

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE/RN

FRANCISCA REGICLÁUDIA MEDEIROS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE
AMBULATORIAL FILANTRÓPICO**

MOSSORÓ
2014

FRANCISCA REGICLÁUDIA MEDEIROS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE
AMBULATORIAL FILANTRÓPICO**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Esp. Amélia Resende Leite.

MOSSORÓ
2014

FRANCISCA REGICLÁUDIA MEDEIROS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE
AMBULATORIAL FILANTRÓPICO**

Monografia apresentada pela aluna Francisca Regicláudia Medeiros da Silva do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)
Orientador

Profa. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
Membro

Profa. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
Membro

Aos meus Pais

Porque diante da grandeza de vocês, as palavras são infinitamente pobres, as expressões insuficientes e os gestos absolutamente dispensáveis. Juntos, as palavras, as expressões e os gestos silenciam, enquanto o exemplo de vida dado por vocês anuncia ao mundo o quanto sou abençoada por tê-los como pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por ter me acompanhado em todas as situações/obstáculos que enfrentei ao longo do curso. Palavras são insuficientes para expressar a gratidão ao meu Senhor, Autor e Consumador da minha FÉ!

Agradeço aos meus pais, Doraci e Antônia Margarida, que são minha força e inspiração. Devo tudo o que sou hoje a vocês. Faltam-me palavras para expressar o amor que sinto por vocês.

Aos meus irmão, que sempre acreditou que eu seria capaz de enfrentar essa jornada em especial Erinaldo, pois ele sempre me ajudou a superar as dificuldades que passei durante esse período.

À todos da minha família que me confortaram quando precisei e acreditaram em mim por tudo que me foi imposto durante esse período.

Aos verdadeiros amigos que fiz na faculdade, em especial, Greycy que não mediu forças para ajudar no que precisasse e que me fez acreditar que a amizade é uma das coisas mais preciosas e raras nessa vida. você é especial.

Agradeço também aos meus colegas acadêmicos, pelos momentos agradáveis juntos e, o mais importante, pela união nos momentos mais difíceis do curso. Jamais os esquecerei.

A meu esposo, Leyfe pela compreensão para lidar com os momentos difíceis e estressantes que passei, no decorrer desses anos de graduação.

Agradeço aos docentes por me proporcionar o conhecimento que irei guardar por toda minha vida profissional.

À professora Amélia Resende que, com muita paciência e atenção, dedicou do seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho.

Aos membros da banca, Verusa Fernandes e Joseline Pereira por ter aceitado a participar da banca e ter contribuído fazendo correções importantes, que só veio a crescer ainda mais esse trabalho.

Aos funcionários da Comunidade de Saúde de Mossoró, pela contribuição neste trabalho e pela amizade e compreensão no decorrer desses anos, em especial a diretora Valcineide Alves, que permitiu que esse trabalho fosse realizado nesta unidade de saúde.

Aos usuários do serviço da comunidade de saúde de Mossoró, que permitiram ser entrevistados passando informações importantes que ajudou a construir esse trabalho.

Aos funcionários da FACENE que sempre foram prestativos, em especial a bibliotecária Vanessa Camilo pela paciência, competência e contribuição dada.

Enfim, a todos, que de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento acadêmico e a construir os grandes momentos de minha vida, os meus profundos agradecimentos. OBRIGADA!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

Sob a concepção do direito a saúde, o SUS incorpora em sua estrutura institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do SUS, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, hierarquização e participação popular. Esta participação popular, representada pela própria sociedade, tem significado importante na formulação, execução e principalmente na avaliação das políticas públicas para o setor saúde, que corresponde às condições físicas, equipamentos, materiais e profissionais presentes nos serviços de saúde. Neste contexto, o usuário é muito importante no processo de avaliação de serviços de saúde, pois, o estudo das suas percepções direciona as estratégias na área da saúde, propiciando uma melhor qualidade na oferta de serviços. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade do atendimento em um serviço ambulatorial filantrópico a partir da percepção do usuário. O tipo de pesquisa é uma abordagem quantitativa de caráter descritivo e exploratório através de entrevistas estruturadas com usuários dos serviços oferecidos pela Comunidade de Saúde de Mossoró-RN, que presta serviço filantrópico de média complexidade. A coleta de dados iniciou-se após aprovação do comitê de ética e pesquisa da Facene/Famene. Os dados foram colhidos e tabulados no programa Excel 2013, sendo transformados em variáveis binárias, os quais estão expressos em frequência simples e porcentagem. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos conforme regidos pela resolução 466/2012 do CNS e a resolução 311/2007 do COFEN. Os usuários do serviço de Saúde eram do sexo feminino, com idade entre 36 e 50 anos, em sua maioria com renda salarial entre 2 e 3 salários mínimos, e com o ensino fundamental incompleto. O atendimento não foi prejudicado pela falta de material e os profissionais prestaram um bom atendimento sem haver diferença entre os usuários, sendo suas necessidades de saúde resolvidas. O atendimento ao usuário também não foi prejudicado por falta de vagas e a localização do serviço não dificultou o acesso do mesmo. Desta forma, tornou-se de extrema importância a avaliação da qualidade do atendimento aos usuários como resultado determinante do seu nível de satisfação, evidenciando a necessidade de o serviço qualificar, cada vez mais, o processo de atendimento ao paciente.

Palavras-chave: Usuário. Avaliação. Qualidade. Atendimento. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Under the conception of the right to health care, the SUS incorporates in its institutional structure, spaces and tools for democratization and sharing of SUS management, organized according to the guidelines of decentralization, hierarchy and popular participation. This popular participation, represented by the company itself, has important significance in the formulation, implementation and particularly in the evaluation of public policies for the health sector, which corresponds to the physical conditions, equipment, supplies and professionals in the health services. In this context, the user is very important in the health services evaluation process, therefore the study of their perceptions directs strategies in healthcare, providing better quality in service delivery. The objective of this research was to evaluate the quality of care in an outpatient clinic philanthropic from the user perception. The type of research is a quantitative approach to descriptive and exploratory through structured interviews with users of the services offered by the Health Community of Mossoró -RN, providing philanthropic service of medium complexity. Data collection started after approval by the Research Ethics Committee of FACENE/ FAMENE. Data were collected and tabulated in Excel 2013 program, being transformed into binary variables, which are expressed in simple frequency and percentages. The research followed the ethical principles as governed by Resolution 466/2012 of the CNS and the resolution 311/2007-COFEN. Users of health service were female, aged between 36 and 50 years, mostly with wages income between 2 and 3 times the minimum wages, and with elementary school. The service was not affected by lack of equipment and the professionals provided a good service with no distinctions between users, and their health needs were addressed. The user service was not affected by the lack of space and the location of the service was not difficult to access. Thus, it has become extremely important to evaluate the quality of service to users as a result of determining their level of satisfaction, highlighting the need to qualify the services, increasingly, the process of patient care.

Keywords: Users. Evaluation. Quality Service and Health services.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Avaliação dos participantes da pesquisa quanto ao atendimento aos pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.....	32
Tabela 2 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à estrutura física do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.....	33
Tabela 3 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto o atendimento dos profissionais do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.....	34
Tabela 4 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à dificuldade no atendimento do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.	34
Tabela 5 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à existência de filas para atendimento no serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.	35
Tabela 6 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à falta de material no serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.....	35
Tabela 7– Avaliação dos participantes da pesquisa quanto ao um bom atendimento dos profissionais aos usuários do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.....	36
Tabela 8 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à diferença no atendimento entre pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.	37
Tabela 9 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à resolução das suas necessidade de saúde no serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.	38
Tabela 10 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à má qualidade no atendimento por falta de material ou esgotamento de fichas dos pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.	38
Tabela 11 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à demora no atendimento dos pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.	39
Tabela 12 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à dificuldade de acesso dos pacientes ao serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.....	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	13
2.1.1 Níveis de Complexidade	16
2.1.2 Leis Orgânicas de Saúde (LOS)	18
2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	19
2.3 A IMPORTÂNCIA DO USUÁRIO NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	21
3 METODOLOGIA	23
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
3.2 LOCAL DO ESTUDO	23
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	24
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	25
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	25
3.6 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	25
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
3.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO.....	28
4.2 AVALIAÇÃO DO SERVIÇO E ESPECIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	45
ANEXO	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, o conceito de Saúde e o papel do Estado mudaram completamente. Surge a Saúde como direito de todos, garantida através do acesso universal e igualitário a todos os usuários. Sob o alicerce desta concepção do direito a saúde, o SUS incorpora em sua estrutura institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do SUS, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, hierarquização e participação popular (AGUIAR, 2011).

Esta participação popular, denominada participação social no SUS, é discutida na Lei 8.192/90 e é definida como o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

No Brasil, diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva nas últimas décadas, com vistas a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados. Esta avaliação em saúde corresponde às condições físicas, equipamentos, materiais e profissionais presentes nos serviços de saúde (ARMIGLIATO, 2010).

Neste sentido, a função primordial da avaliação de programas e serviços de saúde é produzir saúde, no sentido de qualificar para a sua efetiva produção e propiciar espaços de reflexão e aprendizagens para os diversos atores envolvidos, como os usuários, gestores e trabalhadores da saúde (FURTADO, 2012).

Em todos os tipos de avaliação, a idéia de qualidade está presente, uma vez que sua característica principal é o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade (DONABEDIAN, 1988).

Inseridos no contexto da importância de se avaliar a qualidade dos serviços de saúde, a atenção secundária ou média complexidade é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Esse nível de atenção compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico,

profissionais especializados e atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

O usuário é muito importante no processo de avaliação de serviços de saúde, pois, o estudo das suas percepções direciona as estratégias na área da saúde, propiciando uma melhor qualidade na oferta de serviços.

Observa-se que durante o processo de trabalho do setor saúde, existe a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, tornando-se claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução (SANTIAGO, 2013).

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde tem sido um campo de estudo de diversos pesquisadores e uma necessidade dos diversos contratantes de serviços, sejam eles públicos ou privados. No âmbito da atenção secundária, os estudos são poucos e avaliar corretamente o que está sendo feito tornou-se um objetivo cada vez mais desejado do Ministério da Saúde.

O que chamou atenção para esse tema foi o desejo de avaliar a qualidade do atendimento desse serviço de forma mais concreta, já que sempre trabalhamos com serviços filantrópicos de média complexidade e verificou-se que o contato e a interação com os usuários são constantes, sendo este importantíssimo no processo de avaliação, revelando a necessidade da participação social da população no controle do SUS. A avaliação deve ser uma atividade contínua, realizada periodicamente, a fim de identificar aspectos que necessitam ser reajustados e promover a melhoria do tratamento oferecido e a qualidade dos serviços.

Sabe-se que os usuários têm importante participação no sucesso dos serviços oferecidos por qualquer instituição que lhes prestem algum tipo de serviço e em especial nos serviços de saúde. Assim, eles expressam a sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados através da sua participação e busca por melhores condições de saúde. Quando o usuário expressa uma opinião acerca dos serviços de saúde, pode se verificar se o objetivo da instituição está de fato sendo alcançado, que é prover um serviço de saúde de qualidade e eficiente na vida de seus usuários (BRASIL, 2011a).

Os estudos em avaliação dos serviços de saúde estão sendo cada dia mais importantes, e de acordo com o Ministério da Saúde, a avaliação a partir da percepção do usuário se faz conveniente a fim de poder “dar voz” e compreender a

necessidade e realidade da população assistida, e com isso evitar frustrações entre os profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2011a).

Assim, o presente trabalho de pesquisa buscou avaliar a qualidade do atendimento em um serviço ambulatorial filantrópico, a partir da percepção dos usuários, acreditando que este desempenha papel fundamental na construção de uma melhor qualidade dos serviços de saúde do SUS. Os objetivos específicos foram caracterizar a situação socioeconômica dos usuários entrevistados, conhecer a opinião dos usuários sobre a estrutura física do serviço e avaliar a satisfação dos usuários com relação à qualidade e eficiência do atendimento profissional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Para compreendermos a importância do usuário da avaliação de um serviço de saúde, necessário se faz compreender como surgiu o papel do usuário como sujeito fundamental do Sistema Único de Saúde e dos serviços que este sistema engloba. Neste sentido, a discussão sobre os antecedentes do sistema de saúde é fundamental.

O sistema de saúde brasileiro passou por várias mudanças através dos tempos, sendo caracterizados de acordo com cada momento histórico, acompanhando as tendências políticas, econômicas e culturais.

Desde o seu descobrimento em 1500 até meados de 1889, o Brasil detinha um modelo econômico pautado na economia exportadora. Houve grande crescimento da população no país, pois neste período pessoas de todo o mundo vinham ao Brasil para fins de comércio ou por imigração. Com isso, o quadro sanitário do país era caracterizado pela existência de várias doenças transmissíveis, como a febre amarela, cólera, malária, varíola, dentre outras. Conseqüentemente, houve resistência por parte de grandes potências econômicas mundiais em atracar seus navios no Brasil com medo da transmissão destas doenças, prejudicando assim o comércio internacional (AGUIAR, 2011).

Muitos autores desconsideram a existência de uma política de saúde voltada a população neste período. Existiam medidas para minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a exportação, tais como o saneamento dos portos onde escoavam as mercadorias, urbanização e infraestrutura de centros urbanos que eram bastante insalubres e campanhas vacinais para acabar com as epidemias. Porém essas campanhas eram arbitrárias, verticalizadas e autoritário (AGUIAR, 2011). Este modelo de intervenção ficou conhecido como Sanitarista Campanhista.

Com a acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio- São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente europeus que possuíam grande experiência neste setor, que já era muito desenvolvido na Europa. Porém, estes trabalhadores, tinham péssimas condições de trabalho, o que culminou em greves nos anos 1917 e

1919. Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2008).

Neste contexto, o importante era cuidar da saúde dos trabalhadores com base nas reivindicações das greves por melhores condições de trabalho e uma assistência a saúde de qualidade. A idéia de saneamento dos portos e das principais cidades urbanas já não se aplicava neste momento, e sim a capacidade produtiva dos trabalhadores industriais. Expandiu-se a partir da década de 40 o início à compra de serviços privados, expandindo-se até a década de 70, conformando-se em um modelo assistencial privatista (PAIM, 2009).

Desta forma, a saúde no Brasil seguia uma tendência da medicina americana, que oferecia serviços de saúde privados, dirigidos a somente uma parcela da população (a que podia pagar pelos serviços contratados), deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, recebendo serviços de baixa qualidade (PAIM, 2009).

Neste contexto, o quadro sanitário no Brasil evidenciava a redução de doenças imunopreveníveis e da mortalidade infantil, manutenção da mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplásicas, aumento da mortalidade por causas externas, de epidemias como AIDS e Dengue (PAIM, 2009).

Surgiu nos Estados Unidos na década de 60, a concepção de medicina comunitária, numa conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual, em torno de questões como direitos humanos, guerra do Vietnã, racismo e pobreza. Buscava-se a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária, introdução de outras categorias profissionais na assistência. Vários outros países da América Latina, como Brasil, Colômbia e Chile, implantaram serviços de saúde comunitários, patrocinados pela Organização Pan Americana (OPA) e fundações norte-americanas (MERHY; FRANCO, 2008).

Em 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária a Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reafirmou a saúde como direito do homem e estabeleceu a atenção primária como estratégia para se conseguir a Saúde Para Todos no Ano 2000. A OMS passou então a ser a maior difusora da atenção primária e o Banco Mundial o maior financiador destas políticas (MERHY; FRANCO, 2008).

Ao longo dos anos 70 e 80, houve um projeto no Brasil que refletia a perspectiva de reformulação do sistema de saúde no país. Preconizava a criação de um sistema único de saúde defendido por um movimento sanitário que agrupavam diversos atores sociais, como lideranças populares, trabalhadores, sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais e estudantes da saúde, todos em luta contra as condições precárias de vida da população e iniquidades do sistema de saúde, mas principalmente pelo reconhecimento da saúde enquanto direito social a ser garantido pelo Estado (AGUIAR, 2011).

Nos anos seguintes, a população brasileira continuou com diversos conflitos sociais, com profundas desigualdades, alto índice de desemprego, grande contingente de miseráveis, enfrentamento de filas infindáveis na busca da assistência à saúde, culminando com uma grande insatisfação popular. Nesse contexto, ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com uma intensa participação popular de mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 eram delegados com direito a voz e a voto e se configurou em um espaço importante para o debate dos problemas do sistema de saúde vigente e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública (AGUIAR, 2011).

Essa Conferência se tornou um dos grandes marcos da saúde no Brasil, podendo ser considerada como o marco inicial da Reforma Sanitária brasileira. Seu relatório final ficou consolidado como um instrumento que veio influenciar as responsabilidades do Estado em assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil, além de estabelecer como principal objetivo a ser alcançado um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal (SOUZA; COSTA, 2010).

Finalmente, em 1988, promulgou-se a Constituição Federal e foi aprovado o Sistema Único de Saúde, que incorporou a maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária e significou uma grande vitória da sociedade (AGUIAR, 2011).

A partir da nova Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito de todos e dever do Estado e considerada resultante de vários determinantes como: lazer, moradia, saneamento básico, educação, dentre outros fatores. Passou a ser direito de toda a população através do Sistema Único de Saúde, garantido a partir de políticas públicas voltadas a promoção, proteção e recuperação. De acordo

com Paim (2009, p. 43), pela primeira vez na história do Brasil foi promulgada uma constituição que reconhece a saúde enquanto direito social, contando com 5 artigos destinados a saúde.

O SUS é definido como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado, de acordo com as seguintes diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade (POLIGNANO, 2008).

Baseado em princípios e diretrizes, o SUS está organizado e em sintonia com os preceitos no bem-estar social e da racionalidade organizativa, sendo os princípios doutrinários os que conferem a legitimidade do sistema, que são a Universalidade (assegurando o direito a saúde a todos os cidadãos), a Integralidade (que considera todas as dimensões do processo saúde doença que afetam os indivíduos) e a Equidade (que garante a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer) (VASCONCELOS; PACHE, 2012).

Já as diretrizes organizativas do SUS visam imprimir racionalidade e efetividade ao seu funcionamento, através da descentralização (direção única em cada esfera do governo, com ênfase na municipalização dos serviços e ações de saúde), hierarquização (organização racionalizada e equânime dos serviços de saúde, com base na distribuição da população), participação comunitária (participação dos segmentos sociais organizados das três esferas do governo) e integração (garantia de continuidade da assistência ao usuário através de redes integradas) (VASCONCELOS; PACHE, 2012).

2.1.1 Níveis de Complexidade

Por se tratar de um sistema integrado de ações e serviços, a atenção a saúde no SUS é organizada em uma rede articulada entre a atenção básica, média e alta complexidade (PIRES, 2010).

A atenção básica abrange as ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Envolve práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob

forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária e considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012a).

Com o objetivo de qualificar, expandir e consolidar a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família atua como diretriz do processo de trabalho em saúde, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012a). Sua prática cotidiana amplia o tradicional modelo sanitário médico- curativista, a partir de uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade, atuando na prevenção e na promoção a saúde dos usuários (ALVES, 2005).

Desta forma, a atenção básica ou primária é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, porta de entrada no sistema, que se orienta por todos os princípios, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade (BRASIL, 2011a).

A média complexidade pode ser entendida como um conjunto de ações ambulatoriais e hospitalares caracterizadas pela especialização médica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, adensamento tecnológico e oferta baseada na economia de escala (PIRES, 2010).

Já a média complexidade ambulatorial foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, e é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011b).

As ações que englobam a atenção na média complexidade envolvem procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato ortopédico, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia, citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses, órteses e anestesia (BRASIL, 2009).

A Alta Complexidade envolve um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde

(atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2011b).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, de acordo com Brasil (2009, p.33) são:

Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

2.1.2 Leis Orgânicas de Saúde (LOS)

Após a criação do SUS e até hoje várias leis são criadas para efetivar a prática do sistema. Em 1990, foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que foram as leis 8.080/90 e 8.192/90.

A Lei 8.080 de Setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país. Em seu artigo 4, explicita que o novo sistema de saúde compreende “o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público, além da participação da iniciativa privada em caráter complementar” (AGUIAR, 2011).

Esta lei estabelece ainda as competências de cada instância governamental, cabendo aos municípios a gerência, execução dos serviços públicos de saúde, a execução das ações de vigilância em saúde em articulação com a direção estadual do SUS, a implementação das políticas definidas em âmbito nacional e a colaboração na efetivação das competências estaduais e municipais

(VASCONCELOS; PASCHE, 2012)

As competências da direção estadual do SUS estão situadas no campo da coordenação do sistema estadual de saúde, com ênfase na descentralização dos serviços e na oferta de apoio técnico e financeiro aos municípios, na coordenação das redes assistenciais, das ações e dos subsistemas de vigilância em saúde ((VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Já a direção nacional do SUS fica com a responsabilidade de formular e implementar as políticas e os planos nacionais de saúde, financiamento e normatização das ações e serviços de saúde, dentre outras competências ((VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Ainda de acordo com a Lei 8080/90, várias ações e serviços são oferecidos pelo SUS. Aguiar (2011, p. 47-48) traz que estas ações são:

As atividades ligadas a pessoas, de forma individual ou coletiva, ligadas a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças, serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar, domiciliar e nas unidades de apoio diagnóstico geridos pelo governo, ações de distintas complexidades e custos, que vão desde consultas médicas a aplicação de vacinas e consultas médicas básicas, cirurgias cardiovasculares e transplantes, intervenções sanitárias, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e trabalha, na circulação e produção de bens e serviços, controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental, além de instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

A Lei 8.192/ 90 dispõe sobre a participação controle social na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Assim, a participação e controle social garante a participação da população por meio de suas entidades representativas, no processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e sua execução por meio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde (AGUIAR, 2011).

2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde a criação do SUS, e até mesmo antes, vivenciamos o descaso da saúde pública. Longas filas de espera por atendimento, carência dos serviços

especializados e, principalmente, com a insatisfação da população. Por isso é justificável a preocupação em intervir sobre as forma de organização dos serviços de saúde, visando ao seu aperfeiçoamento e à satisfação do usuário. (BENAZZI; FIGUEIREDO; BASSANI, 2010). Apesar de ser um serviço público de saúde precário no Brasil, é possível ver avanços no atendimento prestado a população, pois o SUS não se resume à hospitais de urgência, e sim uma série de ações voltadas para a melhoria no atendimento a saúde como: distribuição de medicamentos, ambulâncias, hospitais, postos de saúde, entre outros. Os benefícios alcançados são frutos de reivindicações e reclamações dos usuários quanto à qualidade dos serviços prestados no setor público.

Com a promoção do controle social, a prática de avaliação dos serviços de saúde por meio de perguntas aos usuários e os estudos de satisfação, passaram a ter um importante papel no cenário brasileiro. (GOUVEIA et al, 2009). Através da ação de ouvir o usuário é possível detectar em quais setores são necessários se fazer intervenções para melhorias no atendimento ao público, pois a partir de um levantamento de dados traça-se um plano de ação.

De acordo com Furtado (2012), quando falamos em crescimento pela avaliação em nosso país estamos nos referindo principalmente as universidades e ao terceiro setor. As três esferas de governo raramente e sob pressão de eventuais órgãos financeiros externos é que incluem processos avaliativos no orçamento de seus projetos sociais. Ainda é preciso investir em ouvidorias no país com o intuito de fazer um canal de comunicação entre a população e a administração pública para ser possível melhorar os serviços de saúde pública oferecidos.

A ideia de avaliação está ligada a de qualidade, uma vez que sua característica principal é o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade. Autores como Donabedian (1988, p. 1743) “desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade”.

A componente estrutura corresponde à avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços; por processo entende-se a avaliação da execução das atividades e da dinâmica apresentada nas suas interrelações, e por fim, o resultado representa os efeitos ou produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade

(SANTIAGO, 2013).

A avaliação de programas e serviços insere-se no planejamento em saúde e na gestão em saúde coletiva, e a sua função é produzir saúde, qualificando programas e serviços. (FURTADO, 2012). Os programas são baseados em queixas produzidas pelos usuários que não são satisfeitos com determinados atendimentos e anseiam por melhor atendimento, dessa forma, se torna peça fundamental na melhoria do atendimento público prestado. Sem essa avaliação fica inviável conseguir melhorias, pois não é possível detectar os erros sem os apontamentos necessários para traçar um plano de ação em prol da satisfação do usuário nos serviços de saúde.

2.3 A IMPORTÂNCIA DO USUÁRIO NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento usuário/serviço de saúde, pode ser um importante índice para avaliar a qualidade da assistência (SANTIAGO, 2013). O usuário não pode ser um mero instrumento de trabalho, um objeto dos profissionais de saúde, pois além dessa forma de ser enxergado, ele é um ser humano com sentimentos e precisa ser parte ativa no processo de construção de melhorias, pois é o maior interessado em ter um melhor serviço prestado.

O conceito social, como princípio do SUS, implica a possibilidade dos usuários intervirem nos serviços de saúde, tanto na proposição de políticas e ações quanto na finalização de sua efetivação. Neste sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária, em particular na atenção básica à saúde, pressupõem a concepção do usuário como co responsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para avaliá-lo, bem como para nele intervir e modificá-lo (SANTIAGO, 2013). Para que essa ação seja desenvolvida é preciso criar mecanismos eficientes na busca de coletar a opinião do usuário quanto à qualidade de atendimento prestado e ouvir suas queixas para modificar o que não está em consonância com o ideal objetivado pelo SUS.

O processo de trabalho do setor saúde implica na efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, tornando-se claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada

atividade do processo de forma imediata durante a execução (SANTIAGO, 2013). A realidade que é vivenciada pelos usuários é diferente do que se espera, pois as vezes reclamantes não são tidas por um canal que capte suas indagações e sim reclamações soltas em ambientes informais que não trazem resultados para uma ação voltada para melhorias.

Registrar a satisfação ou insatisfação dos usuários de um serviço de saúde torna-se um indicador importante, o qual revela os aspectos que precisam ser melhorados, gerando, desta forma, aprimoramento institucional e profissional (BENAZZI; FIGUEIREDO; BASSANI, 2010). Cada instituição deveria ter sua ouvidoria, para que as reclamações fossem canalizadas para o lugar certo e conseqüentemente fossem sanados os problemas em casa órgão responsável.

A mensuração da satisfação do usuário de um serviço de saúde torna-se complexa, uma vez que reflete opinião, percepção e subjetividade, bem como depende de sua expectativa (BENAZZI; FIGUEIREDO; BASSANI, 2010). O usuário não tem voz ativa no sistema de saúde e suas reclamações se perdem nos corredores entre os outros usuários, que não se organizam em prol de uma melhoria coletiva, por não ter para onde direcionar suas opiniões, reclamações ou sugestões.

É de fundamental importância enfatizar o usuário no processo de trabalho nos serviços de saúde, uma vez que estes serviços não se este serviço não se aplica sobre coisas e sim sobre pessoas, em uma interrelação forte e que o usuário fornece dados e informações importantes, contribuindo diretamente sobre o produto final e influenciando na eficácia da terapêutica (NOGUEIRA, 1994).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para o desenvolvimento desta proposta de estudo, foi utilizado uma abordagem quantitativa, cuja principal finalidade é o delineamento da pesquisa, descrição ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. A pesquisa quantitativa utiliza técnicas de amostragem que apresentam caráter representativo (LAKATOS; MARCONI, 2009).

Este estudo apresentou um caráter descritivo e exploratório, pois buscou descrever e elucidar o fenômeno, investigando sua natureza complexa e os outros fatores a que eles está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Também foi utilizado um delineamento transversal, onde a coleta de dados – fenômenos do estudo- foram obtidos durante um período de tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Foi utilizado a pesquisa de campo com o objetivo de conhecer e/ou conseguir conhecimentos acerca de um problema que se procura uma resposta, a partir da observação de fatos e fenômenos que exigem controle adequado e para se determinar o que será coletado (LAKATOS; MARCONI, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local de realização desta pesquisa foi na Comunidade de Saúde de Mossoró, localizada na Avenida Rio Branco, Mossoró/RN.

A Comunidade de Saúde de Mossoró/RN é um serviço filantrópico de média complexidade, que funciona como um ambulatório, onde oferece consultas médicas, serviços de urgência, pequenos procedimentos (curativos, verificação de Pressão arterial, realiza medicações, pequenas cirurgias, etc.), exames de endoscopia e colonoscopia, retosigmoidoscopia, biópsias, etc. Quem financia estes serviços oferecidos a população é o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a Revista Filantrópica (2009), unidade filantrópica trata-se de uma sociedade sem fins lucrativos (associação ou fundação), criada com o propósito de produzir o bem, tais como: assistir à família, à maternidade, à infância, à

adolescência, à velhice, promovendo ainda a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e integração ao mercado do trabalho. Para ser reconhecida como filantrópica pelos órgãos públicos, a entidade precisa comprovar ter desenvolvido, no mínimo pelo período de três anos, atividades em prol aos mais desprovidos, sem distribuir lucros e sem remunerar seus dirigentes.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA

Os sujeitos do estudo foram os usuários do serviço oferecido pela Comunidade de Saúde. A participação se deu de forma voluntária e foi iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não participaram da pesquisa aqueles usuários que se negarem a participar e assinar o TCLE, menores de idade ou incapazes.

A amostra foi calculada tomando como base a média do número de fichas geradas diariamente no ano de 2013 nos mesmos meses em que foi realizada a coleta de dados, ou seja, julho, agosto e setembro (3.013 casos). Cada usuário gerava uma ficha diária. Estes dados foram oferecidos pela Comunidade de Saúde. Sendo assim, a amostra foi calculada pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

N = Tamanho da População, no caso deste estudo a população é composta de 3.013 elementos.

Z = Nível de confiança escolhido a 95% igual a 1,96.

p = proporção com a qual o fenômeno se verifica. Foi utilizado um valor p = 0,50. Segundo Mattar (2005) se não há estimativas prévias para p admite-se 0,50 obtendo assim o maior tamanho de amostra possível.

q = (1-p) é a proporção da não ocorrência do fenômeno.

e = erro amostral expresso na unidade variável. O erro amostral é a máxima diferença que o investigador admite suportar entre a verdadeira média populacional. Nesta pesquisa foi admitido um erro máximo de 0,05.

Transcrevendo os valores descritos para a fórmula, teve-se o seguinte cálculo de amostra:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 3013}{0,05^2 \cdot (3013 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$5 \quad n = \frac{2893,68}{7,53+0,96}$$

$$6 \quad n = \frac{2893,68}{8,49}$$

$$7 \quad n = 340,8$$

Logo, a amostra utilizada para a pesquisa foram **341** entrevistas.

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado. A abordagem estruturada é apropriada quando os pesquisadores já sabem o que necessitam saber e estruturam questões apropriadas para obter as informações necessárias. Geralmente as informações são coletadas através de um instrumento formal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O formulário era composto de questões fechadas. As perguntas fechadas são aquelas em que as alternativas de respostas são especificadas pelo pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE, foi informado a Diretora administrativa da Comunidade de Saúde de Mossoró que a pesquisa estava apta a ser realizada. Assim, foi iniciada a fase de coleta de dados.

O local das entrevistas foi na própria Comunidade de Saúde de Mossoró, onde cada usuário foi entrevistado em um ambiente tranquilo e livre de interrupções. A pesquisadora associada foi a única responsável pela coleta dos dados, aplicando o instrumento de coleta de dados.

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, qual o seu objetivo e sobre a importância da preservação do seu anonimato, respeitando os preceitos éticos e legais que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, Número 466/12 (BRASIL/2012b).

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica do tipo Microsoft Excel 2013 e transformados em variáveis binárias e expressos em frequência simples e porcentagem. A associação da satisfação dos usuários em relação ao atendimento ambulatorial foi verificada através do teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. Os resultados expressos nos gráficos e tabelas foram discutidos com base na literatura existente.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos foram obedecidos às prerrogativas da resolução número 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos e a Resolução COFEN, nº 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007). Foi aprovada pelo CEP da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB com parecer de número 764.042 e CAAE 34217114.4.0000.5179.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, possível desconforto aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superaram os riscos visto que, o estudo apresentou como benefício conhecer qual a percepção do usuário sobre a qualidade do atendimento em um serviço de média complexidade ambulatorial filantrópico, acreditamos que a gestão deste serviço terá uma resposta sobre a satisfação do usuário quanto à qualidade do atendimento e como este pode melhorar para atender as necessidades da população que o utiliza.

Com relação a ressarcimentos, não houve prejuízo financeiro por parte dos sujeitos selecionados para o estudo. Mas, se for necessário algum tipo de gasto financeiro por parte do sujeito participante do estudo ou se o mesmo sofrer algum dano ocasionado durante a aplicação dos instrumentos de coleta, o mesmo será indenizado pela pesquisadora associada.

3.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi financiada com recursos próprios da pesquisadora associada, sendo qualquer tipo de despesa que a pesquisa requerer, de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

– FACENE/RN se responsabilizou por disponibilizar referências contidas na sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

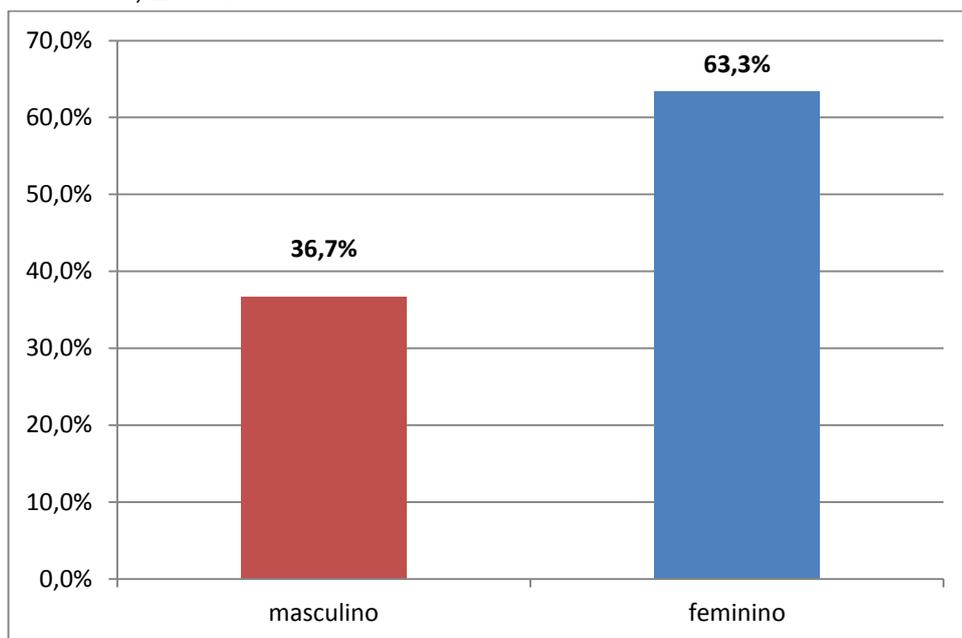
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo vamos apresentar os resultados obtidos na coleta de dados, trazendo discussões relevantes para a avaliação da qualidade do atendimento no serviço de saúde estudado.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO

Estão sendo apresentadas e discutidas a seguir as variáveis relacionadas à caracterização dos entrevistados, que forneceram as informações da pesquisa. A população estudada foi composta por 341 usuários.

Gráfico 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo. Mossoró, 2014.



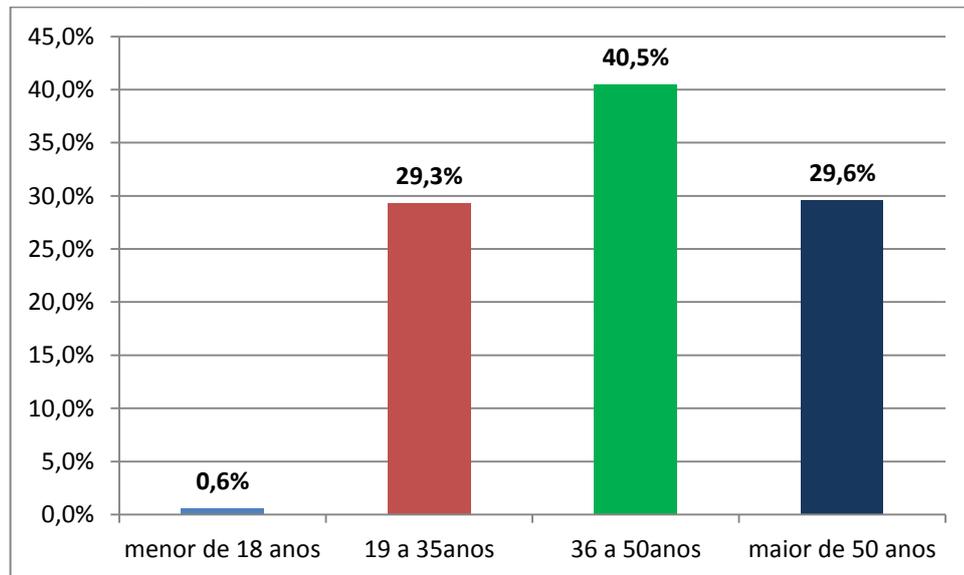
Fonte: Pesquisa de campo (2014)

Como podemos perceber a maioria dos entrevistados são do sexo feminino (63,3%) e a minoria pertence ao sexo masculino (36,7%). Alguns estudos trazem resultados semelhantes, afirmando a predominância feminina como o sexo que mais participam das pesquisas envolvendo a satisfação do usuário quanto ao serviço de saúde, como o de Schwartz et al (2010), Benazzi et al (2010), Gouveia et al (2009).

Esta predominância do sexo feminino, pode estar relacionada a questão de gênero que revela as mulheres são as principais cuidadoras de si e dos familiares

(SCHWARTZ et al, 2010). A perspectiva das mulheres como avaliadora dos serviços de saúde é caracterizada pelo profundo conhecimento sobre esse cotidiano (MORAES 2014).

Gráfico 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à idade. Mossoró, 2014.



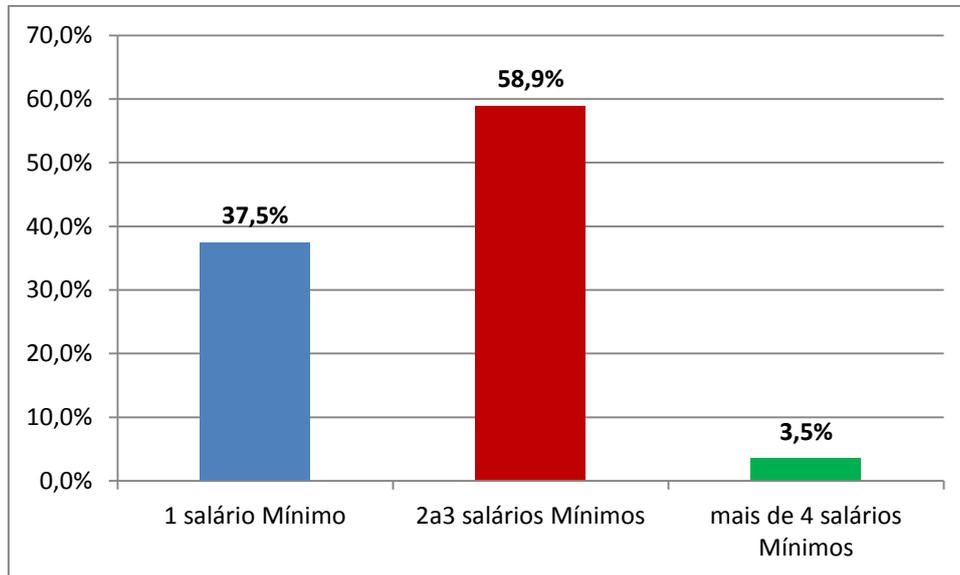
Fonte: Pesquisa de campo (2014)

O gráfico nos permite inferir que 40,5% da população estudada pertencem a um intervalo etário de 36 a 50 anos, enquanto que 29,6% maior que 50 anos. Já a população de 19 a 35 anos correspondeu a 29,3%, e 0,6% são menores de 18 anos.

Pode-se observar uma diversidade etária, sendo isso um dado favorável à obtenção de maior variedade de opiniões, uma vez que as demandas e percepções sobre o serviço de saúde variam também com a faixa etária, como descreve Santos; Ribeiro (2010) e Schwartz (2010).

Isso evidencia a necessidade que as Unidades de Saúde devem estar preparadas para lidar com as diferentes fases do ciclo de vida das pessoas e comunidades.

Gráfico 3 – Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à renda familiar. Mossoró, 2014.

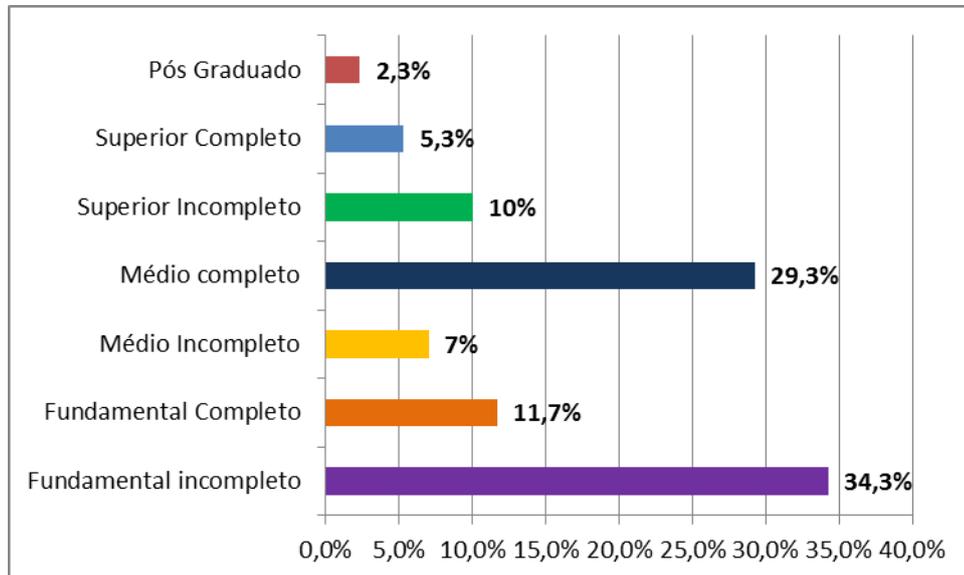


Fonte: Pesquisa de campo (2014)

Ao analisar os dados obtidos sobre a renda familiar dos entrevistados, percebeu-se que grande parte que corresponde a 58,9% do total, sobrevivem com 02 (dois) a 03 (três) salários mínimos. Apenas 37,5% do total sobrevivem com 01 (um) salário mínimo e apenas 3,5% disseram obter renda mensal de mais de 04 (quatro) salários mínimos.

Ao contrário dos nossos dados, Stamm et al (2012, p. 20) “caracterizou o perfil socioeconômico dos pacientes atendidos em um ambulatório público e identificou renda mensal da maioria dos pacientes que procuraram atendimento era de 1,6 salário mínimo”.

Gráfico 4 – Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à escolaridade. Mossoró, 2014.



Fonte: Pesquisa de campo (2014)

Quanto à escolaridade dos participantes, a maioria dos entrevistados tinha ensino fundamental incompleto (34,3%) e apenas uma minoria (2,3%) eram pós-graduados. Esses dados corroboram com Gouveia et al (2009); Pereira et al (2009) e Duarte et al (2012) que descrevem, em seus trabalhos, que a maioria das pessoas que procuram pelos serviços gratuitos de saúde possuem o ensino fundamental incompleto. Para Moraes (2014, p.134) “existe uma tendência em serviços públicos de saúde de se concentrar as populações mais pobres e com piores condições de estrutura básica, o que implica em uma baixa escolaridade”.

4.2 AVALIAÇÃO DO SERVIÇO E ESPECIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Iremos trazer a seguir alguns fatores que influenciam a opinião dos usuários sobre a estrutura física do serviço e a satisfação dos usuários com relação à qualidade e eficiência do atendimento profissional.

Tabela 1 - Avaliação dos participantes da pesquisa quanto ao atendimento aos pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Muito Ruim	0	
Ruim	1	3
Bom	225	66,0
Muito Bom	115	33,7

TOTAL-	341	100,0
---------------	-----	-------

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

As informações referentes à satisfação dos usuários em relação ao atendimento da Comunidade de Saúde encontram-se na Tabela 1, na qual se destaca que a amostra avaliada como “Bom” representou 66% de satisfação quanto ao atendimento. Observou-se também que 33,7% responderam como “Muito Bom” e apenas 3% consideraram o atendimento oferecido como “ruim”. Este resultado mostra que os usuários entrevistados avaliam como positivo.

A avaliação da percepção do usuário quanto a qualidade do atendimento do serviço de saúde apresenta grande relevância uma vez que favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar na prática, a resposta da comunidade a oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo a suas expectativa (SANTIAGO et al, 2013).

No nosso estudo, o usuário apresenta-se satisfeito com os serviços oferecidos pela Comunidade de Saúde, e destacamos que em estudos semelhantes, como o de Moimaz (2010, p. 1427), que trata sobre satisfação do usuário do serviço, verificou que,

As respostas dos usuários acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentaram um direcionamento para respostas positivas (ficando em torno de 40% a 50%), pois há sempre um receio de que as respostas desfavoráveis possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento.

Tabela 2 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à estrutura física do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Muito Ruim	2	,6
Ruim	33	9,7
Bom	293	85,9
Muito Bom	13	3,8
TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

A Tabela 2 apresenta a opinião dos entrevistados em relação à estrutura física da Comunidade de Saúde. Os dados demonstram que 85,9% consideraram a estrutura física como boa e apenas 6% como muito ruim. 9,7% dos entrevistados classificaram a estrutura física como ruim e 3,8% como muito bom.

O componente estrutura corresponde a avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços (SANTIAGO et al, 2013). A partir disto podemos inferir que este estudo traz resultados que diferem de outros estudos que avaliam a estrutura física de serviços públicos, onde trazem que existe uma estrutura física precária e que dificulta o atendimento de qualidade (CAVALCANTE et al, 2014).

Tabela 3 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto o atendimento dos profissionais do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Muito Ruim	0	
Ruim	5	1,5
Bom	226	66,3
Muito Bom	110	32,3
TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

A Tabela 3 apresenta os resultados quanto ao atendimento dos profissionais da Comunidade de Saúde aos entrevistados. Destaca-se a variável considerada como “Bom”, com 66,3%, apenas 1,5% consideraram o atendimento “ruim” e 32,3% como “muito bom”. Nenhum usuário classificou o atendimento como muito ruim. A avaliação por parte dos usuários é difícil de ser medida, pois trata-se de mensurações de variadas opiniões (MORAES, 2014).

O desempenho profissional é avaliado pelo usuário, através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas. O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso (MOIMAZ et al, 2010).

Tabela 4 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à dificuldade no atendimento do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	7	2,1
Nunca	281	82,4
As Vezes	53	15,5
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

A tabela 4 apresenta os dados sobre a dificuldade dos entrevistados em serem atendidos. A variável “Nunca” apresentou 82,4% e apenas 2,1% disseram sentir dificuldade no atendimento. Um fator de alerta seria os 15,5% que responderam quem as “vezes” sentiam dificuldade no atendimento.

Ao contrário do que nós constatamos no nosso estudo, Santo et al (2012) traz no seu estudo que existe dificuldade em conseguir atendimento em serviços de saúde do SUS e que os principais motivos para a dificuldade foram a desmarcação de consulta, as filas extensas, a demora para conseguir ser atendido e falta de profissionais.

Tabela 5 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à existência de filas para atendimento no serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	150	44,0
Nunca	139	40,8
As Vezes	52	15,2
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

Através dos dados da Tabela 5, percebe-se que a maioria dos entrevistados, 44%, responderam que enfrentaram filas para serem atendidos. Enquanto 40,8% responderam que nunca tinham enfrentado filas durante o processo de atendimento. E apenas 15,2% disseram que às vezes enfrentavam filas. O estudo de Benazzi (2007) traz resultado semelhante, ou seja, 75% dos pacientes disseram não ter enfrentado filas para conseguir atendimento.

Moimaz (2010, p. 1443) traz em seu estudo sobre a satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviços públicos de saúde que a principal queixa dos usuários está relacionada a uma melhor organização do serviço, que proporcione atendimento mais rápido e efetivo. A existência de grandes filas de espera causa um entrave no serviço, tornando-o lento e pouco resolutivo.

Tabela 6 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à falta de material no serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	2	,6

Nunca	309	90,6
As Vezes	30	8,8
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

As informações quanto o atendimento prejudicado pela falta de material encontram-se na Tabela 6, na qual se destaca a variável “Nunca” com 90,6%. Apenas 8,8% responderam que às vezes o atendimento é prejudicado por este motivo, e 6% disseram que a falta de material prejudicava o atendimento. Esses dados não corroboram com a literatura trazida por Pedrosa et al (2011, p. 25) descreve que a falta de material como principal deficiência no atendimento público.

O SUS continua um sistema em construção e para tanto não bastam leis e normas. Ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infraestrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos (PAIM, 2010).

São necessários maiores investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos nos serviços de saúde, pois a maioria deles encontra-se sucateada e em desuso (MOIMAZ et al, 2010) .

Tabela 7– Avaliação dos participantes da pesquisa quanto ao um bom atendimento dos profissionais aos usuários do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	320	93,8
Nunca	12	3,5
As Vezes	9	2,6
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

A Tabela 7 apresenta os dados relacionados ao atendimento dos profissionais que trabalham na Comunidade da Saúde.

Como podemos perceber a maioria dos entrevistados responderam que os profissionais realizavam um bom atendimento (93,8%), enquanto 3,5% responderam que nunca eram bem atendidos e apenas 2,6% (a minoria) disseram que as vezes eram bem atendidos.

Ao contrário de Pedrosa (2011, p. 35), que traz em seu estudo sobre a percepção do usuário da rede pública de saúde que existe uma queixa dos pacientes em relação à cordialidade dos profissionais para o paciente – o que torna o ambiente menos humanizado. O presente estudo demonstrou que os usuários estão satisfeitos com o atendimento da Comunidade.

Tabela 8 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à diferença no atendimento entre pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	18	5,3
Nunca	282	82,7
As Vezes	41	12,0
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

A tabela 8 evidencia que quando questionado aos usuários sobre a existência de uma diferença de atendimento entre as pessoas na Comunidade de Saúde, destacamos que o correspondente a 82,7% dos usuários da pesquisa responderam que nunca existia essa diferença. Apenas 5,3% dos usuários afirmaram que “sim”, existindo diferença de atendimento entre as pessoas, e 12% disseram que “as vezes”.

A diferença no atendimento entre as pessoas pode ser interpretada de duas formas. A primeira revela um sentido de escolha de acordo com os critérios do profissional que atende o usuário, beneficiando o mesmo em prol de algum motivo. A segunda forma de interpretação, é o de atender o usuário de acordo com as suas necessidades, onde estas irão ser singulares a partir de cada sujeito que utiliza o serviço, configurando-se assim o conceito de equidade.

É sabido pela maioria dos profissionais e sujeitos envolvidos nos mais diversos processos de trabalho em saúde, que o SUS apresenta princípios que embasam sua efetivação. A equidade, um destes princípios, é tomada como fundamento ético para o SUS, com a proposta de efetivar a atenção e o cuidado à saúde de forma mais adequada às necessidades dos grupos sociais excluídos. Neste contexto da exclusão, destaca-se a dificuldade no acesso aos serviços, a falta de qualificação destes para prover atenção condizente às singularidades das pessoas ou grupos populacionais (COSTA; LIONÇO, 2006).

Tabela 9 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à resolução das suas necessidades de saúde no serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	312	91,5
Nunca	8	2,3
As Vezes	21	6,2
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

A Tabela 9 apresenta os dados relacionados as necessidades de saúde dos entrevistados.

Percebe-se que a maioria dos entrevistados respondeu que as suas necessidades eram atendidas (91,5%), enquanto 6,2% responderam as “vezes” e apenas 2,3% disseram que “nunca” tinham suas necessidades de saúde supridas. Alguns autores trazem resultados semelhantes, como Ebelle (2014) e Pimenta (2014). Já Benazzi (2007), no seu estudo demonstrou que a maioria dos usuários não tinha suas necessidades atendidas.

Quando se trata de necessidade de saúde resolvida, vários fatores devem ser considerados, como por exemplo, material hospitalar disponível, médicos especializados e capacidade de locomoção do usuário à unidade de saúde.

Tabela 10 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à má qualidade no atendimento por falta de material ou esgotamento de fichas dos pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	23	6,7
Nunca	262	76,8
As Vezes	56	16,4
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

A Tabela 10 apresenta os dados relacionados à deficiência no atendimento-seja ele por falta de vagas ou outro motivo.

A maioria dos entrevistados respondeu que nunca deixaram de ser atendidos por falta de vagas (76,8%), enquanto 16,4% responderam as “vezes” e apenas 6,7% disseram que já deixaram de serem atendidos por esses motivos.

Para Cavalcante et al (2012, p. 5), a baixa quantidade de vagas oferecidas por especialidade em relação à demanda existente, segundo ele, isso torna os serviços demasiadamente cheios, fazendo com que os usuários enfrentem filas extensas e demoradas, cheguem extremamente cedo aos serviços, tanto para conseguir vaga em algumas especialidades, quanto para realizar alguns exames específicos.

Tabela 11 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à demora no atendimento dos pacientes do serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	17	5,0
Nunca	214	62,8
As Vezes	110	32,3
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014)

Através dos dados da Tabela 11, percebe-se que a maioria dos entrevistados, 62%, responderam que nunca existia demora para serem atendidos. Enquanto 32,3% responderam que as vezes havia demora. E apenas 5% disseram que as vezes existia demora.

Moimaz (2010, p. 1443) traz em seu estudo sobre a satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviços públicos de saúde que a principal queixa dos usuários está relacionada a uma melhor organização do serviço, que proporcione atendimento mais rápido e efetivo. A existência de grandes filas de espera causa um entrave no serviço, tornando-o lento e pouco resolutivo.

Tabela 12 – Avaliação dos participantes da pesquisa quanto à dificuldade de acesso dos pacientes ao serviço de saúde ambulatorial filantrópico. Mossoró, 2014.

Variável	Freq.	%
Sim	37	10,9
Nunca	294	86,2
As Vezes	10	2,9
.TOTAL-	341	100,0

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

A Tabela 12 apresenta os dados relacionados a localização geográfica da Comunidade da Saúde.

Perceber-se que a maioria dos entrevistados respondeu que a localização não dificultava o acesso (86,2%), enquanto 10,9% responderam que sim e apenas 2,9% disseram que as vezes se sentiam prejudicados por não ter fácil acesso a Comunidade de Saúde.

Para Bersusa et al (2008, p. 206) o acesso e uso dos serviços não dependem apenas da proximidade geográfica da unidade de saúde pública. Mesmo que sejam mais distantes de sua moradia, os usuários preferem buscar unidades com maior resolutividade e agilidade na atenção, com as quais já tiveram experiências positivas de atendimento, onde já possuem um vínculo de confiança com os profissionais. Assim, as experiências anteriores avaliadas como positivas, tais como a garantia de atendimento rápido (no mesmo dia), a percepção de atenção, interesse e cuidado recebido pelo profissional e a credibilidade com o atendimento recebido, são decisivos para o retorno e o uso contínuo dos serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a conclusão deste trabalho, avaliamos a qualidade do atendimento em um serviço ambulatorial filantrópico, a partir da percepção dos usuários, no qual foi possível concluir que este avalia o atendimento de forma muito positiva, e isto foi visualizado em todas as variáveis da pesquisa, como a estrutura física do serviço e o atendimento dos profissionais, dentre outros.

Os usuários do serviço de Saúde Ambulatorial Filantrópico de Mossoró, RN, caracterizam-se de pessoas do sexo feminino, com idade entre 36 e 50 anos, em sua maioria com renda salarial entre 2 e 3 salários mínimos, e com o ensino fundamental incompleto.

No presente estudo alguns fatores chamaram atenção por não corroborar com alguns estudos existentes na literatura, onde há uma avaliação negativa sobre a qualidade do atendimento em serviços públicos, pois predominantemente não houve dificuldade para o usuário ser atendido, porém este enfrentou filas para ter o seu direito efetivado.

Além disso, o atendimento para o usuário que buscou o serviço de saúde filantrópico não foi prejudicado pela falta de material e os profissionais prestaram um bom atendimento sem haver diferença entre os usuários, sendo suas necessidades de saúde resolvidas. O atendimento ao usuário também não foi prejudicado por falta de vagas e a localização do serviço não dificultou o acesso do mesmo.

Entretanto, apesar dos resultados não terem sido unânimes, mesmo que em porcentagens menores, dados não favoráveis a avaliação da qualidade do atendimento devem também ser registrados e considerados, pois se tornam indicadores pertinentes quando se refere ao cuidado com a saúde, para que o serviço reavalie suas estratégias e possa refletir e proporcionar melhoras no atendimento ao usuário.

Assim, este trabalho aponta que a percepção do usuário acerca da qualidade do atendimento em um serviço ambulatorial filantrópico, desempenha papel fundamental na construção de uma melhor qualidade dos serviços de saúde do SUS, pois é este mesmo usuário que utiliza estes serviços e tem a propriedade de perceber quais são os principais fatores que fazem com que suas necessidades de saúde sejam sanadas, mas que isto é um processo bastante subjetivo e varia de acordo com o seu processo saúde-doença e suas concepções de vida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. SUS: **Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2014.
- ARMIGLIATO, M.E. et.al. Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. **Rev.Soc.Bras.Fonoaudiol.** v.15,n.1, p.32-9, 2010.
- BENAZZI L. E. ; FIGUEIREDO A. C.; BASSANI D.G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**,Rio de Janeiro, v.15, n.3, maio, 2010.
- BATISTA, M.; ALMEIDA, M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 22, n. 3, p. 200-207, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383>>. Acesso em: 22 Mai. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde. PNS – 2012 – 2015**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf Acesso em: 17 abr.2014.
- BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos**. 2012b.
- BERSUSA, Ana Aparecida Sanches et al. TEMAS EM SAÚDE COLETIVA n° 8: Acesso **aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista**. 8. ed. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 215 p. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas08.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.
- _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DF, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 23jan. 2014.
- _____. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf> Acesso em: 13 de maio de 2014.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf> Acesso em: 21 maio 2014.

CAVALCANTE, F. G. et al. Indicativos do processo de avaliação de serviços de Saúde Mental.. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, Ago. 2012 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800015&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CERQUEIRA, G.F. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro **Rev. bras. epidemiol.**, v.12, n.3, p.281-296, 2011.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade na saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, p. 2006.

LIONÇO, T. **Bioética e sexualidade**: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Série Anis*: Brasília, n. 54, 2006, p. 1-6. Disponível em: http://www.anis.org.br/serie/visualizar_serie.cfm?IdSerie=69. Acesso em: nov. 2014.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v.26, n.12, p.1743-1748, 1988. Disponível em: <jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=374139>. Acesso em: 23 abr. de 2014.

DUARTE, E. F. Avaliação dos serviços da Saúde Pública.. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, Ago. 2012 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800015&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 nov. 2014.

EBELLE, F. D. Avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário da rede pública. **Physis**, v.24, n.1, p. 127-146, 2014.

FURTADO, J. P. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, dez. 2013.

GOUVEIA, Giselle Campos et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.**, v.12, n.3, p.281-296, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. P.; LIMA, J. C. F. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPJV/FIOCRUZ, 2008, p. 427-32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>>. Acesso em 30 maio 2010.

MORAES, Verena Duarte; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera e BRANDAO, Ana Laura. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, 2014, vol.24, n.1, pp. 127-146.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, 2010, vol.20, n.4, pp. 1419-1440.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, 2010.

PEREIRA M.J. Satisfação do usuário sobre estratégia da saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 15, p.709-715, 20 set. 2010.

PIMENTA, Francisco. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.**, v.12, n.3, p.281-296, 2014.

PEDROSA, Inês de Cássia Franco. A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do Município de Cuiabá-MT . **Rev. bras. epidemiol.**, v.12, n.3, p.281-296, 2014.

POLIGNANO, M. V.. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf Acesso em: 10 out. 2014

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REVISTA FILANTRÓPICA. **Qual o conceito de unidade filantrópica**. 2009. Disponível em: http://www.institutofilantropia.org.br/secoes/if-responde/item/2427-qual_o_conceito_de_entidade_filantropica. Acesso em: 20 abr. 2014

SANTO, Carmen Camargo do Espírito et al. Memórias e representações sociais do Sistema Único de Saúde por seus usuários. **Esc Anna Nery**, v.16, n.1, p. 96-102, jan./mar. 2012.

SANTOS, Roniélha Moreira dos; RIBEIRO, Liliâne da Consolação Campos. Percepção do Usuário da Estratégia Saúde da Família Sobre a Função do Enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 4, n. 15, p.709-715, 20 set. 2010.

Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/20373/13542>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

SANTIAGO, R. F. et. al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.35-44, 2013. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413... Acesso em: 23 de março de 2014.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.**, São Paulo, v.19, n.3, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004>Acesso em: 21 maio 2014.

SCHWARTZ, Talita Dourado et al . Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, Jul. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Nov. 2014.

STAMM, A.M.N.F. et al. Perfil socioeconômico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Medicina Interna do Hospital Universitário da UFSC. **Arq. Catarinenses Med.**; v.31, n.1-2, p.17-24, 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO

CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO

1 SEXO

Masculino Feminino

2 IDADE

Menos De 18 Anos Entre 19 E 35 Anos Entre 36 E 50 Anos Mais De 50 Anos

3 RENDA FAMILIAR

1 Salário Mínimo Entre 2 E 3 Salários Mínimos Mais De 4 Salários Mínimos

4 ESCOLARIDADE

ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ENSINO FUNDAMENTAL Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós Graduado

	AVALIAÇÃO DO SERVIÇO	Muito ruim	Ruim	Bom/a	Muito bom/a
1	Como você avaliaria o atendimento da Comunidade de Saúde neste momento?				
2	O que você acha da estrutura física da Comunidade de Saúde?				
3	O que acha sobre o atendimento dos profissionais que trabalham neste local?				

	ESPECIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO	Sim	Nunca	As vezes
1	Enfrentou dificuldades para ser atendido?			
2	Enfrentou filas para ser atendido?			
3	O atendimento foi prejudicado pela falta de materiais?			
4	Os profissionais realizaram um bom atendimento?			
5	Existe diferença no atendimento entre as pessoas?			
6	Sua necessidade de saúde foi resolvida neste serviço de saúde?			
7	Deixou de ser atendido por falta de vagas ou pelo esgotamento de fichas? Outro motivo? Qual?			
8	Existe demora no atendimento?			
9	A localização da Comunidade dificulta o seu acesso?			

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa: **Avaliação da Qualidade do Atendimento em um Serviço de Saúde Ambulatorial Filantrópico**. Realizado pelos pesquisadores: Prof. Esp. Amélia Resende Leite e a aluna Francisca Regiclaúdia Medeiros da Silva.

Esta pesquisa pretende avaliar a qualidade do atendimento em um serviço ambulatorial filantrópico a partir da percepção do usuário. Também caracterizará a situação socioeconômica dos usuários entrevistados, conhecerá a opinião dos usuários a estrutura física do serviço e avaliará a satisfação dos usuários com relação à qualidade e eficiência do atendimento profissional.

O motivo que nos leva a fazer este estudo refere-se ao fato de que os usuários têm importante participação no sucesso dos serviços oferecidos por qualquer instituição que lhes prestem algum tipo de serviço e em especial nos serviços de saúde, uma vez que possuem esse direito garantido na Constituição Federal de 1988. A avaliação nos serviços de saúde se faz necessária para que se possa perceber o grau de satisfação ou insatisfação dos receptores dos serviços, pois só dessa forma poderá ser verificado se o objetivo da instituição está de fato sendo alcançado, que é prover um serviço de saúde de qualidade e eficiente na vida de seus usuários.

Caso o (a) senhor (a) decida participar, o (a) senhor (a) deverá responder a um formulário estruturado para conhecer a percepção quanto a qualidade do atendimento em um serviço ambulatorial filantrópico. O (a) senhor (a) será submetido ao instrumento uma só vez, não havendo necessidade de outros encontros. O tempo médio para responder ao formulário corresponde a 5 minutos.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, possível desconforto aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superam os riscos.

O estudo apresentará como benefício conhecer qual a percepção do usuário sobre a qualidade do atendimento em um serviço de média complexidade ambulatorial filantrópico. Com esta resposta, acreditamos que a gestão deste serviço terá uma resposta sobre a satisfação do usuário quanto à qualidade do atendimento

e como este pode melhorar para atender as necessidades da população que o utiliza.

Os dados que irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se o (a) Senhor (a) tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pela pesquisadora associada desse estudo e reembolsado. Além disso, se o(a) Senhor(a) sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, será indenizado pela pesquisadora associada.

O (a) Senhor (a) ficará com uma cópia deste documento e a outra com a pesquisadora responsável. Toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora responsável, através do e-mail: amelia_resende@hotmail.com

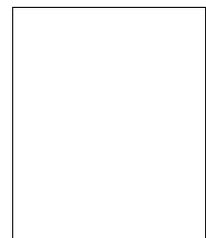
Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativas, riscos e benefícios da pesquisa, bem como o direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE².

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____ / _____ / 2014

Prof^a. Esp. Amélia Resende Leite¹
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa/testemunha



Impressão
datiloscópica do
participante

Pesquisadora Responsável: Amélia Resende Leite

Endereço profissional da Pesquisadora: Francisco Holanda 81, Ap 130 cond. Fausto Guilherme. Alto de São Manoel CEP:59631-100

E-mail da pesquisadora: amelia_resende@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.

ANEXO

ANEXO A - Tabela atendimento

Mês 2013	Total de atendimentos 2013
Janeiro	3.040
Fevereiro	2.808
Março	3.261
Abril	3.215
Maiο	2.890
Junho	3.056
Julho	3.232
Agosto	2.773
Setembro	2.992
Outubro	2.804
Novembro	2.522
Dezembro	2.387
TOTAL	34.980

Fonte: Comunidade de Saúde de Mossoró.