

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS: QUESTÃO DE CIDADANIA*

EVALUATION OF HEALTH SERVICES BY USERS: A MATTER OF CITIZENSHIP

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LOS USUARIOS: CUESTIÓN DE CIUDADANÍA

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes¹

Estudos sobre avaliação em serviços de saúde discutem a problemática que é incorporar a satisfação dos usuários a estes serviços, pois eles podem desejar que se faça o que não seria correto do ponto de vista ético, embora reconheçam a sua validade. A década de 90 marcou o apogeu das medidas de avaliação da satisfação de usuários, no contexto da expansão dos Programas de Qualidade no setor empresarial e sua implantação em serviços de saúde. Assim, este trabalho tem como objetivo discutir as diferenças entre satisfação de usuários/cidadãos e clientes/consumidores em serviços de saúde, à luz das mudanças que estão sendo introduzidas nesses serviços, e identificar a relação entre os diferentes graus de implantação do Programa de Qualidade Total (PQT) nos serviços municipais de saúde, a satisfação dos usuários e o entendimento de cidadania. Para tanto, apresenta-se, inicialmente, uma revisão de literatura sobre as diferenças entre usuário/cidadão e cliente/consumidor e o significado da satisfação de usuários, contextualizando o desenvolvimento dos estudos de avaliação sobre o tema. Na seqüência são discutidos os resultados do estudo empírico sobre satisfação de usuários, realizado em dois períodos de gestão pública municipal (1993-96 e 1997-2000), com 4.805 usuários dos serviços de saúde nos quais fora implantado o PQT. Conclui-se que a avaliação dos usuários em relação aos serviços demonstra a sua capacidade de perceber as mudanças e que é no cotidiano, no real concreto, que estão as oportunidades de aprendizagem coletiva. E ainda que a incorporação de terminologias como cliente e consumidor, nos serviços de saúde, em nada ajuda para aumentar o entendimento dos usuários da saúde enquanto um direito de cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação. Serviços de Saúde. Cidadania.

Studies concerning the evaluation of health services discuss the difficulty of incorporating user satisfaction to these services. Often, users make unethical requests even though they are aware of their validity. The 1990s marked the highpoint of measures to evaluate user satisfaction within the context of the expansion of Quality Programs in the business sector and their implementation in health services. The objectives of this study are firstly to discuss the differences between user/citizen satisfaction and client/consumer satisfaction in health services in the light of changes being introduced within these services; secondly, to identify the inter-relation between the different degrees of implementation of the Total Quality Program (PQT) in the municipal health services, and user satisfaction and citizenship awareness. To begin with, the study presents a revision of literature regarding differences between user/citizen and client/consumer, and the meaning of user satisfaction in the context of the development of studies regarding evaluation in this area. Subsequently, the results of this empirical study on user satisfaction are discussed. The study was carried out in two periods of public municipal management (1993-96 and 1997-2000), with 4,805 users of health services where the PQT was implemented. The study concludes that user evaluation in relation to the services illustrates the users' capacity to perceive changes, and also that it is in the day-to-day that the opportunities for

* Estudo realizado com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

¹ Enfermeira, Profa. da Escola de Enfermagem/UFBA, doutora em Administração Pública.

collective learning exist. And also that the incorporation of terminologies such as client and consumer in health services does not aid in raising user awareness regarding health as a citizenship right.

KEY WORDS: *Evaluation. Health Services. Citizenship.*

Estudios de evaluación sobre el servicio de salud, discuten la problemática que representa incorporar la satisfacción de los usuarios a estos servicios, considerando que ellos quieran que se haga aquello que, desde el punto de vista ético, no sería correcto, aunque reconozcan su validez. La década de los noventa marcó el apogeo de las medidas evaluadoras de la satisfacción de los usuarios, dentro del contexto de la expansión de los programas de calidad en el sector empresarial y su consecuente implantación en los servicios de salud. Así, el objetivo de este trabajo es discutir las diferencias entre usuarios/ciudadanos y clientes/consumidores, en lo que respecta a satisfacción en los servicios de salud, frente a los cambios que están siendo implantados en los mismos; identificar la relación entre los diferentes grados de implantación del Programa de Calidad Total (PCT) en los servicios municipales de salud, la satisfacción de los usuarios y la comprensión de ciudadanía. Inicialmente se presenta una revisión de la literatura sobre las diferencias entre usuarios/ciudadanos y clientes/consumidores y el significado de la satisfacción para los usuarios, contextualizando el desarrollo de los estudios de evaluación sobre el tema. En seguida, son discutidos los resultados de un estudio empírico sobre satisfacción de los usuarios del servicio público municipal, realizado en dos gestiones administrativas (1993-96 y 1997-2000), con 4.805 usuarios de servicios públicos, en los cuales había sido implantado el PCT. Concluyese que la evaluación de los usuarios, con relación a los servicios, demuestra su capacidad de percibir los cambios, que es en el cotidiano y en la realidad concreta donde están las oportunidades de aprendizaje colectivo. Y aún, que la incorporación de términos como cliente y consumidor en dichos servicios, no ayudan en nada para aumentar la comprensión de los usuarios con relación al derecho ciudadano.

PALABRAS-CLAVE: *Evaluación. Servicios de salud. Ciudadanía.*

INTRODUÇÃO

Na década de 50, o aumento de pesquisas sobre a relação entre profissionais de saúde e usuários contribuiu para que a perspectiva destes últimos entrasse na agenda. A partir daí, visualizaram-se os benefícios potenciais se o comportamento dos usuários pudesse ser avaliado e mais bem entendido. Para tanto, foram utilizados questionários para quantificar a avaliação. Isto facilitou a descoberta da ligação entre três tipos de complacência, o que foi visto como “satisfação do paciente”: manutenção da consulta, cumprir o tratamento recomendado e usar a medicação. A satisfação do usuário passou a ser uma meta dos serviços de saúde e um pré-requisito da qualidade do cuidado. Isso ajudou a legitimar a importância da perspectiva do usuário entre profissionais de saúde comprometidos com os efeitos do cuidar.

Nas décadas de 60 e 70, devido ao aumento dos custos com serviços de saúde e à competitividade acirrada, o consumidor passou a ser figura central nas relações de troca,

pressionando por mudanças. Nos serviços de saúde, esta pressão resultou em mudanças na definição de qualidade, tornando-se a satisfação do usuário um atributo desta definição, uma meta legítima dos serviços de saúde. Neste contexto, a satisfação do usuário é considerada um produto, não podendo o serviço ter qualidade se o paciente não estiver satisfeito.

Na década de 80, aumentou a popularidade das pesquisas sobre satisfação de usuários, no bojo da avaliação do setor público de serviços de saúde, devido ao aumento do consumo e da necessidade de aumentar a eficiência. Até 1987, a ênfase era sobre os custos e o controle dos gastos. Após 1987, o enfoque recaiu sobre os resultados, a qualidade e a satisfação das necessidades do consumidor. Em 1988, a Constituição brasileira definiu a saúde como direito de cidadania e dever do estado (BRASIL, 1989). A década de 90 foi o apogeu das medidas de avaliação da satisfação de usuários, no contexto da expansão dos Programas de

Qualidade no setor empresarial e sua implantação em serviços de saúde. Como parte do discurso associado a valores empresariais, os autores que lidam com a temática da qualidade em serviços de saúde passaram a denominar o paciente de cliente ou consumidor.

Nos serviços de saúde, a qualidade depende dos sujeitos que praticam as ações e, principalmente, dos que sofrem a ação, ou seja, o cidadão. Assim, o conhecimento sobre o grau de satisfação com serviços de saúde utilizados é de relevância para que suas necessidades sejam efetivamente atendidas.

DISTINGUINDO PACIENTES, USUÁRIOS/CIDADÃOS DE CLIENTES/ CONSUMIDORES

Em que pese a tradição de denominar o usuário de serviços de saúde de “paciente”, uma variedade de termos é usada para descrever aqueles que recebem serviços públicos: clientes (*customers* ou *clients*), usuários, consumidores e público (HAGUE, 1989 apud GYFORD, 1991). Isso sugere que estes conceitos são usados de modo intercambiável, sem preocupação com os significados. Geralmente, quando há dependência dos profissionais para prestar um serviço, usa-se o termo cliente, porém, nos serviços sociais, é mais comum o termo “usuário”. A denominação “consumidor” é usada para expressar relações de troca com pagamento pelo serviço. O termo *consumerism* significa o estímulo aos atos de consumo de um produto ou serviço e abrange não só a defesa dos interesses do consumidor, como também as virtudes do alto consumo, defendidas pelo capitalismo.

O amplo apelo ao consumo e sua orientação para o cliente reflete não apenas uma orientação apolítica de origem gerencial, mas uma estratégia de difusão destes conceitos (GYFORD, 1991). Deste modo, argumenta-se que falar a linguagem do consumo e da escolha não é o mesmo que a linguagem do poder e do controle, pois o *consumerism* não provoca uma mudança radical na distribuição de poder e não encoraja

os consumidores a levarem em conta as preferências e os direitos dos outros (GYFORD, 1991). Segundo o autor, a lógica das organizações públicas não é meramente consumista. Assim, ele sugere que seria necessário mudar de um foco instrumental sobre o consumo para o foco sobre o cidadão e noções de cidadania, o que abrange o reconhecimento dos direitos dos outros e a importância dos deveres e direitos. Ou seja, no caso dos serviços de saúde, a simples mudança de terminologia de paciente para cliente não incrementa o potencial de participação cidadã para assegurar direitos sociais constitucionalmente garantidos, pelo contrário, estimula o comportamento de consumidor e o abandono dos serviços públicos.

Além disso, observa-se que o transplante acrítico de programas de qualidade do setor privado para o setor público, com enfoque no cliente, pode contribuir para a redução dos espaços de ação cívica. Entende-se que a provisão pública de serviços de saúde pode servir para elevar a participação cidadã em questões que afetam diretamente a coletividade, contribuindo para aprofundar a democratização do acesso aos cuidados de saúde.

A literatura sobre implantação de programas de qualidade foca sobre fatores organizacionais e indica que a mudança cultural é uma importante estratégia para o sucesso da iniciativa. Contudo, usualmente, essa literatura centrada no cliente não trata da mudança cultural na perspectiva do cidadão e não aborda a importância do conhecimento dos usuários sobre os processos que ocorrem na organização como forma de aumentar o seu poder de barganha, por meio da participação. Ou seja, tratar o cidadão como cliente e este enquanto um ente à parte, significa identificá-lo com alguém cuja participação se limita ao poder de compra, mediado pelas relações de mercado.

A baixa qualidade dos serviços públicos gera e perpetua uma baixa expectativa em relação ao que pode ser oferecido, tanto pelos usuários quanto pelos prestadores de serviços, contri-

buindo para gerar um ciclo vicioso de insatisfação e frustração de gerentes e usuários (GASTER, 1999). Neste cenário, as alternativas para os usuários têm sido o abandono do serviço (*exit*) e, para os gerentes, a implantação de práticas gerenciais consideradas exitosas no setor privado, como Qualidade Total.

No setor saúde, denominar os indivíduos que fazem uso destes serviços de consumidores, usuários, clientes ou pacientes não é só uma questão etimológica, mas parece fazer parte de uma estratégia que objetiva maximizar os atos de consumo.

Santos (1998, p. 41) apresenta uma distinção entre consumidor e cidadão:

[...] consumidor não é o cidadão [...] Consumidor alimenta-se de parciaisidades, contenta-se com respostas setoriais, alcança satisfações limitadas, não tem direito ao debate sobre os objetivos de suas ações públicas ou privadas [...] cidadão é multidimensional [...] em que cada dimensão se articula com as demais na procura de um sentido para a vida e faz dele um ser em busca de futuro, um homem à altura do seu tempo histórico.

Para Hirschman (1983) os atos de consumo, do mesmo modo que os de participação em questões públicas, são realizados porque se espera que gerem satisfação. No entanto, estes atos são potencialmente geradores de decepção e insatisfação. O entendimento das reações às decepções pode ser proporcionado pela teoria econômica tradicional. Se importantes experiências de consumo privado deixam decepção e frustração, e se, ao mesmo tempo, o consumidor decepcionado encontra um tipo diferente de “busca de felicidade”, uma possível dedução, com base nessa teoria, é que ele abraça essa busca. Porém, ressalta Hirschman (1983), isso ocorre se os consumidores estiverem conscientes de que são cidadãos e viverem em uma cultura em que público e privado sejam importantes categorias dicotômicas que estão em permanente competição pelas atenções e tempo do cidadão-consumidor.

A reação à decepção é entendida pela Teoria da Escolha Pública como o “afastamento” ou (*exit*), no sentido de abandonar o consumo de um produto ou serviço. Para Hirschman (1983), existe outra saída que é manifestar-se, engajando-

se em ações que vão da reclamação individual até à ação popular de interesse geral (*voice*). Na maioria dos casos, a manifestação é uma ação pública por natureza e pode enfraquecer a reação do tipo afastamento, aumentando a tendência à mudança das ações na esfera pública. Portanto, a possibilidade de manifestar-se está associada ao auto-reconhecimento enquanto cidadão e a saída, “ir embora”, associa-se ao comportamento do consumidor.

A possibilidade de escolha por parte do “usuário” é tratada pela Teoria da Escolha Pública (OLSON, 1971; SANDLER, 1992) como garantia de qualidade e a saída (*exit*), no sentido de abandonar aquele prestador de serviço que não corresponde às suas expectativas, é considerada como o mecanismo mais efetivo de mudança organizacional. No entanto, a pressão do “usuário” parece ser um fator importante na implantação de melhorias, mas não o único. A alternativa de saída (ir embora) pode até ser a mais adequada em determinados contextos e estruturas de mercado. Em serviços de saúde, muitos usuários não disporão de outras alternativas, de modo que o “poder” de saída não é uma opção entre serviços que estão dominados pelos que os oferecem. Por exemplo, qual o sentido de um usuário de serviço público de saúde demandar outro serviço público, se a qualidade poderia ser igual ou até pior? Além de tudo, o poder de escolha geralmente está relacionado ao conhecimento decorrente do acesso a informações corretas. Para isso, torna-se necessário a existência de canais regulares de acesso às informações sobre os direitos, nos quais os usuários irão se apoiar, quando não tiverem suas demandas atendidas (POLLITT, 1994).

O QUE SIGNIFICA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM SERVIÇOS DE SAÚDE?

Apesar desta trajetória de avaliação da satisfação de usuários e das mudanças, os procedimentos para avaliar satisfação com cuidados de saúde têm demandado clareza de critérios para medir e definir o mínimo de padrões. A perspectiva do usuário ganhou

legitimidade e o consumismo da década de 80 fez proliferar o número de pesquisas sobre o assunto; no entanto, é preciso recuperar o entendimento do que significa satisfação. Para Williams (1994), assumir o significado de satisfação é defender o conceito de mais motivos e valores consumistas. Discordamos, em parte, do autor, pois entendemos que é possível adotar a avaliação de satisfação de usuários, revertendo a lógica consumista em favor da participação e da cidadania. A questão central é não transformar cidadãos em meros consumidores de serviços, que em princípio não são mercadorias.

A satisfação do usuário insere-se na complexa área de avaliação qualitativa dos serviços de saúde. O objetivo das medidas de avaliação é converter conceitos em estratégias, tendo-se critérios e padrões de medição claramente definidos, em linguagem adequada ao perfil dos usuários. O conceito de satisfação de usuários é datado e faz parte de um contexto sócio-cultural e político de uma determinada sociedade. Somente a partir do reconhecimento de um problema como uma necessidade é que o indivíduo passa a demandar um serviço. Assim, a categoria básica de análise na avaliação da satisfação dos usuários é a necessidade, histórica e socialmente determinada.

De acordo com Øvretveit (1995), a percepção do usuário sobre um serviço está relacionada com o seu grau de expectativa consciente e não consciente, com mudanças introduzidas no serviço, com experiências anteriores e decorre da comparação com outros serviços. Ainda conforme este autor, na perspectiva dos usuários, qualidade significa: a satisfação das suas necessidades, conforme são percebidas pelos profissionais; o uso eficiente dos recursos, comparando-se com os competidores; e a satisfação das exigências éticas, legais e contratuais. Esta definição apresenta a dimensão do usuário atrelada às dimensões dos profissionais, conferindo a estes o poder de definir as necessidades daqueles. Deste modo, sua operacionalização demanda a existência de “padrões” que definam como satisfazê-las. Embora seja dada ao profissional de saúde a

prerrogativa de definir as necessidades de serviços de saúde, não lhes é dado o poder de decidir os limites do consumo. No setor saúde, a decisão quanto aos limites para a intervenção terapêutica é de fundamental importância, já que é difícil determinar quando se deve parar o investimento de recursos, seja na perspectiva individual ou coletiva. Na perspectiva individual, esta decisão é, na maioria das vezes, tomada pela família do paciente e/ou pelas agências financiadoras. Na perspectiva coletiva, isso se dá conforme o regime político adotado, podendo ser de forma mais participativa ou não.

O reconhecimento de uma necessidade não afasta a hipótese do consumismo. Sabe-se que “a oferta cria a sua própria demanda.” Isso pode ser uma lei de mercado aplicável a serviços de saúde. Em uma sociedade na qual predomina a lógica de mercado, em que produção, oferta, demanda e consumo estão interrelacionados, o determinante prioritário é a aquisição mercantil do que é oferecido. Neste contexto, as expectativas do cliente podem ser incorporadas ao projeto produtivo, pois é ele quem vai possibilitar o consumo destes produtos no mercado.

Contudo, neste trabalho, assumem-se os pressupostos de que cidadão/usuário e consumidor/cliente são identidades políticas diferentes e que saúde não é uma mercadoria, produto de uma máquina na engrenagem de uma cadeia de produção. Outro pressuposto é de que a medida de satisfação deve servir para tomada de decisões, em um processo que se prioriza as melhorias, ou seja, ao se medir o grau de satisfação do usuário, está se assumindo que suas expectativas serão satisfeitas. Isto posto, pode-se concluir que a expressão da satisfação do usuário com um aspecto particular do cuidado, significa que certos atributos daquele aspecto foram aprovados por ele e que na sua avaliação são considerados aspectos relativos ao contexto, ao conhecimento do serviço, a ajuda encontrada no passado e recebida de outros serviços. Assim, é preciso que o avaliador conheça quando e em quais condições o usuário toma um aspecto particular da qualidade para avaliar. Sem este conhecimento é impossível

interpretar o seu grau de satisfação. Isso não significa que a avaliação não tenha correlação com o cuidado recebido, mas indica a necessidade de compreender que uma avaliação sobre estas condições possui estas interferências.

CIDADÃO: DIMENSÃO ESQUECIDA NA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE?

Na perspectiva da gestão da qualidade total, nos moldes empresariais, o cliente é o elemento mobilizador das relações no mercado de bens de consumo. Na ótica dos serviços de saúde, a importância recai sobre o cidadão. Entretanto, esta parece ser uma dimensão esquecida, observando-se que os profissionais de saúde, e principalmente da enfermagem, vem adotando a terminologia sem as devidas reflexões sobre as conseqüências de uma aparente confusão semântica, mas que faz parte de uma estratégia sutil de fortalecimento da lógica de mercado.

Pode-se indagar ainda se, mesmo no setor privado de saúde, é facultado ao “cliente” o poder de escolha sobre quais serviços recorrer, qual profissional demandar, quais medicamentos tomar, qual alimentação usar, enfim, em que medida ele “participa” das decisões sobre o seu diagnóstico e tratamento ou se ele é um agente passivo, um insumo na complexa cadeia de produção de serviços de saúde, sujeito às pressões de consumo. Caso prevaleça esta condição, como pode este usuário se transformar em um importante agente de mudança organizacional? Em serviços de saúde, o “cidadão” faz parte do processo de produção, de modo que a sua possibilidade de escolha e participação na definição dos padrões de qualidade poderia contribuir para sua reafirmação enquanto determinante para a existência daquele serviço. No caso específico da enfermagem, isso poderia contribuir para dar a devida visibilidade social à profissão.

Diferentes leituras sobre cidadania podem ser feitas. Contudo, este continua sendo um conceito-chave para se compreender as relações entre Estados que se reestruturam e sociedades que possuem características econômicas, políticas, sociais e culturais peculiares. Neste estudo, enfoca-se a cidadania na perspectiva republicana, que vê o cidadão como portador de virtudes que o orientam para o mundo público, ou seja, enquanto um conjunto de direitos e deveres ante os outros, o Estado e a sociedade, ou enquanto ideal liberal, cuja cidadania é outorgada pelo Estado e cujos valores são orientados para o consumo e para o mundo privado, priorizando qualidades pessoais positivas, autonomia e riqueza. Sabe-se que o conhecimento sobre o significado da cidadania não, necessariamente, levaria à ação participativa dos cidadãos, mas poderia ajudar nos processos de melhorias nos serviços de saúde.

No contexto das inovações pautadas nos Programas de Qualidade, o cidadão é tratado como “cliente ou consumidor”, o que significa posicionar-se como um sujeito cujo poder se resume à capacidade de consumo de bens e serviços ofertados pelo mercado. Neste sentido, a expressão das insatisfações é o abandono do serviço pelo usuário. A satisfação do usuário não pode ser uma estratégia de *marketing*, objetivando a venda de serviços, nem se transformar em uma medida demagógica e inconseqüente de dar voz ao usuário sem que suas opiniões se traduzam em medidas transformadoras.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo comparativo, de dois cortes transversais (1996 e 1998) nos serviços municipais de saúde de Salvador. Em 1996, as dezenove unidades operacionais da Secretaria Municipal de Saúde foram classificadas² segundo o grau de implantação do PQT,

2 Os indicadores utilizados para a classificação das unidades quanto ao grau de implantação do PQT foram: a) planejamento e avaliação descentralizados; b) existência e funcionamento de comitês de qualidade; c) participação dos usuários na gestão das unidades através dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Os dados referentes a estes indicadores foram coletados a partir dos roteiros de entrevista com representantes dos usuários nos CLS. As unidades foram classificadas em grau I (mínimo) - quando nenhum dos indicadores estava presente; grau II (médio) - quando estavam presentes até dois indicadores; e grau III (máximo) - quando estiveram presentes os três indicadores.

selecionando-se uma amostra aleatória de nove unidades (três de cada grau de implantação). Como instrumentos de coleta de dados, foram realizadas entrevistas com representantes dos Conselhos Locais de Saúde e aplicados questionários com usuários em situação de uso do serviço de saúde, que freqüentavam a unidade por três ou mais vezes. A amostra de usuários foi calculada considerando uma previsão da proporção populacional de 50% e um nível de confiabilidade de 95%, resultando em 2.402 pessoas em 1996 e 2.403 em 1998, não havendo recusas. A coleta de dados foi realizada por entrevistadores (universitários treinados) sem ligação formal com os serviços. O questionário apresentava perguntas sobre o perfil dos usuários e indicadores do grau de satisfação dos mesmos em relação a aspectos gerais dos serviços e com os serviços de saúde na perspectiva assistencial. No que se refere aos aspectos gerais, foram analisadas, por grau de implantação do PQT e período, as seguintes variáveis: a) atendimento às necessidades de serviços de saúde; b) solução do problema de saúde; c) retorno à unidade em caso de necessidade. No que diz respeito ao grau de satisfação com os serviços de saúde na perspectiva assistencial, analisaram-se, por grau de implantação do PQT e período, as seguintes variáveis: a) preparo do médico e a capacidade de descobrir e tratar a doença; b) clareza das informações dadas pelas enfermeiras; c) cuidado das enfermeiras; d) atendimento na sala de vacinas; e) atendimento na sala de curativos.

A análise estatística foi realizada mediante comparação entre os dois períodos (1996 e 1998), utilizando-se o teste para diferença de proporções (FLEISS, 1981). O nível de significância estatística adotado para os testes foi de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos usuários

A distribuição dos usuários por idade revela a predominância de indivíduos na faixa etária entre

17 e 30 anos (57,1%, em 1996, e 46,2%, em 1998). Em relação ao gênero, nos dois períodos, são maiores os percentuais de mulheres (91%, em 1996, e 79%, em 1998). Em relação à escolaridade, predomina o primeiro grau incompleto (58,3%, em 1996, e 56,1 %, em 1998), não se observando grandes diferenças entre as unidades por grau de implantação. Do total da amostra, 13,4% (1996) e 15,1% (1998) eram analfabetos, sendo que, em 1996, seis usuários (0,3%) possuíam nível universitário. Em 1998, o número de universitários foi de apenas dois (0,1%). Quanto ao indicador de renda familiar, observa-se que a amostra é composta de famílias com baixo poder aquisitivo. Em todas as unidades, 78,1% (1996) e 81,5% (1998) dos usuários ganhavam até cinco salários mínimos³. Não foram observadas diferenças importantes entre as unidades por grau de implantação.

A análise da distribuição étnica (auto-referida), para todas as unidades, demonstra domínio de mulatos com ascendentes negros (41%, em 1996, e 35,2%, em 1998), seguidos de negros (33,6%, em 1996, e 35,9%, em 1998) e brancos (14,4%, em 1996, e 16,1%, em 1998). A distribuição entre as unidades é semelhante, observando-se apenas que, nas de grau I de implantação, predominou a raça negra e, nas de graus II e III, mulatos com ascendentes negros, sendo que, nestas últimas, em 1998, prevaleceram maiores percentuais de brancos (23%).

Pelo descrito, trata-se de uma amostra composta, na sua maioria, por mulheres em fase reprodutiva, negras, com baixa escolaridade, com limitada capacidade de consumo e com uma demanda por serviços de baixa composição tecnológica. Para uma clientela com estas características, os serviços públicos são a única escolha.

Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: aspectos gerais

a) Atendimento às necessidades de serviços de saúde: de acordo com a Tabela 1, são elevados os percentuais de usuários que afirmam que as unidades atendem parcialmente às necessidades

³ O valor do salário mínimo nos períodos pesquisados era de R\$ 112,00.

de serviços de saúde (73,1%, em 1996, e 66,1%, em 1998). Para o total das unidades, encontram-se diferenças estatisticamente significantes para a resposta “atende parcialmente”, com redução (7,0%) em 1998, e aumento (6,1%) dos percentuais da resposta “atende totalmente”. As unidades de graus I e III são as que apresentam maiores aumentos percentuais para a resposta “atende totalmente”, respectivamente (7,6%) e (9,8%), com diferenças estatisticamente significantes entre os dois períodos. Nas unidades de grau III, encontram-se ainda diferenças estatisticamente significantes para a resposta “atende parcialmente”, com redução de 10,3%, em 1998. As unidades de grau II apresentam diferenças com significância

estatística para as respostas das variáveis “não atende em nada”, com aumento (2,9%) em 1998, e “atende parcialmente”, com redução de 6,2%, em 1998. Ou seja, nas unidades de grau II, conforme a percepção dos usuários, os serviços parecem ter piorado de um período a outro, enquanto, nas unidades de graus I e III, a introdução de pequenas melhorias, do tipo presença de dentista pelo menos uma vez por semana, teste do pezinho e farmácia, parecem ter contribuído para uma avaliação positiva em relação ao atendimento às necessidades de serviços de saúde. Este entendimento positivo pode significar aceitabilidade dos serviços de saúde pelos usuários que, mesmo avaliando que estes pioraram de um período a outro, os identificam como adequados ao atendimento das suas necessidades.

TABELA 1 - AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE EM QUE MEDIDA A UNIDADE ATENDE ÀS NECESSIDADES DE SERVIÇO DE SAÚDE, POR PERÍODO E GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PQT. SMS, 1996 E 1998

Ano	96	98	P Valor	96	98	P Valor	96	98	P valor	96	98	P Valor
	I (691)	I (714)		II (1039)	II (1080)		III (597)	III (608)		Total (2327)	Total (2402)	
Não atende em nada	7,8	5,8	0,121	2,4	5,3	<0,01 →	2,0	2,5	0,591	3,9	4,8	0,139
Atende parcialmente	75,4	69,8	0,017	79,0	72,8	<0,01 ←	60,1	49,8	<0,01 ←	73,1	66,1	<0,01 ←
Atende totalmente	16,8	24,4	<0,01 →	18,6	21,9	0,053	37,9	47,7	<0,01 →	23,0	29,1	<0,01 →

b) Solução dos problemas de saúde: quanto à capacidade dos serviços em resolver os problemas de saúde apresentados pelos usuários, observa-se, para o total das unidades, uma avaliação positiva, com aumento de 13,7% de respostas afirmativas e redução de 8,9% das respostas negativas e 4,9% para a resposta “não sabe”, todas apresentando diferenças estatisticamente significantes entre 1996 e 1998 (Tabela 2). Porém, quando se analisam as unidades por grau de implantação, encontra-se, em 1998, nas unidades de grau I, aumento (6,4%) das respostas “não”, com significância estatística. Nas unidades de grau II, o mesmo se verifica para a resposta

“não sabe” (5,4%). Nas unidades de grau III, não são observadas diferenças estatisticamente significantes. Esses resultados indicam que, apesar da aceitabilidade dos serviços oferecidos pelas unidades, na percepção dos usuários das unidades de graus I e II, o poder destas para resolverem seus problemas de saúde é limitado. Estas unidades oferecem serviços de atenção primária à saúde que, embora fundamentais, são de baixa complexidade tecnológica e possuem escassos recursos diagnósticos e terapêuticos, quando não estão articuladas a uma rede de serviços de referência para atendimento dos casos mais complexos.

TABELA 2- PERCENTUAL DE USUÁRIOS QUE DIZEM HAVER SOLUCIONADO SEU PROBLEMA DE SAÚDE, POR PERÍODO E GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PQT. SMS, 1996 E 1998

ANO	96	98	P Valor	96	98	P Valor	96	98	P Valor	96	98	P Valor
	I (682)	I (715)		II (1040)	II (1080)		III (597)	III (608)		Total (2319)	Total (2403)	
Sim	67,9	62,1	0,023	68,7	66,8	0,351	78,6	84,7	0,005	71,0	84,7	<0,01 →
Não	16,1	22,5	<0,01 →	17,6	14,0	0,022	8,2	5,9	0,121	14,8	5,9	<0,01 ←
Não sabe	16,0	15,4	0,758	13,8	19,2	<0,01 →	13,2	9,4	0,034	14,3	9,4	<0,01 ←

c) Retorno à unidade em caso de necessidade: coerentemente com as respostas apresentadas acima, os números da Tabela 3 não apresentam diferenças estatisticamente significantes para o percentual de respostas dos indivíduos que

afirmam que voltariam à unidade em caso de necessidade, nem quando se analisam os dois períodos, nem entre os graus de implantação. Nos dois períodos são elevados os percentuais de respostas afirmativas para todas as unidades.

TABELA 3 - PERCENTUAL DE USUÁRIOS QUE VOLTARIAM À UNIDADE POR GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PQT E PERÍODO. SMS, 1996 E 1998

PERÍODO	Grau I		P Valor	Grau II		P Valor	Grau III		P valor	96	98	P Valor
	Avaliação/Grau	96		98	96		98	96		98	Total	
% de usuários que voltariam à Unidade	N	682	715	1037	1080	591	608	2310	2402			
			0,513		0,646		0,569		0,379			
	%	87,8	89	92,5	91,9	96,3	96,9	91,6	92,3			

Avaliação dos Serviços de Saúde pelos usuários: perspectiva assistencial

A avaliação dos usuários em relação aos serviços de saúde é um assunto polêmico, não existindo dimensões explícitas sobre quais aspectos devem ser privilegiados. De acordo com Atkinson (1993), usuários de serviços de saúde raramente avaliam a prática médica moderna, o cuidado médico ou a competência clínica. Eles, geralmente, consideram como critério de avaliação

dos serviços assistenciais a habilidade do profissional de saúde na comunicação com ele e a disponibilidade para ouvi-lo. Assim, nesta avaliação, foram selecionados aspectos do cuidado que envolve os serviços assistenciais ofertados pelas unidades. Foram elaboradas cinco questões referentes aos aspectos assistenciais, considerando-se uma escala qualitativa ordinal (péssimo, regular, bom, excelente e NSA - não se aplica).

Com referência aos aspectos assistenciais, avaliam-se as unidades por grau de implantação

do PQT e período. Entre as variáveis que apresentaram mais respostas com diferenças estatisticamente significantes, encontram-se “atendimento na sala de vacinas (12,9%); entre as que apresentam menores percentuais de respostas com diferenças estatisticamente significantes está “o preparo do médico para descobrir e tratar a doença” (7,1%). Isto pode ser indicativo da dificuldade generalizada dos usuários em avaliar a dimensão técnica do cuidado. A análise das variáveis que apresentam respostas com diferenças estatisticamente significantes, comparando-se os dois períodos, para cada variável, por grau de implantação de PQT, indica o seguinte:

- a) Quanto ao preparo do médico e à capacidade em descobrir e tratar a doença: entre as unidades de grau I, há redução da resposta “bom” (17,5%) e aumento de “excelente” (5,0%) e “NSA” (6,1%), o que pode indicar melhoria. Entre as unidades de grau II, registram-se aumento para as respostas “excelente” (8,7%) e a redução para “bom” (10,0%), com diferenças estatisticamente significantes, indicando também uma possível melhoria. Entre as unidades de grau III, não são verificadas diferenças estatisticamente significantes nas respostas para esta questão;
- b) clareza das informações dadas pelas enfermeiras: as unidades de grau I apresentam redução para “bom” (12,4%) e aumento para “excelente” (6,5%) e “NSA” (8,4%). Entre as unidades de grau II, reduzem-se os percentuais da resposta “bom” (7,2%) e aumentam “NSA” (10,5%). Entre as unidades de grau III, há aumento para “excelente” (9,4%) e redução para “NSA” (11,6%), indicando que, nestas unidades, no segundo período, há melhoria do grau de satisfação dos usuários, com diferenças estatisticamente significantes e menor demanda dos usuários entrevistados por este serviço;
- c) cuidado das enfermeiras: entre as unidades de grau I, encontram-se os mesmos resultados para a questão sobre a clareza das informações dadas pelas enfermeiras, com redução para as respostas “bom” (13,5%) e “NSA” (10,2%), e aumento de 5,0% para a resposta “excelente”. Entre as unidades de grau II, não se verificam diferenças estatisticamente significantes e, nas unidades de grau III, há aumento das respostas “regular” (8,8%) e “excelente” (10,9%) e diminuição de “NSA” (12,2%), com diferenças estatisticamente significantes. Isto indica que, na percepção do usuário, houve melhoria quanto ao cuidado das enfermeiras;
- d) atendimento na sala de vacinas: as unidades de grau I apresentam redução para as respostas “péssimo” (2,2%) e “bom” (20,4%) e aumento para “excelente” (6,3%) e “NSA” (15,7%). Entre as unidades de grau II, há aumento para a resposta “péssimo” (2,0%) e redução para “bom” (6,7%). Entre as unidades de grau III, aumentam os percentuais das respostas “regular” (6,2%) e “NSA” (11,2%) e diminuem os de “bom” (11,2%). Estes dados revelam melhoria das unidades de grau I e piora nas unidades de graus II e III;
- e) atendimento na sala de curativos: entre as unidades de grau I, há aumento para a resposta “NSA” (17,5%) e redução para “péssimo” (1,9%) e “bom” (16,7%). Entre as unidades de grau II, aumentam as respostas “péssimo” (3,0%) e reduz-se o índice de “bom” (6,9%), indicando uma piora neste serviço. Já nas unidades de grau III, reduzem-se as respostas “bom” (15,7%) e há o aumento de “excelente” (12,2%), ou seja, há maior redução de respostas “bom” do que aumento de “excelente”.

Esses resultados permitem concluir que, apesar de algumas incoerências internas verificadas nas respostas, os usuários apresentam percepção positiva quanto aos serviços assistenciais. Entretanto, o grau de satisfação encontrado pode estar relacionado à falta de infor-

mações suficientes para avaliar o cuidado técnico ou decorrer do fato de que os serviços públicos municipais de saúde são a única alternativa disponível para eles.

CONCLUSÕES

A análise da avaliação dos usuários, quanto aos aspectos gerais por período, revela que estes avaliam os serviços, em 1998, como piores em relação a 1996. Apesar da tendência à avaliação negativa dos serviços, em 1998, verificam-se elevados percentuais de respostas que afirmam que as unidades atendem parcialmente às necessidades de serviços de saúde (73,1%, em 1996, e 66,1%, em 1998). O mesmo se verifica em relação às respostas afirmativas quanto à variável solução do problema de saúde (71%, em 1996, e 84,7%, em 1998). Ou seja, o Programa de Qualidade implantado em 1994 e interrompido em 1997 pode ter contribuído para estes resultados. Estes dados permitem concluir ainda que, apesar da precariedade das instalações físicas das unidades, da inexistência de um sistema de referência e contra-referência, encontram-se elevados percentuais de respostas que as unidades atendem parcialmente às necessidades dos usuários. Estes achados reforçam os estudos sobre avaliação da satisfação, que encontraram grande número de usuários muito acríticos, admitindo serviços de péssima qualidade e apresentando níveis elevados de aceitação (SUCUPIRA, 1981; SILVA et al., 1995).

Das cinco variáveis correspondentes ao indicador específico avaliação dos usuários com os serviços assistenciais, três são relacionadas ao trabalho dos profissionais de nível superior e duas relacionam-se ao trabalho de auxiliares de enfermagem, portanto dos que mais receberam treinamento em PQT. Quanto ao trabalho dos profissionais de nível superior, no que se refere à variável relativa ao trabalho médico, entre as respostas que apresentaram diferenças estatisticamente significantes, verifica-se nas unidades de graus I e II de implantação, em 1996, uma

tendência a avaliá-lo como “bom”, porém com redução dos percentuais destas respostas, em 1998. Com relação ao trabalho das enfermeiras, observa-se, nas unidades de graus I e III, em 1996, o predomínio das respostas “bom”. Já em 1998, há o predomínio da resposta “excelente”, indicando uma avaliação positiva de um período a outro.

No que diz respeito ao trabalho dos auxiliares de enfermagem, verifica-se, no que se refere à variável “atendimento na sala de vacinas” nas unidades de todos os graus, tendência a avaliá-lo como “bom”, embora com redução desta resposta em 1998. O mesmo se verifica em relação ao “atendimento na sala de curativos”. Isso indica que o investimento em treinamento, sem políticas de recursos humanos que incentivem a sustentação de um processo de melhorias contínuas e reorganização do processo de trabalho, não influencia positivamente na implantação de inovações gerenciais na administração pública, com repercussões na qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Neste estudo, a avaliação que os usuários fazem dos serviços demonstra a sua capacidade de perceber as mudanças e que é no cotidiano, no real concreto, que estão as oportunidades de aprendizagem coletiva. Infere-se, portanto, conforme o observado empiricamente, que são necessárias, no processo de mudança nos serviços públicos de saúde, além de mudanças organizacionais, que estas sejam percebidas e incorporadas pelos usuários como um direito de cidadania, para que as mesmas tenham sustentabilidade e legitimidade. Além disso, este processo exige dos profissionais de saúde uma reflexão crítica sobre o seu compromisso ético, político e social com as necessidades de serviços de saúde dos usuários, uma vez que é sobre os profissionais que recai uma responsabilidade, cada vez mais compartilhada, de decidir sobre as escolhas quanto ao fortalecimento/enfraquecimento dos serviços públicos de saúde. A incorporação, nos serviços de saúde, de terminologias como cliente e consumidor em nada ajuda para aumentar o entendimento dos

usuários da saúde enquanto um direito de cidadania. Ao contrário, este discurso pode reforçar mudanças culturais em prol do fortalecimento das forças do mercado nos serviços de saúde e do tratamento da saúde enquanto uma mercadoria, à qual tem direito quem tiver poder econômico de adquiri-la.

REFERÊNCIAS

- ATKINSON, S.J. **Anthropology in research on the quality of health services**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 283-299, 1993.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Constituição da República Federativa do Brasil**; promulgada em 5 de outubro de 1988. 2. ed. Rio de Janeiro: FAE, 1989. Título VIII, Capítulo II, Seção II, art. 196.
- FLEISS, J.L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2. ed. USA: John Wiley & Sons, 1981.
- GASTER, L. **Quality in public services: managers' choices**. 2. ed. Buckingham: Open University Press, 1999.
- GYFORD, J. Models of change. In: _____. **Citizens, consumers and councils**: local government and the public. England: Macmillan, 1991. Chapter 7, p. 152-187.
- HIRSCHMAN, A.O. **De consumidor a cidadão**: atividades privadas e participação na vida pública. Tradução de Marcelo M. Levy. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- OLSON, M. **The logic of collective action**: public goods and the theory of groups. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1971.
- ØVRETVEIT, J. **Health service quality**: an introduction to quality methods for health services. 3. ed. London: Blackwell Science, 1995.
- POLLITT, C. O que é qualidade dos serviços públicos. In: KLIKSBERG, B. (Org.). **Pobreza**: uma questão inadiável; novas propostas a nível mundial. Tradução de Cláudia Schilling. Brasília: ENAP, 1994. p.347-362.
- SANDLER, T. **Collective action**: theory and applications. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1992.
- SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1998.
- SILVA, L.M.V. da et al. **District allocation and utilization of health care services in Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brazil**. Cad. Saúde Publ., Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p.72-84, jan./mar. 1995.
- SUCUPIRA, A.C.S.L. **Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras**. 1981. 317 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.
- WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Soc. Sci. Med.**, San Francisco, CA, v. 38, n.4, p. 509-516, 1994.

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO 3 - SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS****A - Dados de identificação**

1. UNIDADE _____

2. Bairro residencial _____

3. Sexo M F4. Idade: de 17 a 30 anos de 31 a 40 anos de 41 a 50 anos mais de 51 anos

5 - Grau de escolaridade

› analfabeto

› primeiro grau incompleto

› primeiro grau completo

› segundo grau incompleto

› segundo grau completo

› universitário

B - Uso do(s) serviço(s) oferecidos pela Unidade

1. Qual(is) o(s) serviço(s) que o Sr.(a) utilizou?

 Médico Clínico Ginecologista Pediatra Obstetra Outro (especificar) _____ Enfermagem Programa de pré-natal Programa de planejamento familiar Prevenção de cancer ginecológico Programa de puericultura Programa de vacinação Curativos Injeções Outro (especificar) Dentista Farmácia Laboratório

2. Número de vezes que foi atendido na Unidade

É a primeira vez É a segunda vez É a terceira vez Já foi atendido por mais de três vezes Não lembra

C - Entendimento sobre cidadania e direitos dos cidadãos no Brasil

1 - O que é ser cidadão?

2- Quais os direitos dos cidadãos no Brasil?

D - Grau de Satisfação com os Serviços

1. Ao vir pela primeira vez a essa Unidade foi logo atendido?

 Sim Não

2. Os seus direitos como cidadão estão sendo respeitados nessa Unidade?

 Não, quase nunca Não, algumas vezes Sim, geralmente Sim, quase sempre

3. Escala de satisfação com os serviços assistenciais utilizados

Como você avalia?	Péssimo (0 a 1)	Ruim (2 a 4)	Regular (5 a 7)	Bom (8 a 9)	Excelente (10)	Não Se Aplica (NSA)
O atendimento médico						
O atendimento das enfermeiras						
O atendimento na sala de vacinação						
O atendimento no laboratório						
O atendimento da farmácia						
O atendimento dos dentistas						
O atendimento da sala de curativos						

4. Escala de satisfação com os serviços administrativos utilizados

Como você avalia?	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente	NSA
O atendimento da marcação						
A rapidez na marcação da consulta						
O conforto das instalações						
A limpeza das instalações						
O atendimento recebido pela gerência						

5. Se estivesse precisando, o Sr (a) voltaria a essa Unidade?

 Sim, muito satisfeito(a) Sim, porque não tem outra alternativa Não

6. O Sr(a) indicaria este serviço para um familiar ou amigo(a)?

 Sim Não7. Acha que teve o seu problema de saúde resolvido? Sim Não

8. Em que medida essa Unidade atende às necessidades de Serviços de Saúde apresentadas pela população da área?

 Não atende em nada Atende parcialmente Atende totalmente