participantes iniciam elogiando o serviço e os profissionais, dizendo que nada precisa

ser melhorado e avaliando o atendimento um tanto melhor do que realmente percebem e que apenas quando sentiam-se mais seguros sobre o objetivo da pesquisa, mais relaxado com a metodologia e confiantes que sua opinião não seria motivo de antipatia, humilhação ou descaso por parte dos trabalhadores em um próximo atendimento, passam a tecer alguns comentários a cerca do que não gostam ou sobre o quê acreditam necessitar ser melhorado de maneira mais desenvolta e contundente (Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013; Moimaz et al., 2010).

Outra questão essencial para análise, é a assimetria de poder na relação usuário/profissional da saúde. Esta desproporção contribui com a baixa capacidade crítica dos usuários em relação ao cuidado recebido e até um tom de gratidão pela atenção dispensada em um serviço público/gratuito (Atkinson, 1993; Brandão et al., 2013). Nesta linha, também observa-se uma tendência a amenizar a responsabilidade dos profissionais em relação aos problemas de processo de trabalho e organização dos serviços como se fossem também vítimas das dificuldades de gestão de um agente externo (Fitzpatrick et al., 1983) ou às limitações sistêmicas do SUS (Merhy, 1997, 2002).

Outra questão essencial é que muitas pesquisa de satisfação utilizam uma amostra de conveniência, isto é, entrevistam aqueles usuários que mais utilizam o serviço de saúde. Assim, encontramos muitos estudos com população composta majoritariamente de mulheres com garantia de acesso com melhores condições socioeconômicas, com mais problemas de saúde do que população geral dificultando a extrapolação dos resultados (Fitzpatrick et al., 1983; Moimaz et al., 2010). Por outro lado, reconhecer que mulheres, jovens, sem vínculo empregatício formal e com baixa escolaridade é a população mais comum nos serviços de saúde é fundamental

para compreender o papel destas usuárias como cuidadoras da saúde da família e como principal público a ser satisfeito pelas equipes assistenciais (Pinheiro et al., 2002; Santiago et al., 2013). A menor participação dos homens nas pesquisas decorre tanto de uma não priorização do cuidado formal a sua saúde e um maior nível de vínculo empregatício como uma responsabilidade culturalmente secundária com o cuidado da saúde da família (Moimaz et al., 2010; Pinheiro et al., 2002; Santiago et al., 2013).

Apesar do pouco consenso entre autores sobre a metodologia mais adequada às pesquisas de satisfação dos usuários e a dificuldade para comparar os resultados de distintos estudos o reconhecimento desta informação é fortemente recomendado e a melhor conduta parece ser considerar a satisfação dos usuários de serviços de saúde como mais um importante segmento que compõe o processo amplo e complexo de avaliação na área da Saúde (Aspinal et al., 2003; Bolzan et al., 2012; Chile, 2009; Espiridião et al., 2006; Gouveia et al., 2005; Hercos et al., 2006; Moimaz et al., 2010; Sixma et al., 1998; Wadhwa, 2002).

4. OBJETIVO

Objetivo Geral

Avaliar a insatisfação dos usuários que utilizaram a Atenção Básica quanto ao Sistema Único de Saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* 1993; v. 50, n. 1, p. 49-79.
- 2) Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Problem on infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009, 99(1) 88-93.
- 3) Aspinal F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 42:324-39.
- 4) Assefa F, Mosse A, Hailemichael. Assessment of Clients' Satisfaction with Health Service Deliveries at Jimma University Specialized Hospital. *Ethiop J Health Sci*. 2011 July; 21(2): 101–109.
- 5) Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 1993.
- 6) Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; v. 13, n. 4, p. 317-323.
- 7) Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient Satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine* 1999; v. 48, p. 989-996.
- 8) Bolzan LC, Brandão LCS, Guimarães LAA, Andrade VNS. Ouvidoria Ativa: A Inovação das Pesquisas de Satisfação na Ouvidoria-Geral do SUS. Painel apresentado no V Congresso de Gestão Pública – CONSAD, nos dias 4, 5 e 6

de junho de 2012 [acesso em 20 fev 2013]; no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF. Disponível em http://www.escoladegoverno.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh_eg/imprensa/pdf/110.pdf.

- 9) Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013. Brouselle A, organizador. Avaliação: conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- 10) Brasil, Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde, 1986. [Acesso em 6 Fev 2013]. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
- 11) Brasil. Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, PNASS. Ministério da Saúde. Brasília 2004.
- 12) Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).
- 13) Brasil. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990a.
- 14) Brasil. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b.
- 15) 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, 2006a.

- 16) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- 17) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS N° 340, de 04 de março de 2013, que Altera a Portaria n° 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 18) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, que Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- 19) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- 20) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

- 21) Brasil. Ministério da Saúde. SAS. DAB. “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006”. Brasília; Ministério da Saúde, 2008. 200p.
- 22) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- 23) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- 24) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Orientações para implantação de Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. – Brasília, Ministério da Saúde, 2006d.
- 25) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria- Geral do SUS. Ouvidoria-Geral do SUS: um espaço de cidadania / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília : Editora

- do Ministério da Saúde, 2010b. 20 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- 26) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília. 2006e.
- 27) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. Estrutura regimental do Ministério da Saúde : decreto no 7.336 de 19 de outubro de 2010 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011c. 162 p. : il. – (Série E. Legislação de Saúde).
- 28) Cecílio LCO. Modelos tecnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, 13(3): 469-478, jul.-set., 1997.
- 29) Chile, Departamento de Participación Social e Trato al Usuario, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud de Chile. 2009. [acesso em 26 fev 2013]. Disponível em <http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/SatisfaccionUsuaría/MEDICIONNACSATISFAC.pdf>
- 30) Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. Capítulo 5 pag 102 a 128. In: Participação, Democracia e Saúde / Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- 31) Cueto M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health

- Care. Am J Public Health. 2004 Nov 94(11):1864-74.
- 32) Espiridião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006
- 33) Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (3): 669-681, 2006.
- 34) Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. Sociology of Health and Illness Vol. 5 No. 3 1983.
- 35) Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Universidade Federal da Bahia. Paidéia, 2004, 14 (28), 139 – 152.
- 36) Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1670-1681, nov-dez, 2004.
- 37) Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 Sup:S109-S118, 2005.
- 38) Guanais FC, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. J Ambulatory Care Manage. 2009, Vol. 32. No 2, 115-122.
- 39) Günther H. Como elaborar um questionário. Laboratório de Psicologia

- Ambiental. Universidade de Brasília. Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, 2003, N. 01. [Acesso 03 Mar 2013]. Disponível em: <http://beco-do-bosque.net/XTextos/01Questionario.pdf>.
- 40) Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- 41) Hercos BVS, Berezovsky A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos paciente ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo, v. 69, n. 2, Apr. 2006.
- 42) Joahansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. Nordic College of caring Sciences, Scand J. Caring Sci 2002; v. 16, p. 337-344.
- 43) Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Batista RS, Pinheiro TMM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009 .
- 44) Macinko J, Guanais FC, Souza MFM: Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health 2006, 60:13-19.
- 45) Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc sci med, 2007; 2070-2080.
- 46) Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

- 47) Mendonça CS. Interações por condições sensíveis à atenção primária a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.
- 48) Merhy EE. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Apêndice 1. São Paulo: Hucitec, p. 115-133, 2002.
- 49) Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Agir em Saúde. Um Desafio para o Público (Merhy EE & Onocko R, organizadores), pp. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- 50) Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. RAE electron., São Paulo, v. 4, n. 2, Dec. 2005.
- 51) Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 5(1): 7-18, 2000.
- 52) Moimaz SAS, Marques JAM, Saliva O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010.
- 53) Moraga ET, Torres JL. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. Rio de Janeiro. Revista de Administração Pública. 42(4):179-34, jul/ago 2008.
- 54) Morosini MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família. Organizado por Morosini MVGC e Corbo AA. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- 55) Norões NMR. Ouvidoria em Saúde: guia de implantação. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2002. [Acesso em 22 Fev. 2013]. Disponível em:

http://www.institutoapoiar.org.br/imagens/bibliotecas/ouvidoria_em_saude_publica.pdf.

- 56) Novaes MRCG, Lima ACV, Noqueira DY, Cerqueira F, Souza HS, Chiari KD, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Comun. ciênc. saúde*; 21(4):289-300, 2010.
- 57) OMS, A Mitad del camino hacia la Salud Para Todos en el Año 2000: Informes de diversos países / editado por E. Tarimo y A. Creese. Ginebra. 1991. [Acesso em 19 Jan. 2013]. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/1991/9243561324.pdf>
- 58) OMS/UNICEF, Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil. 1979. [Acesso em 19 Jan. 2013]. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf
- 59) Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006.
- 60) Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.
- 61) Qatari GA, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care setting and services in Saude Arabia. *International Journal for Quality in Health Care*; 1990; Volume 11, Number 6: pp. 523-531.
- 62) Ramos, C.L. Conselhos de saúde e controle social. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.329-43.

- 63) Ribeiro FA, Schraiber LB. Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: perspectiva histórica. [dissertação de mestrado]. São Paulo. USP, 2007.
- 64) Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cad. Saúde Pública, 2008; 24 Sup 1:S69-S78.
- 65) Roncalli AGO. 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.
- 66) Rossi CAV, Slongo LA. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 2, n. 1, Apr. 1998.
- 67) Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.
- 68) Silva Júnior AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.
- 69) Sixma HJ, Spreuwenberg PMM, van der Pasch MAA. Satisfaction with the general practitioner – a two level analysis. Med Care 1998; 36:212-29.
- 70) Starfield B: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços tecnologia UNESCO. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde; 2002.

- 71) Wadhwa SS. Customer Satisfaction and Health Care Delivery Systems: Commentary with Australian Bias. *The Internet Journal of Health*. 2002 Volume 3 Number 1. DOI: 10.5580/47a.
- 72) Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; v. 6, p. 247-263.
- 73) Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Medical Care* 1988; v. 26, n. 4, p. 383-392.
- 74) Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1621-1628.
- 75) Wilkinson RG, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts* (2nd edn). Copenhagen: WHO, 2003.
- 76) Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38:509-51.
- 77) Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of Health Services: Exploration in Causality. *Medical Care* 1989; v. 27, n. 7, p. 705-723.

6. ARTIGO

INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA COM O SUS – ANÁLISE MULTINÍVEL DA PESQUISA DA OUVIDORIA

**User's insatisfaction - Study of the Brazilian Unified Health System's
Ombudsman**

Lúcia Gimenes Passero, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao American Journal of Public Health.

**INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA COM O SUS – ANÁLISE
MULTINÍVEL DA PESQUISA DA OUVIDORIA**

**Lúcia Gimenes Passero^{1,*}, Fernando Neves Hugo², Jessye Giordani³, Vanessa Bielefeldt Leotti
Torman⁴, Suzi Alves Camey⁵, Carlos Pilz⁶, Luis Carlos Bolzan⁷, Juliana Balbinot Hilgert⁸**

¹Secretaria de Saúde, Sapucaia do Sul, Brasil, 93218-380; luciapassero@gmail.com

²Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 90035-003; fernando.hugo@ufrgs.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 90035-003;
jessyesm@hotmail.com

⁴Departamento de Estatística, Faculdade de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 91509-900; vanessa.leotti@ufrgs.br

⁵Departamento de Estatística, Faculdade de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 91509-900; camey@mat.ufrgs.br

⁶TelessaúdeRS, Porto Alegre, Brasil, 90420-030; pilzcarlos@gmail.com

⁷Secretaria da Saúde, Novo Hamburgo, Brasil, 93410-340; lcbolzan@ig.com.br

⁸Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 90035-003; jhilgert@gmail.com

*Corresponding author: luciapassero@gmail.com

Resumo

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, ampliando o acesso com integralidade e equidade, tem demandado um esforço de avaliação permanente. Neste contexto, a avaliação do usuário é fundamental para garantir a qualidade e o alinhamento do Sistema com as expectativas da população. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores contextuais e individuais associados à satisfação dos usuários, que utilizaram a Atenção Básica, com o SUS como parte da pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Ouvidoria Geral do Ministério da Saúde. Este estudo transversal contou com população de 18.673 usuários do SUS, com 16 anos ou mais, de 62 municípios brasileiros. Os dados individuais foram coletados por meio de contato telefônico, selecionados aleatoriamente. Os dados contextuais dizem respeito às características de estrutura demográfica, investimento público em áreas sociais, condições econômicas, nível de desenvolvimento, características da rede pública de saúde, cobertura de Saúde da Família e resultados em saúde dos municípios e foram coletados das bases de dados públicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Foi realizada uma regressão logística multinível em dois níveis: individual e contextual. A prevalência de insatisfação foi de 63,4% (IC95%: 62,7-64,1). No modelo multinível final, as variáveis que mantiveram a significância estatística foram: a) Individuais: não ter sua demanda resolvida (OR 3,66 IC95%: 3,13-4,27); o tempo de espera para atendimento maior que 4 horas (OR 2,82 IC95%: 2,33-3,43); não ter sido atendido por uma equipe de Saúde da Família perto da moradia (OR 1,47 IC95%: 1,33-1,62); possuir ensino superior ou pós-graduação (OR 1,49 IC95%: 1,00-2,28); e idade entre 21 e 30 anos (OR 1,57 IC95%: 1,39-1,76); b) Contextuais: percentual da população alfabetizada (OR 1,07 IC95%: 1,03-1,19); renda per capita municipal (OR 0,89 IC95%: 0,79-0,99) e o número de unidades de saúde (OR 0,99 IC95%: 0,96-1,00). Este estudo é inédito e foi fundamental para compreender a visão do usuário da Atenção Básica sobre o Sistema público de Saúde do Brasil.

Palavras Chaves

Satisfação do usuário, Satisfação do paciente, Sistema Único de Saúde, Ouvidoria, Avaliação em Saúde, Gestão em Saúde

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi conquistado pela população brasileira, mediante importante mobilização social, a chamada Reforma Sanitária, e em um momento histórico de democratização do país. Neste contexto, o SUS foi modelado a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade; organizado de maneira regionalizada, hierarquizada e com participação direta da população através do Controle Social. As bases deste Sistema estão na Constituição Federal de 1988 e ainda hoje, apesar dos importantes avanços, representam desafios fundamentais para a sua implementação plena [1,2,3,4,5,6,7,8].

Alinhada aos fundamentos da Atenção Primária em Saúde, a Saúde da Família é a principal estratégia de mudança do modelo hegemônico da Saúde no país, sendo criada em meados dos anos 1990, aproximando os serviços das comunidades e territórios, tendo sido fundamental para a melhoria de alguns indicadores e desfechos [9,10,11,12,13,14].

Considerando que a rede assistencial tem sido ampliada e a aproximação com o usuário é um dos fundamentos do Sistema, o Ministério da Saúde criou o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) em 2003. Com a responsabilidade de receber denúncias, reclamações, solicitações, perguntas, sugestões ou elogios dos usuários por telefone, carta, e-mail ou atendimento presencial; o DOGES assegura os aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade, servindo como um canal democrático de estímulo à participação social, disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores. E, mais recentemente, a Ouvidoria do SUS também tem atuado de forma ativa, buscando o usuário para produção de informação como subsídio de tomada de decisões e estratégia de aproximação e empoderamento social [15,16,17,18,19].

Neste sentido, é fundamental que a opinião dos usuários componha o processo de avaliação

dos serviços de saúde especialmente pela origem social do SUS. Além disso, sabe-se que a satisfação dos usuários é sensível à qualidade na saúde, está associada ao maior uso e adequação dos serviços, maior vínculo entre paciente e equipe e melhor adesão ao tratamento proposto [20,21,22,23,24,25,26]. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores contextuais e individuais associados à insatisfação dos usuários, que utilizaram a Atenção Básica, quanto ao Sistema Único de Saúde

Materiais e Métodos

Este estudo transversal é parte de uma pesquisa de base nacional, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, que teve como objetivo avaliar a satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com a atenção primária e urgência/emergência, especialmente quanto ao acesso e qualidade percebida [27].

Os dados foram coletados pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, por meio de contato telefônico, em dois períodos distintos: de junho a julho de 2011 e de novembro de 2011 a janeiro de 2012. O critério de inclusão foi ter 16 anos ou mais, e ter utilizado o SUS nos últimos 12 meses para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência ou para medicamentos, ou que possuam dependentes menores de 16 anos que utilizaram o SUS no referido período para os mesmos procedimentos. Foi utilizada a fórmula de tamanho de amostra para estimar uma prevalência com 95% de confiança e, considerando a estimativa conservadora de que 50% dos usuários estariam insatisfeitos, o resultado final foi de 384 entrevistas entre os moradores das 27 capitais e os 18 municípios com 500 mil ou mais habitantes e os municípios com menos de 500 mil habitantes foram reunidos em um estrato de 384 entrevistas. Os números ativos de telefones fixos e móveis foram sorteados aleatoriamente partindo de uma base de dados de empresas de telefonia. A entrevista completa, realizada com os usuários que haviam utilizado o SUS no último ano, era composta de 41 perguntas, abertas e fechadas, divididas em 4 partes, a saber: 1. Atenção Primária; 2. Atenção Odontológica; 3. Urgência e Emergência e 4. Perfil do Usuário [27]. Foram contatados 35.393

indivíduos, 27.872 deles aceitaram responder a pesquisa e 18.673 apresentavam os critérios de inclusão. Destes, 58,2% moravam nas capitais e 41,8% residiam nos demais municípios.

Este estudo foi caracterizado como pesquisa de opinião e, portanto, não necessitou de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa. Ademais, as análises foram feitas sem dados que pudessem identificar os respondentes.

As variáveis individuais avaliadas foram: sexo (feminino, masculino ou não informado), faixa etária (menor de 16 anos, 16 a 20, 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50 e acima de 60 anos ou não informado), etnia (branco, preto, amarelo, pardo, indígena ou não informado), renda familiar (menos de 1 salário mínimo, entre 1 e 2, maior que 2 até 5, maior que 5 até 10, mais de 10 ou não informado) e escolaridade (não saber ler/escrever, alfabetizado, nível fundamental completo, nível médio completo, superior completo, especialização/residência, mestrado, doutorado, pós-doutorado ou não informado). Para avaliar se o usuário havia sido atendido pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade próxima a sua residência, utilizou-se a seguinte pergunta: “Você é atendido por uma Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde que atende a região onde você mora?”. Para estimar resolutividade da atenção primária, utilizou-se “Ao fim do atendimento no Centro de Saúde você acha que sua demanda: Foi Resolvida/Foi Resolvida Parcialmente/Não foi Resolvida” e para averiguar o tempo de espera, “Quanto tempo você esperou para ser atendido na Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde?”. Para fins de análise, a variável faixa etária foi categorizada em: 16 a 20, 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50 e acima de 60 anos; a variável etnia em: branco e não-branco; a renda familiar em: menos de 1, entre 1 e 2 e mais de 2 salários mínimos e a escolaridade em: não alfabetizado, alfabetizado, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo ou mais [27] .

Foram relacionados os 62 municípios de residência destes entrevistados para a avaliação dos dados contextuais que estavam disponíveis nos sistemas de informações oficiais [28,29] para todos os municípios selecionados e relacionados a: 1. Estrutura demográfica, 2. Investimento público em áreas sociais, 3. Condições econômicas, 4. Nível de desenvolvimento, 5. Características da rede pública de saúde, 6. Cobertura de Saúde da Família e 7. Resultados em Saúde.

As variáveis contextuais avaliadas foram: densidade demográfica (habitantes/km², por 1000 habitantes, 2010), número de estabelecimentos de educação (por mil habitantes, 2010), percentual de

população alfabetizada (com 15 anos ou mais, 2010), renda per capita (em Reais, 2010), percentual de incidência de pobreza (2003), número de estabelecimentos de saúde (por mil habitantes, 2010), número de Unidades Básicas de Saúde (por cem mil habitantes, 2012), percentual de estabelecimentos vinculados ao SUS (em relação ao número total de estabelecimentos de saúde, 2009), percentual de cobertura populacional pelos Agentes Comunitários de Saúde (2010), percentual de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (2010), percentual de cobertura populacional pelas equipes de Saúde Bucal na SF (2010), esperança de vida ao nascer (em anos, 2009) e taxa de mortalidade infantil (número de óbitos em menores de um ano para cada mil nascidos vivos no mesmo período, 2010).

Também foi utilizado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), referente ao ano 2000, que representa uma medida resumida das três dimensões básicas do desenvolvimento: saúde, educação e renda. Esta informação foi multiplicada por cem para facilitar a leitura dos resultados [30]. O Índice de Gini, que mede o grau de concentração de renda de uma população comparando a diferença de rendimento dos mais ricos e dos mais pobres foi utilizado neste estudo utilizando valores de zero a cem sendo que os municípios com maior distribuição de renda tem os valores mais próximos ao zero [31]. E o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS, 2010, publicado em 2011) que é um indicador síntese para averiguação do desempenho do Sistema de Saúde brasileiro quanto ao acesso (potencial ou obtido) e a efetividade da atenção primária, ambulatorial, hospitalar e de urgência/emergência [32].

Para organização das variáveis e composição do desenho analítico, foi confeccionado um modelo teórico para satisfação com o Sistema de Saúde baseado no de Andersen (Figura 1) [33]. Desta maneira, os dois níveis – contextual e individual – estruturaram-se através de blocos hierarquizados relacionado às variáveis independentes de estrutura social, contexto social, individual distal e individual proximal. O desfecho/variável dependente foi inferido através da pergunta: No geral, como você avalia o SUS - Sistema Único de Saúde?, as respostas Muito Ruim, Ruim e Regular registravam a insatisfação dos usuários e aqueles que responderam Bom ou Muito Bom estavam satisfeitos com o SUS.

As principais características dos municípios e dos usuários que reportaram estarem satisfeitos ou insatisfeitos com o SUS são apresentadas por meio de porcentagens e médias (desvio-padrão).

Inicialmente os usuários satisfeitos foram comparados com os insatisfeitos utilizando o teste do qui-quadrado, teste t de Student e, o teste de Mann-Whitney. Para estas análises foi utilizado o software para análise estatística SPSS versão 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL).

A complexidade da análise necessária para compreensão da insatisfação do usuário justifica a construção de um modelo hierárquico para avaliar se uma relação é direta ou mediada por outros fatores, nível de agregação dos dados e a força de associação das variáveis dependente e independentes proporcionando um entendimento mais abrangente sobre o tema. Para testar o efeito das diferentes variáveis na satisfação do usuário foi utilizada a regressão logística multinível de efeitos aleatórios seguindo a abordagem hierárquica proposta por Victora et al [34]. Inicialmente ajustou-se um modelo com todas as variáveis mais distais. As variáveis que possuíam valor $p < 0,20$ no teste da razão de verossimilhança prosseguiram para a próxima etapa, onde as variáveis do próximo nível hierárquico eram inseridas, e assim consecutivamente.

Modelos de coeficientes aleatórios também foram testados, mas nenhum apresentou significância estatística nos testes de hipóteses para os componentes de variância. O coeficiente de correlação intraclasse foi calculado conforme definição de Snijders et al. [35]. Para o ajuste dos modelos multiníveis utilizou-se o PROC GLIMMIX do programa SAS 9.3.

Resultados

Em relação às características individuais, a maioria da população estudada foi composta por mulheres (67,7%); com idade entre 21 e 40 anos (52,9%); não brancas (58,4%); com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (71,5%) e com ensino médio e superior (53,2%). Em relação à resolutividade do serviço de saúde, 60,5% dos participantes tiveram sua demanda resolvida e para 24,8% deles, ela foi parcialmente resolvida. O tempo de espera para atendimento foi de até 30 minutos para 36,4% dos usuários e de 1 a 4 horas para 55,4% da amostra. A maioria dos usuários (57,6%) foi atendida por uma equipe de Saúde da Família na Unidade de Saúde próxima de onde residia. A prevalência de insatisfação com o SUS, segundo os usuários, foi 63,4% (IC95%: 62,7-64,1).

Dos 62 municípios de residência dos entrevistados, as médias das variáveis contextuais apresentaram os seguintes valores: IDH 0,81 ($\pm 0,04$); Índice de Gini 44,76 ($\pm 0,04$); percentual da população alfabetizada 83,27% ($\pm 17,07\%$); percentual de pobreza 31,68% ($\pm 14,01\%$); esperança de vida ao nascer 70,16 anos ($\pm 2,33$ anos); mortalidade infantil 13,69 por 100.000 nascidos vivos ($\pm 2,96$ por 100.000 nascidos vivos); cobertura por ESF 39,76% ($\pm 25,01\%$); cobertura por ACS 49,60% ($\pm 7,69\%$) e cobertura por ESB 19,44% ($\pm 1,56\%$).

Em relação aos usuários insatisfeitos com o SUS, 45,1% declararam ter o ensino médio completo, 53,1% foram atendidos por uma equipe de Saúde da Família na região onde moram, 51,4% tiveram sua demanda resolvida, 30,1% foram atendidos em até 30 minutos e 28,5% tinham entre 21 e 30 anos. Enquanto que, no grupo dos satisfeitos, estas prevalências foram: 40,4% declararam ter o ensino médio completo, 65,6% foram atendidos por uma equipe de Saúde da Família na região onde moram, 74,7% tiveram sua demanda resolvida, 46% foram atendidos em até 30 minutos e 26% tinham entre 21 e 30 anos (Tabela 1).

Após os ajustes para as variáveis demográficas, econômicas, sociais e de serviço de saúde, contextuais e individuais, no modelo multinível final (Tabela 3), as variáveis independentes que mantiveram significância estatística com o desfecho insatisfação com o SUS foram: a) Individuais: não ter sua demanda resolvida (OR 3,66 IC95%: 3,13-4,27); tempo de espera para atendimento superior a 4 horas (OR 2,82 IC95%: 2,33-3,43); não ter sido atendido por uma equipe de Saúde da

Família perto do local de moradia (OR 1,47 IC95%: 1,33-1,62); possuir ensino superior ou pós-graduação (OR 1,49 IC95%: 1,00-2,28); e idade entre 21 e 30 anos (OR 1,57 IC95%: 1,39-1,76); b) Contextuais: percentual da população alfabetizada (OR 1,07 IC95%: 1,03-1,19); renda per capita municipal (OR 0,89 IC95%: 0,79-0,99) e o número de Unidades Básicas de Saúde (OR 0,89 IC95%: 0,79-0,99).

Discussão

O presente estudo é o primeiro estudo de base nacional, com uma amostra representativa de usuários, realizado pela Ouvidoria ativa do SUS, que demonstrou importante prevalência de insatisfação com o Sistema de Saúde brasileiro e relacionou características dos indivíduos e do município de residência ampliando a capacidade de compreensão deste desfecho. As variáveis individuais: menor idade, maior escolaridade, não ter sua demanda resolvida, não ser atendido por uma equipe de Saúde da Família em Unidade perto da residência e maior tempo de espera e as variáveis contextuais: menor renda per capita, menos Unidades Básicas de Saúde por habitante e menor percentual da população alfabetizada puderam ser fortemente associadas à insatisfação dos participantes. Considerando que a satisfação do usuário é sensível à qualidade do cuidado, está relacionada à maior adequação no uso dos serviços e tem capacidade de servir como instrumento potente de controle social e participação comunitária [19,20,21,36,37,38,39,40,41,42,47,48,50], os achados obtidos neste estudo transversal são relevantes porque permitem que gestores e trabalhadores possam intervir com maior precisão no desenvolvimento dos serviços e do próprio Sistema de Saúde.

Renda é um dos determinantes sociais mais relevantes para a saúde das populações sendo incorporado à Constituição Brasileira vinculado ao conceito ampliado de saúde [4,6,43,48]. Neste contexto, a renda per capita, como variável contextual, está relacionada ao poder aquisitivo da sociedade e ao acesso a bens e serviço importantes para a saúde contribuindo com o resultado do Sistema de Saúde municipal e se efetivando como um parâmetro contextual de proteção para insatisfação dos usuário. A renda municipal já foi associada a maior acesso aos serviços de saúde [41,44] e este fato também pode ter contribuído para que usuários de municípios com maior renda per

capita estejam mais satisfeitos com o SUS do que aqueles residentes em cidades de menor renda. Interessante notar que, assim como em outros estudos, o padrão de renda individual teve efeito inverso para o desfecho insatisfação do usuário. Os indivíduos com maiores rendimentos, tem expectativas mais altas em relação aos serviços e, conseqüentemente, maior probabilidade de frustrar-se com o oferecido e a insatisfação é maior [47,50].

Outra variável contextual significativa para o desfecho foi o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por habitante. Importante considerar que um número maior de Unidades contribui para uma melhor organização da demanda e da oferta assistencial no município, garantindo que as equipes possam atender a um quantitativo mais restrito de usuários, adscrevendo sua clientela, qualificando o fluxo, conhecendo melhor sua população, aprimorando as relações interpessoais e respondendo eficientemente às necessidades e expectativas dos usuários. Outros estudos já haviam confirmado a relação entre a satisfação dos usuários e um processo de trabalho interno mais eficiente [21,36,37,44,47,49,50], acessibilidade, adequação da estrutura física e conforto da Unidade [21,36,37,47,49,50,51,52] e esta pesquisa pode confirmar esta associação. Este achado reforça a importância de manter o investimento para construção de novas Unidades e a preocupação em garantir melhor infraestrutura para os serviços de Saúde no país, como na estratégia de apoio para construção, ampliação e reformas das UBS com financiamento compartilhado entre o Ministério da Saúde e prefeituras, chamada Requalifica UBS [53].

O maior percentual de população alfabetizada aos 15 anos também comprovou ser um fator de risco para a insatisfação dos usuários do SUS. Ajustando o modelo para todas as variáveis individuais e as variáveis de contexto social mais relacionadas ao setor Saúde, o investimento municipal em alfabetizar seus cidadãos tem efeito negativo na satisfação com os serviços de saúde, agregando valor à conhecida relação entre a variável contextual de alfabetização e o uso de serviços de saúde [45]. Esta relação está provavelmente relacionada ao fato de uma população com maior escolaridade tender a conquistar melhores postos de trabalho e maior estabilidade financeira e emocional, outros determinantes sociais importantemente relacionados às maiores níveis de exigência em relação a todos os serviços [44].

As variáveis idade [21,26,40,41,44,47,48,49,50,51] e escolaridade [26,38,40,41,44,47,48,50,51] são classicamente associadas à satisfação com os serviços de Saúde e

este estudo reforçou o que a literatura aborda: quanto maior a idade e menor escolaridade, maior a satisfação do usuário do SUS. A principal justificativa para a maior prevalência de satisfação dos idosos é uma frequente baixa expectativas e maior resignação em relação a todos os aspectos da vida, inclusive aos serviços de saúde considerando o contexto estudado [21,44,46,47,49,50,51]. Um aspecto relacionado à insatisfação dos mais jovens está relacionado à dificuldade de acesso e enfraquecimento do vínculo entre os usuários jovens e adultos e as equipes visto que muitas ofertas assistenciais ocorrem em horário comercial, quando esta população está ocupada, trabalhando e/ou estudando [20,45,47,51]. Já em relação à escolaridade, conforme aumenta o número de anos de estudo, expande também a expectativa do indivíduo em relação aos serviços, tornando muito mais difícil o seu contentamento com o que é oferecido. Se, por um lado, os mais idosos e de menor escolaridade sejam um importante público das Unidades e o fato de estarem mais satisfeitos com os serviços reforça uma adequação às expectativas, por outro lado, impõem uma maior aproximação dos interesses dos usuários mais jovens e com maior instrução.

Considerando o entendimento de satisfação como um acumulado das experiências do indivíduo [46], o fato de ter sua demanda resolvida estar relacionado a maior satisfação está plenamente conectado com a percepção de utilidade e resolutividade do serviço que já foi relatada como elemento muito valorizado pelos usuários. A alta prevalência de demandas resolvidas contribui também para a construção da confiança e o aumento do vínculo entre os usuários que passam a primeiro procurar os serviços públicos de saúde, especificamente na Atenção Primária [20,49,50]. Também foi surpreendente notar que a maioria dos participantes foi atendido por uma equipe de Saúde da Família na Unidade de Saúde próxima de onde residia e que este fato está associado à satisfação dos usuários. Tanto o perfil de trabalho da Saúde da Família, mais adequado às necessidades da população e com um rol mais amplo de ofertas assistenciais, como a questão da acessibilidade por ser uma prerrogativa da Estratégia garantir que a equipe atue no mesmo território de residência da sua clientela adscrita [51,55,56,57], têm sido identificados com a satisfação dos usuários do SUS [50,51]. Esta variável confirma a relevância do importante investimento que o país tem feito na expansão da Estratégia Saúde da Família [6,9,10,51,57,58].

O tempo de espera entre a chegada na Unidade de Saúde e o atendimento foi uma variável importante para a satisfação dos usuários do SUS participantes, com alta força de associação. Este é

um achado bastante consistente nas publicações nacionais e internacionais sobre a temática [20,26,36,47,50,51,52,54,59] de forma que reforça a importância das equipes organizarem seu processo de trabalho, inovando em tecnologias de acesso e composição das agendas assistenciais de maneira a garantir que cada usuário não aguarde mais que 30 minutos para ter garantido o primeiro contato com os profissionais de saúde no acolhimento e nos atendimentos subsequentes.

Um resultado inesperado foi o pequeno impacto da cobertura da Estratégia Saúde da Família no município na satisfação do usuário com o SUS mesmo que o fato de ter sido atendido por uma equipe de ESF perto da residência tenha sido importante preditor do desfecho. Estudos brasileiros demonstram que as equipes de Saúde da Família conseguiram estruturar seu processo de trabalho a ponto de darem atenção oportuna, com maior resolutividade e adequação aos usuários. Atualmente, a Estratégia alcançou níveis significativos de implantação, com cobertura de mais da metade da população brasileira, e a melhoria dos indicadores de saúde e redução de desfechos significativos como mortalidade infantil e internações por causas sensíveis a APS, comprovam sua efetividade e superação de iniquidades [9,11,12,13,14,55,56,60,61,62]. A literatura revisada, que vincula a Estratégia Saúde da Família com altos níveis de satisfação dos usuários [20,50,51,54], corrobora com a concepção de que um residente em município com alta cobertura da ESF estaria mais satisfeito com os serviços, mas este estudo demonstrou que a experiência com o serviço e as características pessoais do usuário são mais importantes para determinar o desfecho [38].

Consideramos também que estes municípios contam com outros serviços de atenção primária que não são habilitados como equipes de Saúde da Família. Esta rede assistencial tem trabalhado de forma mais coesa e homogênea desde que o Ministério da Saúde publicou a nova Política Nacional de Atenção Básica [9] garantindo acesso, cuidado de qualidade e vínculos com a população sem ser considerada nas coberturas de Saúde da Família, mas sim na variável número de UBS por habitante.

Alguns autores ponderam que a satisfação dos usuários, uma opinião leiga, não seria tão precisa para a avaliação dos serviços de saúde pela impossibilidade de fazerem um julgamento mais técnico [44,49,50], porém é fundamental considerar a profusão de informações robustas e pertinentes que este estudo gerou para compreendermos melhor as expectativas e críticas dos usuários com o SUS. Além disso, a grande prevalência insatisfação pode também estar relacionada com a técnica de entrevista telefônica mediada por computador visto que o usuário responde de maneira independente,

não sentindo-se pressionado a avaliar mais positivamente do que realmente considera o serviço prestado por receio de ser pior atendido em uma próxima oportunidade. Estudos que levantam prevalências altas de satisfação são os que o pesquisador é membro da equipe, ou outro profissional/estudante da saúde, e a entrevista ocorre dentro do serviço, ressaltando a assimetria de poder existente entre o usuário e os trabalhadores do Setor e amenizando as críticas dos participantes [46,49,50,63,64].

As limitações deste estudo estão relacionadas ao viés de memória pois os usuários era inquiridos sobre experiências com os serviços que ocorreram até um ano antes da pesquisa. Além disso, como parte do banco de números de telefones utilizados para o sorteio eram da própria Ouvidoria do SUS, consideramos que a amostra estudada possa ser composta de usuários mais queixosos ou descontentes do que a maioria da população.

Conclusões

Estudos desta natureza são raros e, com a metodologia empregada, foi possível analisar um rol maior de variáveis independentes, contextuais e individuais, representando considerável avanço em relação à análise inicial que o Ministério da Saúde havia arrolado da Pesquisa de Satisfação do Usuário do SUS. Neste estudo, a prevalência de usuários insatisfeitos foi maior do que o encontrado em outras publicações sobre o tema mas há de se considerar também que a entrevista telefônica mediada por computador difere da maioria das metodologias utilizadas nas pesquisas de satisfação revisadas [65,66,67,68,69]. Outra questão também pouco explorada pela literatura é a relação entre o contexto e a satisfação dos usuários. A associação de variáveis que não são propriamente relacionadas à Saúde, traz luz ao debate da intersetorialidade e problematiza a compreensão mais linear de que as políticas públicas de saúde, as intervenções sobre estrutura/processo e o desenvolvimento da gestão; sem o devido enfrentamento dos determinantes sociais da saúde; sejam suficientes para diminuir a insatisfação da população com o SUS. Assim, é fundamental manter o levantamento da satisfação dos usuários, de forma sistemática e periódica, comparando os resultados e definindo novas diretrizes para a atuação do governo a fim de atender as expectativas da população.

Referências Bibliográficas

- [1] Brasil. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.
- [2] Brasil. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília. 2006.
- [4] Roncalli AGO. 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.
- [5] Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1670-1681, nov-dez, 2004.
- [6] Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Batista RS, Pinheiro TMM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009.
- [7] Ramos, C.L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.329-43.
- [8] Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. Capítulo 5 pág. 102 a 128. In: Participação, Democracia e Saúde / Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- [10] Morosini MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família. Organizado por Morosini MVGC e Corbo AA. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- [11] Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Problem on infant Mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Health. 2009, 99(1) 88-93.

[12] Guanais FC, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *J Ambulatory Care Manage.* 2009, Vol. 32. No 2, 115-122.

[13] Macinko J, Guanais FC, Souza MFM: Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006, 60:13-19.

[14] Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc sci med*, 2007; 2070-2080.

[15] Norões NMR. Ouvidoria em Saúde: guia de implantação. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2002. [Acesso em 22 Fev. 2013]. Disponível em:
http://www.institutoapoiar.org.br/imagens/bibliotecas/ouvidoria_em_saude_publica.pdf.

[16] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. Estrutura regimental do Ministério da Saúde : decreto no 7.336 de 19 de outubro de 2010 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 162 p. : il. – (Série E. Legislação de Saúde).

[17] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Orientações para implantação de Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. – Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

[18] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria- Geral do SUS. Ouvidoria-Geral do SUS: um espaço de cidadania / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 20 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

[19] Bolzan LC, Brandão LCS, Guimarães LAA, Andrade VNS. Ouvidoria Ativa: A Inovação das Pesquisas de Satisfação na Ouvidoria-Geral do SUS. Painel apresentado no V Congresso de Gestão Pública – CONSAD, nos dias 4, 5 e 6 de junho de 2012 [acesso em 20 fev 2013]; no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília/DF. Disponível em
http://www.escoladegoverno.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh_eg/imprensa/pdf/110.pdf.

[20] Moimaz SAS, Marques JAM, Saliva O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010.

[21] Sixma HJ, Spreeuwenberg PMM, van der Pasch MAA. Satisfaction with the general practitioner – a two level analysis. *Med Care* 1998; 36:212-29.

[22] Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* 1993; v. 50, n. 1, p. 49-79.

[23] Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; v. 13, n. 4, p. 317-323.

[24] Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient Satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine* 1999; v. 48, p. 989-996.

[25] Joahansson P, Oléni M, Fridlind B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. *Nordic College of caring Sciences, Scand J. Caring Sci* 2002; v. 16, p. 337-344.

[26] Assefa F, Mosse A, Hailemichael. Assessment of Clients' Satisfaction with Health Service Deliveries at Jimma University Specialized Hospital. *Ethiop J Health Sci.* 2011 July; 21(2): 101–109.

[27] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Coordenação Geral de Pesquisa e Processamento de Demandas. Relatório de Pesquisa: Relatório Preliminar da Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde e/ou Urgência e Emergência. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_pesquisa_de_satisfacao.pdf

[28] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. [acesso em 04 jan 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

[29] Sala de Apoio à Gestão Estratégica [homepage na internet]. [acesso em 04 jan 2013]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

[30] Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [homepage na internet]. [acesso em 04 jan 2013]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>.

[31] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [homepage na internet]. [acesso em 04 jan 2013]. Disponível em:

http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28&Itemid=23.

[32] IDSUS [homepage na internet]. [acesso em 04 jan 2013]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080.

[33] Andersen, R. M., Revisiting the behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, Vol. 36 March: 1-10.

[34] Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int. J. Epidemiol.* fevereiro de 1997;26(1):224–7.

[35] Snijders TAB, Bosker RJ. *Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling*. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1999.

[36] Chile, Departamento de Participación Social e Trato al Usuario, Subsecretaría de Redes Asistenciales. *Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Res Pública de Salud de Chile*. 2009. [acesso em 26 fev 2013]. Disponível em

<http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/SatisfaccionUsuaría/MEDICIONNACSATISFAC.pdf>.

[37] Wadhwa SS. Customer Satisfaction and Health Care Delivery Systems: Commentary with Australian Bias. *The Internet Journal of Health*. 2002 Volume 3 Number 1. DOI: 10.5580/47a.

[38] Qatari GA, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care setting and services in Saude Arabia. *International Journal for Quality in Health Care*; 1990; Volume 11, Number 6: pp. 523-531.

[39] Moraga ET, Torres JL. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. Rio de Janeiro. *Revista de Administração Pública*. 42(4):179-34, jul/ago 2008.

[40] Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; v. 6, p. 247-263.

- [41] Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Medical Care* 1988; v. 26, n. 4, p. 383-392.
- [42] Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of Health Services: Exploration in Causality. *Medical Care* 1989; v. 27, n. 7, p. 705-723.
- [43] Brasil, Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde, 1986. [Acesso em 6 Fev 2013]. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
- [44] Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts (2nd edn). Copenhagen: WHO, 2003.
- [45] Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006.
- [46] Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* Vol. 5 No. 3 1983.
- [47] Espiridião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.
- [48] Aspinall F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 42:324-39.
- [49] Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 1993.
- [50] Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.
- [51] Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.
- [52] Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Sauza Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 Sup:S109-S118, 2005.
- [53] Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 340, de 04 de março de 2013, que Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que Redefine

o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).
Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

[54] Novaes MRCG, Lima ACV, Noqueira DY, Cerqueira F, Souza HS, Chiari KD, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Comun. ciênc. saúde*; 21(4):289-300, 2010.

[55] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

[56] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

[57] Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

[58] Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

[59] Hercos BVS, Berezovsky A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos paciente ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq. Bras. Oftalmol.*, São Paulo, v. 69, n. 2, Apr. 2006.

[60] Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3): 669-681, 2006.

[61] Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24 Sup 1:S69-S78.

[62] Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.

[63] Merhy EE. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Apêndice 1. São Paulo: Hucitec, p. 115-133, 2002.

[64] Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Agir em Saúde. Um Desafio para o Público (Merhy EE & Onocko R, organizadores), pp. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

[65] Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Universidade Federal da Bahia. Paidéia, 2004, 14 (28), 139 – 152.

[66] Günther H. Como elaborar um questionário. Laboratório de Psicologia Ambiental. Universidade de Brasília. Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, 2003, N. 01. [Acesso 03 Mar 2013]. Disponível em: <http://beco-do-bosque.net/XTextos/01Questionario.pdf>.

[67] Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. RAE electron., São Paulo, v. 4, n. 2, Dec. 2005.

[68] Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 5(1): 7-18, 2000.

[69] Rossi CAV, Slongo LA. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 2, n. 1, Apr. 1998.

Figura 1. Modelo para satisfação com o Sistema de Saúde baseado no Modelo Teórico Conceitual de Andersen [33].

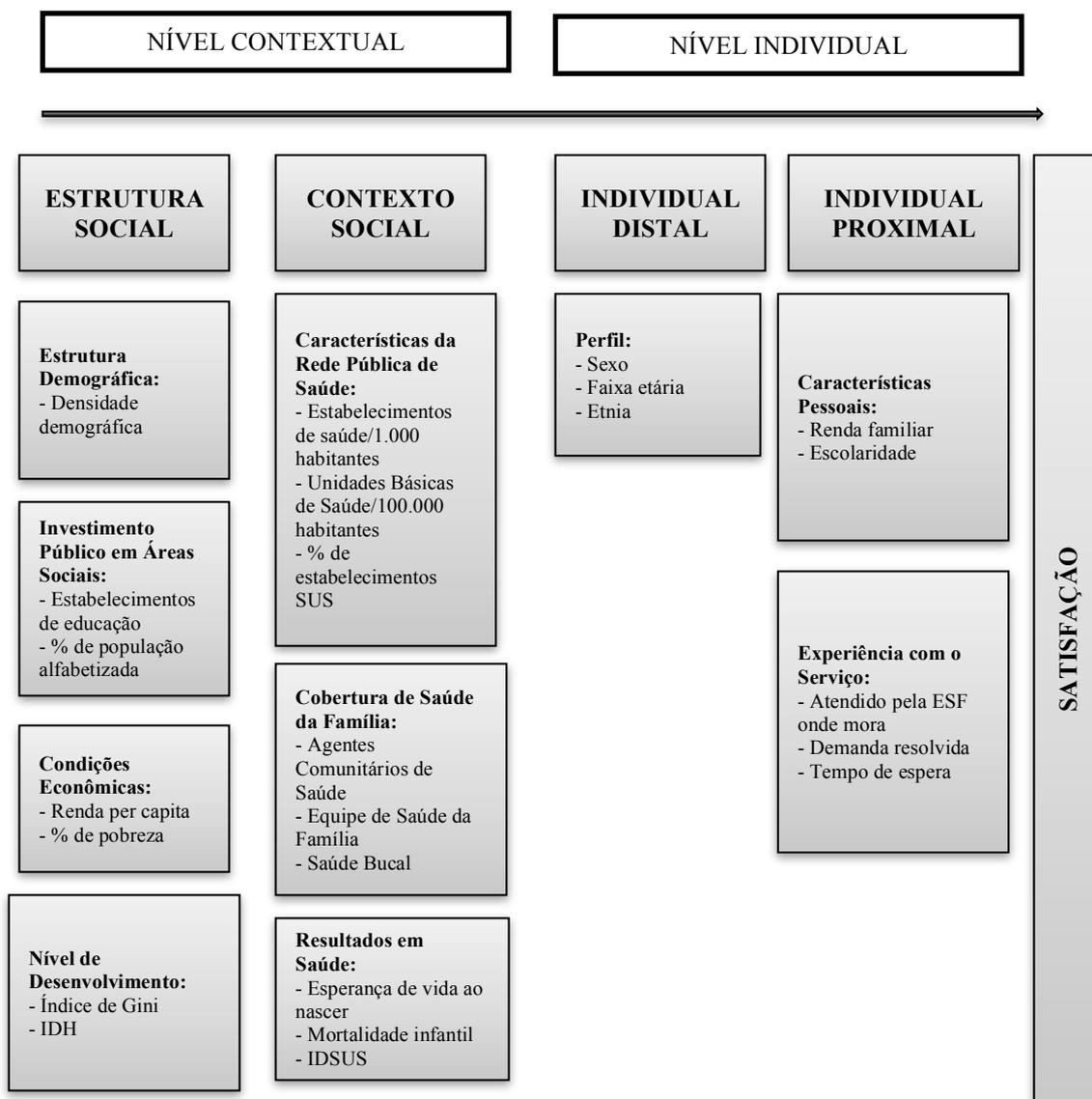


Tabela 1. Característica da amostra estudada, em relação a variáveis individuais

		Satisfeitos	Insatisfeitos	Valor de p
Características Pessoais	Renda Familiar			0,07
	Menos de um salário	1002 (21,1%)	1631 (20,0%)	
	De 1 a 2 salários	3399 (71,5%)	5843 (71,6%)	
	Mais de dois salários	355 (7,5%)	688 (8,4%)	
	Escolaridade			<0,001
	Não alfabetizado	106 (1,6%)	136 (1,2%)	
	Alfabetizado	1438 (21,8%)	1959 (17,1%)	
	Fundamental completo	1836 (27,9%)	2968 (25,9%)	
	Médio completo	2660 (40,4%)	5179 (45,1%)	
	Superior completo/pós	542 (8,2%)	1233 (10,7%)	
Experiência com o serviço	Foi atendido pela ESF onde mora (Sim)	4220 (65,6%)	5905 (53,1%)	<0,001
	Demanda			<0,001
	Resolvida	4102 (74,7%)	4451 (51,4%)	
	Resolvida parcialmente	1028 (18,7%)	2483 (28,7%)	
	Não foi resolvida	361 (6,6%)	1722 (19,9%)	
	Tempo de espera para ser atendido			<0,001
	Até 30 minutos	2500 (46,0%)	2574 (30,1%)	
	Até 1 hora	1185 (21,8%)	17,2 (19,9%)	
	Até 4 horas	1512 (27,8%)	3369 (39,4%)	
	Mais que 4 horas	243 (4,5%)	906 (10,6%)	
Perfil	Sexo feminino	4462 (67,1%)	7858 (68,1%)	0,18
	Idade			<0,001
	Até 20 anos	723 (10,8%)	967 (8,4%)	
	21 a 30	1737 (26,0%)	3292 (28,5%)	
	31 a 40	1620 (24,3%)	3013 (26,0%)	
	41 a 50	1113 (16,7%)	2038 (17,6%)	
	51 a 60	743 (11,1%)	1303 (11,3%)	
	61 anos ou mais	736 (11,0%)	956 (8,3%)	
Etnia branca	2805 (42,2%)	4743 (41,1%)	0,14	

Tabela 2. Característica da amostra estudada, em relação a variáveis contextuais

		Satisfeitos	Insatisfeitos	Valor de p
Rede Pública de Saúde	Estabelecimentos de saúde/1.000 habitantes	0,804(±0,312)	0,758(±0,303)	<0,01#
	UBS/100.000 habitantes	10,42(±5,78)	10,06(±5,78)	<0,01&
	% SUS	25,63(±14,47)	26,15(±14,53)	<0,01&
Cobertura de Saúde da Família	Agentes Comunitários de Saúde	49,70(±28,07)	49,57(±27,50)	0,56&
	Estratégia de Saúde da Família	39,46(±24,92)	39,98(±25,10)	0,18&
	Saúde Bucal	19,21(±21,59)	19,61(±21,58)	0,04&
Resultados do Sistema de Saúde	Esperança de vida ao nascer	70,33(±2,39)	70,07(±2,29)	<0,01#
	Mortalidade infantil	13,54(±2,96)	13,78(±2,96)	<0,01#
	IDSUS	5,72(±0,68)	5,61(±0,72)	<0,01#
Estrutura demográfica	Densidade demográfica	2283,23(±2505,19)	2460,07(±2507,32)	<0,01&
Investimento público em áreas sociais	Estabelecimentos de educação/ 1.000 habitantes	0,886(±0,723)	0,884(±0,557)	<0,01&
	% de população alfabetizada	82,31(±18,87)	83,81(±15,97)	<0,01#
Condições econômicas	Renda per capita	1912,52(±794,52)	1804,69(±778,93)	<0,01#
	% pobreza	30,30(±13,826)	32,42(±14,08)	<0,01#
Desenvolvimento	Índice de Gini	0,446(±0,042)	0,449(±0,043)	<0,01#
	IDH	0,811(±0,039)	0,806(±0,039)	<0,01#

#teste t de Student
& teste Mann-Whitney

Tabela 3. Fatores individuais e contextuais associados à insatisfação com o Sistema Único de Saúde

Níveis	Categorias	Variáveis	OR bruto (IC95%)	OR ajustado a (IC95%)
Nível Contextual – Estrutura Social	Estrutura demográfica	Densidade demográfica	1,033 (0,996–1,072)	1,031 (0,999-1,065) §
		Investimento público em áreas sociais	Estabelecimentos de educação/ 1.000 habitantes	1,107 (0,736-1,665)
	Condições econômicas	% de população alfabetizada	0,998 (0,977–1,019)	1,074 (1,032-1,118) §
		Renda per capita	0,845 (0,758-0,942)	0,886 (0,786-0,999) §
		% pobreza	1,009 (1,003-1,015)	1,007 (0,999-1,014) §
Desenvolvimento municipal	Índice de Gini IDH	1,014 (0,992-1,036) 0,981 (0,962-0,999)	1,012 (0,992-1,032) 0,952 (0,916-0,988) §	
Nível Contextual - Contexto Social	Rede pública de saúde	Estabelecimentos de saúde/ 1.000 habitantes	0,611 (0,464-0,804)	0,928 (0,592-1,445)
		UBS/ 100.000 habitantes	0,988 (0,974-1,002)	0,979 (0,959-0,999) §
		% SUS	1,001 (0,996-1,007)	1,001 (0,991-1,012)
	Cobertura de Saúde da Família	Agentes Comunitários de Saúde	0,999 (0,996-1,002)	0,997 (0,992-1,002)
		Estratégia de Saúde da Família	1,000 (0,997-1,004)	1,006 (1,000-1,013) §
		Saúde Bucal	1,000 (0,996-1,004)	1,000 (0,993-1,006)
	Resultados do Sistema de Saúde	Esperança de vida ao nascer	0,965(0,933-0,999)	0,983 (0,932-1,037)
		Mortalidade infantil	1,011 (0,983-1,039)	0,981 (0,945-1,020)
		IDSUS	0,830 (0,740-0,930)	0,887 (0,770-1,022) §
	Nível Individual -Distal	Perfil	Sexo (Masculino vs. Feminino)	0,985 (0,923-1,052)
Idade (Até 20 anos vs. Acima de 60 anos)			1,075 (0,934-1,237)	1,087 (0,942-1,253) §
Idade (21 a 30 vs. Acima de 60 anos)			1,534 (1,365-1,724)	1,567 (1,392-1,764) §
Idade (31 a 40 vs. Acima de 60 anos)			1,498 (1,332-1,684)	1,510 (1,341-1,700) §
Idade (41 a 50 vs. Acima de 60 anos)			1,429 (1,263-1,616)	1,436 (1,268-1,626) §
Idade (51 a 60 vs. Acima de 60 anos)			1,357 (1,187-1,551)	1,358 (1,186-1,554) §
Etnia (Branco VS. Não-branco)			1,048 (0,981-1,119)	1,075 (1,006-1,149) §
Nível Individual - Proximal	Características Pessoais	Renda Familiar (Entre 1 e 2 s.m. vs. Menos de 1 s.m.)	1,096 (1,001-1,201)	1,077 (0,963-1,205)
		Renda Familiar (Mais de 2 s.m. vs. Menos de 1 s.m.)	1,283 (1,100-1,496)	1,198 (0,951-1,508)
		Escolaridade (Alfabetizado vs. Não alfabetizado)	1,081 (0,829-1,411)	0,933 (0,642-1,357)
		Escolaridade (Fundamental vs. Não alfabetizado)	1,270 (0,976-1,654)	1,136 (0,781-1,654)

	Escolaridade (Médio vs. Não alfabetizado)	1,508 (1,162-1,959)	1,202 (0,826-1,749)
	Escolaridade (Superior ou mais vs. Não alfabetizado)	1,842 (1,397-2,430)	1,493 (0,977-2,280)
Experiência com o serviço	Atendido na ESF onde mora (Não vs. Sim)	1,678 (1,571-1,791)	1,470 (1,335-1,618)
	Demanda (Não Resolvida vs. Resolvida)	4,429 (3,919-5,005)	3,659 (3,134-4,272)
	Demanda (Parcialmente Resolvida vs. Resolvida)	2,230 (2,049-2,428)	1,926 (1,728-2,146)
	Quanto tempo esperou para ser atendido (Até 1h vs. Até 30 min.)	1,411 (1,285-1,549)	1,301 (1,154-1,466)
	Quanto tempo esperou para ser atendido (Até 4h vs. Até 30 min.)	2,185 (2,011-2,375)	1,862 (1,673-2,073)
	Quanto tempo esperou para ser atendido (Mais que 4h vs. Até 30 min.)	3,599 (3,086-4,197)	2,825 (2,328-3,427)

§ Variáveis que tiveram $p < 0,20$ no modelo do seu nível e por isso permaneceram nos modelos para os níveis subsequentes.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista telefônica mediada por computador é uma técnica viável de averiguação científica e adequada para levantamentos de base nacional em que a população deve ser suficientemente representativa para a extrapolação dos achados (Fraser et al., 2004; Günther, 2003; Milan et al., 2005; Minayo et al., 2005; Rossi et al., 1998). Neste estudo, a metodologia de verificação da satisfação garantiu a amplitude necessária para a exploração que, provavelmente, de outra maneira não teríamos condições de realizar com os recursos disponíveis. Ademais, o trabalho de apuração e divulgação dos resultados que o próprio DOGES havia feito com os resultados da Pesquisa iniciada em 2011 foi fundamental para percebermos a necessidade de aprofundarmos a investigação das variáveis independentes associadas ao desfecho em uma análise multinível.

A verificação que fatores contextuais estavam associados à satisfação do usuário do SUS foi um achado relevante, inclusive para os demais setores do Estado. O investimento nas áreas sociais, disseminando a alfabetização, contribuindo com a formação para a cidadania, aumentando o acesso da população aos bens e serviços necessários para uma vida digna interferem na satisfação do usuário com os serviços de saúde mesmo que os trabalhadores e gestores deste setor não tenham nenhuma ingerência sobre estas questões. Desta forma, precisamos ampliar as ações intersetoriais e manter o apoio aos governos comprometidos com a superação das iniquidades sociais.

Este estudo contribuiu especialmente com nossa atuação no SUS, como

trabalhadores e gestores, por clarear a força de associação dos fatores individuais na satisfação dos usuários. A partir dos primeiros resultados, percebemos como as questões sobre o tempo de espera e a resolutividade na Atenção Primária passaram a ganhar destaque especial em todos os momentos, especialmente na tomada de decisão e negociação com equipes e outros prestadores de serviço. Pensar cotidianamente na satisfação do usuário como elemento de qualidade da rede assistencial foi inovador e desafiador visto que a prática rotineira da agenda do gestor está mais ligada aos recursos disponíveis e ao projeto estratégico de governo.

Infelizmente, percebemos que, em diversos momentos, a avaliação dos serviços centrada no clássico modelo de estrutura/processo/resultado é considerada mais legítima pelos especialistas, colocando as pesquisas de satisfação dos usuários em um patamar inferior de importância.

Também consideramos que o fato das pesquisas de satisfação estarem mais presentes no setor privado, muitos gestores do SUS declaram um certo desmerecimento desta ferramenta de avaliação por receio de apenas retomar o caráter clientelista e imediatista deste tipo de levantamento.

Neste contexto, é fundamental ressaltar a importância das ações da Ouvidoria do SUS especialmente em sua atuação ativa junto à comunidade. O telefone da Ouvidoria já é um canal de comunicação reconhecido por grande parte da população brasileira, que recebe as manifestações, garante o trâmite interno adequado em todas as instâncias de gestão do Sistema e responde diretamente ao cidadão com o encaminhamento do seu pronunciamento. Ademais, a Ouvidoria do SUS tem adquirido melhor reputação junto ao cidadão notavelmente pelas diversas pesquisas de levantamento da opinião dos sujeitos e pela estratégia de envio da “Carta SUS”,

uma carta pessoal que especifica o atendimento recebido durante uma internação hospitalar – seja na rede privada, seja na pública – e convida o usuário a fazer uma breve avaliação do cuidado. Desta forma, o DOGES está contribuindo para o amadurecimento da relação de confiança e parceria entre gestores/trabalhadores/usuários na defesa do SUS através do fortalecimento da fiscalização pela população e da crescente transparência na gestão dos serviços.

A experiência do trabalho com estes dados do banco de informação da Ouvidoria do SUS foi tão interessante que já estamos dando seguimento a linha de pesquisa. Nosso grupo está finalizando a análise referente à satisfação com a Saúde Bucal e iniciando o trabalho para o desfecho satisfação com os serviços de Urgência e Emergência. Entendemos que o grande levantamento realizado, com recursos públicos e que teve a capacidade de mobilizar tantos usuários, deve ser intensamente utilizado no sentido de aproveitarmos ao máximo o seu conteúdo.

Esta pesquisa foi especialmente importante por colocar o usuário no foco da análise. O empoderamento social para a superação das iniquidades da nossa sociedade passam por esta mudança de ênfase comprometida com o cidadão. Esta atitude dialoga com nosso compromisso ético de acolher a todas as demandas em saúde contribuindo, com criatividade, para a completa implantação e legitimação do Sistema Único de Saúde.

8. ANEXOS

a. Carta para Ouvidoria do SUS

Porto Alegre, 14 de maio de 2012.

Sr. Luis Carlos Bolzan

Diretor do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS

DOGES/SGEP/MS

Sou aluna do Programa de Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias de Saúde, uma cooperação entre o Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS e Grupo Hospitalar Conceição e gostaria de desenvolver minha dissertação a partir dos resultados da pesquisa produzida pela Ouvidoria do SUS/MS sobre satisfação dos usuários do Sistema.

Considerando minha inserção no Centro de Pesquisa em Odontologia Social - CPOS/UFRGS e a linha de pesquisa da minha orientadora, Dra. Juliana Balbinot Hilgert, nosso interesse se concentra nos dados relacionados à saúde bucal e em outras variáveis que possam estar relacionadas (como gênero, idade, local de residência, escolaridade, etc.).

Desta forma, gostaria de solicitar formalmente acesso à metodologia da pesquisa telefônica, questionário utilizado e banco de dados para dar seguimento à análise e produção de novos conhecimentos, em especial para a tomada de decisão e gestão do Sistema em relação à saúde bucal.

Apenas eu, Lúcia Gimenes Passero, portadora do Registro Geral nº 5069221454; e minha orientadora, Dra. Juliana Balbinot Hilgert, portadora do Registro Geral nº 1059000214; teremos acesso ao Banco de Dados da Pesquisa de Satisfação. Também é importante informar que nenhum dado será divulgado sem prévia autorização do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – Doges.

Dada a expertise do nosso coletivo e a frutífera parceria que estamos realizando com o Ministério, através do DAB, na construção dos instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do SUS (PMAQ-AB) aproveitamos a oportunidade para manifestar o interesse e disposição da Faculdade de Odontologia da UFRGS, através do CPOS, em participar da elaboração e realização de outros estudos de interesse da Ouvidoria à disposição para esclarecer qualquer dúvidas.

Atenciosamente,

Lúcia Gimenes Passero

b. Ficha das Variáveis Contextuais

FICHA DAS VARIÁVEIS CONTEXTUAIS PARA ANÁLISE MULTINÍVEL DA PESQUISA DA OUVIDORIA - SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O SUS

CÓDIGO VARIÁVEL	FONTE DOS DADOS	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA
POP	IBGE cidades	População residente em 2010	peessoas
DENSIDADEDEMOG	IBGE cidades	Densidade demográfica	hab/Km ²
ESTABSAUDE	CNEFE - Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos	Estabelecimentos de Saúde em número absoluto	unidade
ESTABEDUCACAO	CNEFE - Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos	Estabelecimentos de ensino	unidade
POPALFABETIZADA	Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo	População residente alfabetizada	peessoas
PIBPERCAPITA	Produto Interno Bruto dos Municípios 2009	PIB per capita a preços correntes, 2009	reais
ESTABSUS	Serviços de Saúde 2009	Estabelecimentos de Saúde cadastrados no SUS em número absoluto	unidade
POBREZA	Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003	Incidência da Pobreza	%
GINI	Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003	O Índice de Gini expressa o grau de concentração na distribuição de renda da população, varia de 0 (perfeita igualdade) a 1 (desigualdade máxima).	
TXALFAB	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Sociodemográfico	Taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade (2010). IBGE	
IDH	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Sociodemográfico	Índice de Desenvolvimento Humano (2000)	
COBESB	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Atenção à Saúde	Cobertura populacional pela Equipe de Saúde Bucal em 2010. Obs.: O cálculo da população coberta e dos demais valores do programa é feito a partir da base populacional publicada em portaria ministerial e utilizada para determinação do PAB do município	%
COBESF	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Atenção à Saúde	Cobertura populacional pela Equipe de Saúde da Família em 2010. Obs.: O cálculo da população coberta e dos demais valores do programa é feito a partir da base populacional publicada em portaria ministerial e utilizada para determinação do PAB do	%

		município	
COBACS	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Atenção à Saúde	Cobertura populacional pelos Agentes Comunitários de Saúde em 2010. Obs.: O cálculo da população coberta e dos demais valores do programa é feito a partir da base populacional publicada em portaria ministerial e utilizada para determinação do PAB do município	%
UBS	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Atenção à Saúde	Número de Unidades Básicas de Saúde em funcionamento registradas no CNES, competência 05/2012	UBS
RENDAPERCAPITA	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Sociodemográfico	Renda per capita 2010	reais
IDSUS	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Sociodemográfico	Índice de Desempenho do SUS, Dados de 2010, publicado em 2011	
ESPERANCAVIDA	SALA DE SITUAÇÃO DO MS	Esperança de vida ao nascer (2009)	anos
MORTALIDADEINFANTIL	SALA DE SITUAÇÃO DO MS. Indicadores de mortalidade - Específicas da criança - Óbitos e taxa por 1.000 nascidos vivos	Taxa de Mortalidade Infantil. Número de óbitos de crianças residentes com menos de um ano de idade. Fonte: SIM. Denominador: Números de nascidos vivos de mães residentes. Fonte: SINASC. Dados de 2010	/1000 nascidos vivos
ESTABEDUCACAOHAB	nova variável	Estabelecimentos de ensino por habitante	Estabelecimento/habitante
ESTABEDUCACAOMILHAB	nova variável	Estabelecimentos de ensino por mil habitante	Estabelecimento/mil habitantes
ESTABSAUDEHAB	nova variável	Estabelecimentos de Saúde em número absoluto por habitante	Estabelecimento/habitante
ESTABSAUDEMILHAB	nova variável	Estabelecimentos de Saúde em número absoluto por mil habitantes	Estabelecimento/mil habitantes
PERPOPALFABETIZADA	nova variável	Percentual de população alfabetizada. Cálculo: População residente alfabetizada (IBGE) *100/ População (IBGE)	%
PERSUS	nova variável	Percentual de estabelecimentos SUS. Cálculo: Estabelecimentos de Saúde cadastrados no SUS em número absoluto (IBGE) *100/ Estabelecimentos de Saúde em número absoluto (IBGE)	%

UBSHAB	nova variável	Número de Unidades Básicas de Saúde em funcionamento registradas no CNES, competência 05/2012 (MS) por habitante (IBGE)	UBS/habitante
UBSCEMMILHAB	nova variável	Número de Unidades Básicas de Saúde em funcionamento registradas no CNES, competência 05/2012 (MS) por cem mil habitantes (IBGE)	UBS/100 mil habitantes

c. Questionário da pesquisa telefônica

Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS - QUESTIONÁRIO

Pergunta Introdutória

0- Você utilizou o Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, um sistema público de Saúde municipal, estadual ou federal, nos últimos 12 meses, para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos?

R:

Sim

Não

0- Você levou, nos últimos 12 meses, seu filho(a) menor de 16 anos para atendimento no SUS tais como vacinação consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos?

R:

Sim

Não

I – Se o cidadão utilizou o SUS nos últimos 12 meses ou o dependente, coletar os seguintes dados:

1 - Para qual(is) atendimento(s) você procurou o SUS (pode marcar mais de uma opção):

- Vacinação, curativos, orientações
- Consultas médicas
- Consulta odontológica
- Exames de laboratório ou imagem
- atendimentos de Urgência/SAMU
- Internações
- Para pegar medicamentos

Atenção Básica (exceto Saúde Bucal)

2 - Você é atendido por uma Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde que atende a região onde você mora?

- Sim
- Não
- Não Sei

3 - Você recebeu em sua casa a visita de um Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 6 meses?

- Sim
- Não
- Não Sei

(Se não ou não sei, ir para a questão 5)

4 - Como você avalia a atuação do Agente Comunitário de Saúde no acompanhamento e promoção da saúde de sua família?

- Muito Ruim
- Ruim
- Regular
- Boa
- Muito Boa

5 - Você procurou atendimento pelo SUS numa Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde, nos últimos 12 meses:

- Sim
- Não

(Se não, ir para a questão 15)

6 - Quanto tempo você gastou para chegar à Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde/ Centro de Saúde?

- Até 30 minutos
- Até 1 hora

- Até 2 horas
- Até 4 horas
- Até 12 horas
- Mais de 12 horas
- Mais de 1 dia
- Não sei

7 - Quanto tempo você esperou para ser atendido na Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde? (Tempo entre o momento da chegada à unidade de saúde e o momento do atendimento)

- Até 30 minutos
- Até 1 hora
- Até 2 horas
- Até 4 horas
- Mais de 4 horas
- Não foi atendido
- Não sei

8 - Você precisou agendar a consulta com o médico na Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde/ Centro de Saúde

- Não, fui atendido no dia
- Sim, fui atendido no dia seguinte
- Sim, fui atendido em até 1 semana
- Sim, fui atendido em até 2 semanas
- Sim, fui atendido em até 1 mês
- Sim, fui atendido em mais de 1 mês
- Não sei

9 - Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?

- Muito Ruim
- Ruim
- Regular

- Bom
- Muito Bom

10 - Como você avalia o atendimento do médico?

- Muito Ruim
- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito Bom

11- Ao fim do atendimento no Centro de Saúde você acha que sua demanda:

- Foi Resolvida
- Foi Resolvida Parcialmente
- Não foi Resolvida

12 - Você recomendaria o Centro de Saúde para um amigo ou familiar?

- Sim
- Não

13 - Você recebeu encaminhamento para a realização de algum outro procedimento pelo SUS?

- Sim Não (se não, ir para questão 15)

14 - O encaminhamento foi para qual procedimento? Conseguiu realizar?

- Exames Realizou integralmente Realizou parcialmente Não realizou
- Consulta com Especialista Realizou integralmente Realizou parcialmente Não realizou
- Encaminhamento para Urgência Foi atendido Não foi atendido
- Internação Hospitalar Foi internado Não foi internado
- Medicação Foi entregue na UPA Buscou na UBS Buscou no Aqui tem Farmácia Popular Buscou na Farmácia popular Buscou no Hospital/Instituto Não recebeu medicação Comprou na Rede Privada Outros

Atenção Odontológica

15 - Você buscou atendimento com dentistas, pelo SUS, nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não (Se não, ir para questão 23)

16 - Onde foi este atendimento:

- Unidade Básica de Saúde - UBS
- Centro de Especialidades Odontológicas - CEO
- UBS e depois foi encaminhado para o CEO

17 - Quanto tempo você gastou para chegar à Unidade onde foi atendido?

- Até 30 minutos
- Até 1 hora
- Até 2 horas
- Até 4 horas
- Até 12 horas
- Mais de 12 horas
- Mais de 1 dia
- Não sei

18 - Quanto tempo você esperou para ser atendido pelo dentista? (Tempo entre o momento de chegada ao consultório do dentista e o momento em que foi atendido)

- Até 30 minutos
- Até 1 hora
- Até 2 horas
- Até 4 horas
- Mais de 4 horas
- Não foi atendido
- Não sei

19 - Como você avalia o atendimento pelo dentista do SUS?

- Muito Ruim
- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito Bom

20 - Você completou o seu tratamento dentário?

- Sim
- Ainda estou fazendo
- Não

21 - Você avalia que sua demanda foi resolvida:

- Sim
- Parcialmente
- Não foi Resolvida

22 - Você recomendaria o Centro de Saúde ou o CEO para um amigo ou familiar?

- Sim
- Não

Urgência e Emergência

23 - Você procurou atendimento de urgência em uma UPA, Unidade 24 horas ou Pronto Socorro do SUS, nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não (Se não, ir para questão 32)

24 - Onde foi este atendimento:

- UPA
- Unidade 24 horas

Pronto Socorro do SUS

Não sei

25 - Quanto tempo você gastou para chegar a UPA, Unidade 24 horas ou Pronto Socorro do SUS?

Até 30 minutos

Até 1 hora

Até 2 horas

Até 4 horas

Até 12 horas

Mais de 12 horas

Mais de 1 dia

Não sei

26 - Quanto tempo você esperou para ser atendido na UPA, Unidade 24 horas ou Pronto Socorro do SUS? (Tempo entre o momento de chegada ao local de atendimento e o momento em que foi atendido)

Até 30 minutos

Até 1 hora

Até 2 horas

Até 4 horas

Mais de 4 horas

Não foi atendido

Não sei

27 - Como você avalia o atendimento nesta UPA – Unidade de Pronto Atendimento, Unidade 24 horas ou Pronto Socorro do SUS?

Muito Ruim

Ruim

Regular

Bom

Muito Bom

28 - Você recebeu encaminhamento para a realização de algum outro procedimento?

Sim Não (Se não, ir para questão 30)

29 - O encaminhamento foi para qual procedimento? Conseguiu Realizar?

Exames Realizou integralmente Realizou parcialmente Não realizou

Consulta com Especialista Realizou integralmente Realizou parcialmente Não realizou

Encaminhamento para UBS Foi atendido Não foi atendido

Internação Hospitalar Foi internado Não foi internado

Medicação Foi entregue na UPA Buscou na UBS Buscou no Aqui tem Farmácia Popular Buscou na Farmácia popular Buscou no Hospital/Instituto Não recebeu medicação Comprou na Rede Privada Outros

30 - Ao fim do atendimento na Unidade você acha que sua demanda:

Foi Resolvida

Foi Resolvida Parcialmente

Não foi Resolvida

31 - Você recomendaria a UPA para um amigo ou familiar?

Sim

Não

32 - Você ou seu dependente (menor de 16 anos) tem Plano de Saúde:

Sim;

Sim, o dependente

Sim, ambos

Não

Não informado

33 - No geral, como você avalia o SUS - Sistema Único de Saúde?

Muito Ruim

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito Bom

34 - Se **SIM**, fazer os seguintes questionamentos:

Quais os motivos o(a) levaram a adquirir um plano de saúde? (Resposta aberta)

35 - Por que o senhor(a) optou por utilizar o SUS em vez do Plano de Saúde?
(Resposta aberta)

PERFIL

1. Qual sua Idade:

- Menor de 16 anos
- 16 a 20
- 21 a 30
- 31 a 40
- 41 a 50
- 51 a 60
- Acima de 60
- Não informado

2. Identidade de gênero:

- Feminino
- Masculino
- Não Informado

3. Qual a sua Cor/Raça:

- Branco
- Preto
- Amarelo
- Pardo
- Indígena

Não Informado

4. Qual a Renda de sua família:

- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Maior que 2 até 5 Salários Mínimos
- Maior que 5 até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não Informado

5. Qual a sua Escolaridade:

- Não Sabe Ler/Escrever
- Alfabetizado (Pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhece)
- Nível Fundamental Completo (1º Grau Completo)
- Nível Médio Completo (2º Grau Completo)
- Superior Completo
- Especialização/Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Não Informado

II – Se o cidadão NÃO utilizou o SUS nos últimos 12 meses (e nem o dependente), coletar os seguintes dados:

1. Por que o senhor(a) optou por não utilizar o SUS? (Resposta aberta)

2. Você ou seu dependente (menor de 16 anos) tem Plano de Saúde:

- Sim
- Sim, o dependente
- Sim, ambos
- Não

Não informado

3. Se **SIM**, perguntar:

Quais os motivos o(a) levaram a adquirir um plano de saúde? (Resposta aberta).

4. No geral, como você avalia o SUS - Sistema Único de Saúde?

Muito Ruim

Ruim

Regular

Bom

Muito Bom

Não quis avaliar

PERFIL

1. Qual sua Idade:

Menor de 16 anos

16 a 20

21 a 30

31 a 40

41 a 50

51 a 60

Acima de 60

Não informado

2. Identidade de gênero:

Feminino

Masculino

Não Informado

3. Qual a sua Cor/Raça:

Branco

Preto

Amarelo

- Pardo
- Indígena
- Não Informado

4. Qual a Renda de sua família:

- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Maior que 2 até 5 Salários Mínimos
- Maior que 5 até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não Informado

5. Qual a sua Escolaridade:

- Não Sabe Ler/Escrever
- Alfabetizado (Pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhece)
- Nível Fundamental Completo (1º Grau Completo)
- Nível Médio Completo (2º Grau Completo)
- Superior Completo
- Especialização/Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Não Informado