



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BÁRBARA GOMES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÓTICA DOS
USUÁRIOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA (2004-2014)**

CEILÂNDIA/DF

2014

BÁRBARA GOMES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÓTICA DOS USUÁRIOS: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA (2004-2014)**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Saúde Coletiva, da faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.
Orientador: Prof^o. Me. Sergio Ricardo Schierholt.

CEILÂNDIA / DF

2014

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÓTICA DOS USUÁRIOS: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA (2004-2014)**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Saúde Coletiva, da faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.
Orientador: Prof^o. Me. Sergio Ricardo Schierholt.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Orientador Prof^o. Me.
Sergio Ricardo Shierholt
Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a. Mariana Sodário Cruz
Universidade de Brasília

Prof^o. Dr. José Antônio Iturri
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pilares, as pessoas que me fortaleceram a todo o momento e que amo mais que tudo em minha vida. Especialmente a minha mãe, Vanilda Gomes da Silva, a quem devo tudo que sou e as minhas irmãs, Déborah Gomes da Silva e Gabriela Gomes da Silva. À vocês o meu imenso obrigada, pela paciência, compreensão e todo amor creditado a mim em todos os dias de minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Descobri que as fases não têm fim, quando achamos que é o ponto final, lá está um novo começo. Só que existem estradas pelas quais pensamos que nunca iremos passar, sentimos que nossa bagagem é pouca ou temos bagagem demais para seguir, então desenhamos novas rotas, encontramos outros obstáculos, mas por detrás de uma razão, existe o plano dos sonhos. Não são meros sonhos, são expectativas movidas por vontade de querer ser. Diante de todos os meus caminhos, esse foi o que eu mais almejei na minha vida e quando achei que não teria como seguir, lá estava Deus com o mapa na mão, me guiou, me protegeu, me ensinou e me fez acreditar que em seus planos nada, exatamente nada, é por acaso, à Deus o meu imenso agradecimento.

Agradeço a minha mãe, Vanilda Gomes da Silva, por ser tão sábia e por me auxiliar desde a escolha do curso, na persistência e na realização dele, soube compreender as minhas dificuldades e tornou tudo isso mais leve me apoiando e sendo tão pai e tão mãe.

Agradeço as minhas maravilhosas irmãs, Déborah Gomes e Gabriela Gomes, que sempre abrilhantaram a minha caminhada depositando em mim um universo de expectativas que foram transformadas em superação.

Agradeço com muito amor ao meu namorado, Wabner Prado que desde o início da graduação se passou por amigo, companheiro e fez do final da história uma relação tênue com amor.

Agradeço ao meu orientador, Sergio Schierholt, por ser um exemplo sempre admirável em toda minha caminhada, carregando consigo simplicidade e comprometimento com sua profissão, assim sendo, me fez apaixonar por temáticas desafiadoras e incríveis. Obrigada pela compreensão e paciência em todo esse processo de construção.

Agradeço a todos os meus amigos, os velhos e os novos, que estiveram comigo nessa batalha e que compartilharam de todos esses momentos. Mas em especial ao Robson Goes que nunca hesitou em me auxiliar e se fez tão amigo, assim como sempre.

Por fim, ao curso de Saúde Coletiva por despertar em mim tantos pensamentos críticos e construtivos a respeito desse enorme sistema de saúde, me refazendo como cidadã e me inquietando para fazer parte das mudanças.

"Tudo tem seu tempo e até certas manifestações mais vigorosas e originais entram em voga ou saem de moda. Mas a sabedoria tem uma vantagem: é eterna." Baltasar Gracián.

RESUMO

Trabalhar com a perspectiva do usuário é buscar por meio dos protagonistas do próprio sistema as devidas falhas que o cerca, como as dificuldades de acesso, as limitações nos atendimentos, as precariedades e falhas, assim como evidenciar potencialidades interligadas a um bom acolhimento, uso de tecnologias, estruturas e recursos humanos. Este estudo teve como objetivo principal verificar a contribuição dos artigos que retratam a avaliação dos serviços de saúde na ótica dos usuários. Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS e SCIELO, tendo como base artigos publicados nos anos de 2004 a 2014. Foi utilizado o método de inclusão e exclusão no qual foram selecionados 24 artigos que tinham como experiência uma avaliação de serviços de saúde. Os dados encontrados apontaram as potencialidades e vantagens em inserir o usuário na avaliação, pois eles trazem aspectos positivos a respeito de *empoderamento* e controle social, assim como retrataram também as limitações da avaliação feita com os usuários e observando a ordem cronológica das avaliações percebe-se que não há muitos avanços sobre a aplicação das avaliações.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Satisfação dos usuários. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Working with the user's perspective is to look through the protagonists of the system itself, the failures that caused the fence, as the difficulties of access, limitations on attendance, the fragilities and failures, as well as highlight potential linked to a good host, use technology, infrastructure and human resources. This study aimed to verify the contribution of articles that depict the evaluation of health services from the perspective of users. We conducted a literature in LILACS and SCIELO data, based on articles published in the years 2004 to 2014. The method of inclusion and exclusion in which 24 articles that had experience as an evaluation of health services were selected was used. The data found indicated the potential advantages and insert the user in the evaluation because they bring about positive aspects of empowerment and social control, as well as portrayed the limitations of the evaluation with users and observing the chronological order of the evaluations realized that there are not many progress on the implementation of evaluations.

Keywords: Health evaluation. User satisfaction. Health services.

LISTA DE SIGLAS

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

SCIELO - Scientific Electronic Library Online.

SUS – Sistema Único de Saúde.

BIREME - Centro Latino Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde.

PSF - Programa de Saúde da Família.

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.

PROADESS - Projeto Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tabela com resultados LILACS e SCIELO.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo geral.....	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1. História da Avaliação.....	14
3.2. Incorporação dos usuários na avaliação.....	17
3.3. Quem são os usuários?.....	19
4. METODOLOGIA	22
4.1. Levantamento de dados.....	22
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSSÃO	29
6.1. Potencialidades e vantagens da avaliação de serviços de saúde focadas no usuário.....	29
6.2. Sobre o perfil dos usuários.....	31
6.3. Limitações encontradas na avaliação feita por usuários.....	33
6.4. <i>Empoderamento</i> e participação popular	35
6.5. Abordagem da avaliação em saúde na última década.....	37
7. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1. INTRODUÇÃO

As avaliações paralelas ao monitoramento sobre a situação da saúde no Brasil são requeridas cada vez mais para compreender as mudanças e para a orientação de implantação e reformulação das práticas em saúde (FELISBERTO, 2004).

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande sistema e que passa por grandes percalços rotineiramente devido a todo o arcabouço de suas complexidades, é indispensável que realize avaliações constantes e plausíveis para seu progresso.

Dando credibilidade ao processo de avaliação e seus resultados, programas e políticas de avaliação têm ganhado pautas e têm sido prioridade em agendas, assim aponta Felisberto (2004) e Souza (2002). As variadas ofertas de serviços prestados que correspondem a integralidade geram uma relação necessária de verificar o que está sendo proposto e as expectativas dos usuários. Assim, a satisfação dos usuários caminha para uma avaliação qualitativa e legítima sobre o sistema (MENDES 2003).

Na década de 90 segundo Mendes (2003), a avaliação elaborada pelos usuários ganhou um grande espaço devido à qualidade do setor empresarial e implantações em serviços de saúde, que passaram a visualizar o usuário não só como paciente, mas também como consumidor, se fazendo importante buscar a percepção do mesmo sobre os serviços ofertados.

A importância desse recorte de avaliação vem se tornando cada vez mais requisitada no âmbito da saúde, visto que buscar essa linha de pensamento paralelamente aos usuários vem construindo indicadores e provocando sensibilidade sobre definições de qualidade e adequação de serviços (TRAD et al., 2001).

Trabalhar com a perspectiva do usuário é buscar por meio dos protagonistas do próprio sistema as devidas falhas que o cerca, como as dificuldades de acesso, as limitações nos atendimentos, as precariedades e falhas, assim como evidenciar potencialidades interligadas a um bom acolhimento, uso de tecnologias, estruturas e recursos humanos.

A incorporação do cidadão na avaliação retrata a indispensável participação popular que de acordo com o que preceitua a obra, *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (2006, p. 94), tal participação consiste nas práticas de fiscalização e participação de processos de políticas ou deliberações dentro do SUS, assim nesta mesma linha, ajudam a evidenciar planejamentos que se adequam efetivamente a realidade oriundas das avaliações.

Na leitura sobre temas e artigos com a temática avaliação de usuários, é evidente a variabilidade de conceitos sobre qualidade, métodos descritos para aferir satisfação, as escolhas de instrumentos, o trânsito de abordagens qualitativas e quantitativas, os diversos pontos positivos e negativos focados apenas nos usuários e ainda as contribuições inteiramente ligadas ao sistema, todo esse conjunto das obras levantam diversas curiosidades sobre experiências pautadas e os caminhos que a avaliação tem alcançado.

Assim, Trad e Esperidião (2005), consideram em suas análises que até 2005 já existia uma série de artigos sobre a temática, e que estes já apresentavam diversos critérios e abordagens sobre a avaliação de serviços de saúde sob a expectativa dos usuários, bem como a necessidade de aprimoramento sobre diversas questões que norteiam para a fidedignidade da avaliação, desde a definição de qualidade até os métodos quantitativos ou qualitativos escolhidos pelos pesquisadores, os autores aqui citados afirmam ainda que essa análise sobre os avanços do que está sendo feito deve ser contínua.

Na necessidade acadêmica de se pesquisar sobre o tema, o objetivo deste trabalho é fazer um levantamento dos artigos publicados que retratam a avaliação de serviços de saúde na ótica dos usuários e evidenciar por meio disto, como estão sendo feitas as avaliações de serviços de saúde e como os pesquisadores estão trabalhando com abordagens de satisfação disponíveis, limites e possibilidades de progresso a respeito desse recorte na última década.

Para tanto, foi conduzida uma revisão de literatura com síntese qualitativa, com análise de artigos indexados na base de dados da LILACS e SCIELO, buscando acessar os artigos no período de 10 anos que utilizaram os seguintes descritores: avaliação em saúde e satisfação dos usuários, fazendo dessa maneira uma análise qualitativa sobre os achados para subsidiar uma melhor interpretação.

A iniciativa da investigação parte da necessidade de identificar os avanços oriundos de avaliações feitas com os usuários sobre o Sistema Único de Saúde e identificar como estas estão sendo executadas, para que a partir desta análise possamos contribuir com a temática para calcar decisões e novas iniciativas, considerando suas lacunas e potencialidades identificadas nos últimos dez anos. A pesquisa possibilitará o mapeamento das contribuições teóricas na área para o progresso contínuo do sistema.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar levantamento bibliográfico e analisar a contribuição dos artigos que retratam a avaliação dos serviços de saúde sob o ponto de vista dos usuários.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar potencialidades e vantagens da avaliação sob o ponto de vista dos usuários;
- Evidenciar as limitações encontradas na análise feita por usuários;
- Analisar como o modelo de avaliação centrado nos usuários pode contribuir para o empoderamento e a participação popular;
- Identificar como os pesquisadores estão abordando o tema avaliação em saúde na visão do usuário na última década.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História da avaliação em saúde

Fazer julgamentos ou valorar coisas, situações, processos, é um exercício comum a todos os seres humanos. A prática de qualificar ou desqualificar é tão rotineira que às vezes não percebemos que estamos estabelecendo critérios a nossas escolhas. Desde 2,4 a 1,5 milhões de anos atrás formavam-se os primeiros agrupamentos sociais compostos por homínídeos, caçadores, pescadores e coletores (BONITO, 2003). E para a sobrevivência de determinada comunidade se fazia necessário a divisão de tarefas que deixava acordado o que ambos os sexos, grupos etários executariam.

A sensibilidade para identificar o período de chuva para caça ou colheita, os predadores e os momentos para caçar, o tempo do frio e do calor e outras formas necessárias para se permanecer vivo levaram os grupos ao aprimoramento de suas práticas para a resistência do seu povo. Se pararmos para analisar este retrato histórico vamos identificar que os homínídeos através de suas vivências começaram a identificar o que seria melhor em suas atividades, o tempo de colheita, a melhor caça para se comer, os rios de água doce e até mesmo seus grupos rivais eram oriundos desta cautela.

Em um exercício ousado sobre o ato de se avaliar, percebe-se que as apreciações desses acontecimentos já levavam esses ancestrais a avaliarem o que lhes eram favoráveis e que se tornava fator determinante para as novas escolhas, trazendo desta forma um aprimoramento de suas ações e, conseqüentemente, de sua espécie.

Avaliação é vista como um processo de conhecimento que acopla um conjunto de questões para se perceber o todo e suas lacunas. Assim, avaliar é tão antigo quanto o mundo o é (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A avaliação é interligada as ações executadas e contínuas que apontam para uma construção de saberes sobre as atividades. Portanto, avaliar está presente em todas as áreas da vida, podemos avaliar tudo o que nos cerca e ainda atribuir padrões para tal.

Assim, as práticas de saúde são também objetos para avaliação, visto que no processo de prover saúde há políticas, programas, serviços e sistemas. Neste contexto a avaliação conta com várias áreas, como avaliação baseada na epidemiologia, nas práticas clínicas e avaliação

que se aproxima do campo das ciências sociais, todas elas se interligam devido às especialidades que envolvem todo o sistema de saúde (BROUSSELLE, 2011).

O aparecimento da avaliação no âmbito das políticas públicas surge logo após a Segunda Guerra Mundial quando o Estado passa a atuar e produzir nas áreas de educação, emprego e saúde, os gastos para essa atuação começam a aparecer velozmente e o Estado sente a necessidade de alocação eficaz de recursos, é essa mudança de cenário que provoca e desperta os economistas a fazerem bons estudos de métodos para destinar recursos e evidenciar a priori algumas desvantagens sobre as metas que ali se escolhem, se tornam desta forma avaliadores pioneiros (BROUSSELLE, 2011).

Nos anos 60, os serviços de saúde ganham espaço para serem avaliados, pois começa a ser pensado como produto que deve contemplar os direitos sociais. Além de sua grande importância para o setor privado que visava a busca de consumidores (LIMA & SILVA, 2011).

Em seguida na década de 70, há uma exigência das ações sanitárias para com a avaliação. O papel do Estado passa a ser mais vigente e marcado pelo crescimento econômico, requerendo desse modo um indispensável controle sobre os custos. Ainda nesse período a avaliação ganha espaços em outros países, expandindo implicadamente com a saúde, pois essa fase alavancou o surgimento de tecnologias, implicações políticas, econômicas e outros (PERRY, 1997).

Hartz (1997) enfatiza que já nos anos 80 a avaliação deixa de ser metodologicamente orientada para ser guiada pela teoria, esse trecho remete essencialmente em uma fase calcada no método “caixa preta”. A interpretação sobre este método “caixa preta” evidencia que a avaliação não está ligada apenas em efeitos, mas é necessário também o olhar minucioso sobre os ajustes, processos e ações, pois esses fatos trariam como justificativa o motivo dos efeitos. Essa ligação do antes e depois monta o panorama que nos traz veracidade dos fatos, criteriosamente analisando o todo. Entretanto Mendes (2003) aponta que nesse mesmo período veio em voga a percepção sobre a necessidade de se avaliar saúde e seus serviços na expectativa dos pacientes, fazendo uma relação ainda com os profissionais.

Percorrendo os momentos históricos é claro visualizar que a avaliação aparece direta ou indiretamente com variadas demandas, mas com propósitos relativamente semelhantes.

Sua importância está vinculada a apreciação de todos os processos envolvidos, seja ele em uma intervenção ou até mesmo atividades.

De acordo com a Sociedade Canadense de Avaliação no livro *Avaliação, conceitos e métodos* (2009, p. 43) “Avaliação é a análise de uma ação fundamentada visando a certos objetivos, em termos de pertinência, implantação e resultados”.

Ainda na obra *Avaliação, Conceitos e Métodos* (2009):

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente validas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possam se traduzir em ações (BROUSSELLE et al., 2009, p. 44).

Em um olhar panorâmico oriundo dos aspectos conceituais, avaliar então se torna um exercício de reflexão sobre o que está sendo feito ou até mesmo concluso. Podemos até mesmo identificar a avaliação como uma intervenção, na percepção de que são ações organizadas para mudar uma realidade e que podem apontar para reestruturação (PAIM, 1993).

No cenário da saúde, políticas, programas e projetos com plausíveis modelos lógicos, onde os problemas e ações estão bem definidos e desenhados, são ótimos instrumentos avaliáveis. Percebemos a potencialidade dos programas, políticas e projetos pelo seu objetivo bem definido, visto que a avaliação atuará sobre aqueles parâmetros estabelecidos. Para melhor identificar isso, nos baseamos em modelos lógicos que são ferramentas que possibilitam a racionalidade da intervenção, trazendo de maneira visual e sistêmica o link entre intervenção e efeito. Quando iniciativas ou ações são debruçadas em um modelo lógico efetivo que contempla a contextualização do problema, insumos, atividades, produtos, resultados e impactos, torna-se mais fácil fornecer a avaliação e monitoramento para o acompanhamento, visto que o planejamento prévio fixado em um modelo lógico remete praticidade a se identificar o que está fora das ações traçadas.

Há iniciativas de intervenção, projetos, programas, serviços onde não se obtém o desenho lógico, por diversos fatores como a ausência de planejamento, ações de emergência, execução de atividades por interesses políticos, desinteresse de equipes, o que reflete em um

ciclo que não completa, então o planejamento, a implantação, a sustentabilidade e os resultados acabam se perdendo ao longo do processo. As questões que congelam os projetos e os tornam ineficazes perpassam por interesses políticos e organizacionais, financeiros e econômicos, gestão, processos de trabalho em saúde, atores e agentes, comunicação, autonomia e a falta de conhecimento sobre o que é planejar (PEDUZZI, 1999).

Contudo, há vários projetos que não são avaliáveis por não corresponderem as partes que requerem um planejamento, não tendo definido população, ações, execuções, metas, objetivos, serviços e outros fatores. A desestruturação de diversos projetos desencadeia a necessidade de se averiguar o que está sendo ofertado para a população.

Na busca em garantir maior efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecido por lei, encontra-se um embaraço de ações que necessitam ser monitoradas e avaliadas para alavancar e concretizar metas. “Mais importante do que achar o culpado é achar e analisar o erro” (PEDUZZI, 1999) e para tal, a cultura de se avaliar deve ser vista como uma garantia de qualidade e reconhecimento do bom desempenho que está estrategicamente ligado ao controle sobre toda a situação.

3.2 Incorporação dos usuários na avaliação

Todos os percursos da avaliação e monitoramento no mundo e essencialmente no Brasil nos trouxeram avanços plausíveis sobre a teoria, metodologia e caracterização de como deve ser esse instrumento no âmbito da saúde e como o mesmo tem refletido em melhorias para tal. Nessa construção interligada a todo o processo de buscar evidências sobre pontos fracos e fortes do Sistema, as pesquisas sobre a satisfação dos usuários também se tornaram um progresso para identificar o que os próprios agentes inseridos têm para relatar sobre a qualidade dos serviços oferecidos, o reconhecimento é oriundo da década de 90, pois é o marco da plenitude da avaliação sobre a satisfação dos usuários visto como consumidor dos serviços (MENDES, 2003).

Essa importância do foco da percepção dos usuários não estacionou nessa década, a necessidade ainda é pontuada pelo Ministério da Saúde que possui iniciativas para validar esse eixo criterioso da avaliação. A incorporação dos usuários na avaliação não está apenas ligada a uma questão de aferir qualidade, mas sim na adequação dos serviços (ESPERIDIÃO, 2005).

MENDES (2003) relata ainda que a avaliação qualitativa corresponde fielmente a esse eixo da avaliação que contempla as partes sociocultural e política reveladas pelo contexto que o indivíduo está inserido. Estas partes são inseridas nos instrumentos de avaliação visando buscar aspectos de estrutura narrativa e fazendo o recorte apontando para as Políticas, Planejamento e Gestão. Esses modelos produzem sínteses para formular questões recomendadas para o SUS compostas em análises e construção (FURTADO, 2008).

Há uma farta literatura que descreve o termo qualidade, em resumo no livro *Avaliação, conceitos e métodos* de Hartz et al. (2009), a qualidade possui exatamente três dimensões: técnica, interpessoal e organizacional, portanto qualidade é todo esse conjunto que envolve o processo que implica o melhor e mais adequado resultado. Por outro lado, Pereira (2006) define que a qualidade provém exatamente da totalidade da execução, e se esta foi prestada com excelência comparando com os parâmetros apropriados. O que dificulta a definição de qualidade, visto que definir parâmetros é um processo complicado, partindo do pressuposto de que os estabelecimentos dos parâmetros podem ser diferentes devido as pessoas, vivências, culturas, instituições ou concepções que ao mesmo tempo em que engessam o termo qualidade é algo extremamente mutável dependendo da ótica que se olha, não há interpretação interdisciplinar sobre a definição.

Todavia fazendo o recorte sobre o que remete a análise do utente sobre qualidade, a satisfação está vinculada as necessidades, desta forma se averigua também se estas estão sendo contempladas ou não (MENDES, 2003).

Dentre o universo de pesquisadores sobre o eixo satisfação do usuário, sempre se teve cautela para se pensar a interpretação do usuário sobre o que é satisfação. Para Moreira (2013), a satisfação está vinculada à qualidade com o propósito de serviço, se este foi contemplado ou não. Porém, isto pode ser mais dinâmico se partimos do ponto que a satisfação em averiguar um serviço pode ser oriunda de percepções sobre saúde-doença, crenças, cultura e características sociodemográficas, o conjunto de tudo isso pode refletir em valores e julgamentos diferentes (BRANDÃO, 2013).

Mesmo identificando esse paradoxo de ideias, o que anda paralelo é a necessidade do paciente em ocupar um lugar de protagonista dentro do Sistema de Saúde, sendo eixo central de mudanças e progressos e efetividade de participação de peso no controle social.

Deve-se considerar que quando elegemos o cidadão como avaliador e reconhecemos que o mesmo tem seus critérios construídos sobre qualidade que refletirá em satisfação, estamos contando com usuários que podem vincular esse conceito ao um viés de gratidão, por se tratar de um serviço público e a satisfação seja dada apenas pela esperança de conseguir ou não determinado serviço.

Considerando as peculiaridades do Sistema e buscando a certificação sobre os acontecimentos e contemplação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, nada mais eficaz do que o paralelo com a participação popular. A incorporação dos protagonistas na avaliação corresponde a um processo de melhorias apontadas para o Sistema único de Saúde e instrumento para subsidiar maiores intervenções que vão ao encontro da verdadeira realidade (MELO, 2002).

3.3. Quem são os usuários?

Os agentes envolvidos no contexto do Sistema são integralmente responsáveis pela qualidade dos serviços que estão sendo oferecidos, assim como os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições, os usuários são também de suma importância para alavancar o SUS, este que pode ser visto tanto como paciente, cliente, consumidor e cidadão.

Se buscarmos de forma literal o conceito das palavras cliente e consumidor, vamos verificar que esta lógica está ligada ao indivíduo que adquire um bem ou serviço, esta visão está ligada à compra com um sentido bem comercial: “o cliente sempre tem razão” e nessa ótica de Sistema Único a visão não é bem essa.

Trabalhando o termo paciente nos remete a ideia de alguém necessitado de atendimento, em condições debilitadas e que requer cuidados e espera por atendimento devido sua condição e baixa autonomia. Se misturarmos as polissemias dos termos em seus conceitos de cliente, consumidor e paciente vamos perceber que ser usuário do SUS, nos compete uma missão maior, que vai além de receber meros cuidados ou adquirir bens.

Esse pensamento se concretiza, pois se tratando de um sistema sustentado na legislação que visa um acesso universal, integral e equânime, percebe-se que o mesmo é calcado por leis que esbarram a todo tempo em outros setores como educação, alimentação, transporte, cultura entre outros.

Deixando de lado então o foco do consumo, tratamos então este indivíduo participativo como cidadão. As noções de cidadania são fielmente traçadas sobre o reconhecimento que se tem dos direitos pleiteados pelo ser humano (MENDES, 2013).

O usuário é um cidadão que tem por direito um conjunto de ações, a interatividade das dimensões variadas como acesso, infraestrutura, profissionais qualificados e resolubilidade no quesito saúde (BRANDÃO, 2013).

A comunidade política nacional tem como base a cidadania. O exercitar sobre o reconhecimento e legitimidade de seus direitos refletem em uma resposta social que gera transformações socioeconômicas e políticas (FLEURY & OUVÉRY, 2009). Desta forma, não há como negar que a cidadania está vinculada diretamente a democracia, visto que a todo o momento implica um princípio de justiça.

Não há como entender o indivíduo que se insere no SUS como um consumidor ganancioso por resolubilidade focado apenas em atendimento ou produto isolado. Entender quem é o usuário é enxergar que determinada pessoa possui direitos e deveres e que esta deve receber atendimento integral de qualidade, conciliado com equidade, e será assim em todos os lugares demográficos garantidos pela universalidade.

Assim, podemos visualizar na carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, disponibilizada pelo Ministério da Saúde em 2006, instrumento sucinto para a leitura dos cidadãos. A carta se baseia nos princípios de cidadania e é preconizada por legislação de referência que a certifica:

- ✓ O art. 196 da Constituição Federal que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;
- ✓ A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- ✓ A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A junção dos direitos civis, sociais e políticos garantidos pela Constituição Federal apontam para uma cidadania, assim reconhecemos que os direitos civis nos méritos individuais são vinculados a liberdade, já os direitos sociais são aqueles que visam segurança

e bem-estar, e os direitos políticos são questões sociopolíticas e participação popular (FAGUNDES, 2012). A cidadania envolve todos esses direitos, desta forma o âmbito da saúde é um espaço propício para se pensar e executar todos eles.

Nesse contexto, convocar o cidadão para a avaliação de serviços de saúde é compreender que o mesmo estará exercendo sua cidadania, e conseqüentemente se provoca um exercício de pensar se seus direitos estão sendo assegurados. Na dinâmica desse pensamento podemos evidenciar que usuários que se reconhecem como avaliadores já foram construídos ideologicamente como cidadãos.

4. METODOLOGIA

A metodologia usada no presente trabalho é uma revisão bibliográfica sobre a temática avaliação de serviços de saúde na ótica dos usuários. Segundo Amaral (2007), a revisão bibliográfica é um no levantamento, seleção, fechamento relacionado ao tema. Essa metodologia implica em identificar o histórico do problema, evidenciar o progresso da temática envolvida e correlacionar às possíveis contradições. Dessa forma, revisão de literatura é verificar os textos e identificar como foram retratados em tempos passados e atuais e como estes contribuíram para o cenário da avaliação.

Mynayo (2002) relata que o objetivo explícito em uma revisão bibliográfica é exatamente fazer com o que o leitor se aproxime da temática e que o mesmo tenha em suas mãos o material escrito sobre determinado assunto contendo a análise de pesquisas e informações precisas do tema.

Para Figueiredo (1990, p. 133) a importância em desenvolver uma revisão de literatura consiste em fazer um retrato histórico casado com uma proposta de atualização, onde propicia ricas comparações de fontes diferentes, constrói uma base intelectual oriunda dos resultados e aponta para a necessidade de novos estudos.

4.1. Levantamento de dados

A procura por expositores em saúde se deu pela análise feita no site desc.bvs.com.br, uma plataforma específica para Descritores em Ciências da Saúde, que foi criada pela BIREME, Centro Latino Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde, com o objetivo de oferecer aos pesquisadores uma busca de terminologia única e rede semântica em saúde, essa base de dados conta com mais de 31.865 descritores.

As palavras que nortearam a pesquisa foram “avaliação” assim como a palavra “usuário” para possibilitar as variadas terminologias a fim de melhor selecionar os descritores da temática requerida. O resultado da busca apontou para: 64 descritores com a palavra “avaliação” e 6 descritores com a palavra “usuário”, neste universo foram selecionados os descritores “Avaliação em Saúde” e “Satisfação dos usuários” para guiar a pesquisa nas bases de dados escolhidas. Os descritores citados acima foram os que se adequaram a proposta do presente estudo.

As pesquisas então se deram pelo cruzamento dos dois descritores, sendo estes colocados nas bases de dados desta forma: Avaliação em Saúde *and* Satisfação do usuário.

A busca se deu também no site da SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período de julho de 2014. Toda a pesquisa foi realizada restritamente nessas duas bases de dados. Os descritores utilizados para a pesquisa foram as seguintes palavras: “Avaliação em saúde” e “Satisfação dos usuários” que serão respeitados pelos critérios de inclusão dos artigos. A pesquisa pela base de dados LILACS teve como auxílio o vídeo expositor que se encontra no início do site, a orientação auxilia em como a pesquisa deve ser feita na base, os recursos da pesquisa e como explorar os campos.

Os critérios de inclusão elegidos para a execução deste trabalho foram: texto completo disponível, assunto principal: avaliação de serviços de saúde e satisfação do paciente, país/região com o assunto Brasil, idioma português, anos de publicação de 2004 a 2014, documento artigo e país de afiliação. Os critérios de exclusão assim relacionados foram textos incompletos, outros países como assunto e filiação, outros idiomas com exceção do português, anos anteriores a 2004, documentos com formato de tese e documento de projeto.

Na LILACS foram cruzados os assuntos: avaliação em saúde *and* satisfação dos usuários, que resultou em 161 artigos; com a inclusão de texto completo disponível, 91 artigos; assunto principal satisfação do paciente e avaliação em saúde, 30 artigos; idioma português, 25 artigos; anos de publicação de 2004 a 2014, 25 artigos; tipos de documento no formato artigo, 19 artigos; país de afiliação Brasil, 18 artigos e país e região Brasil, 14 artigos.

Na SCIELO foram cruzados os assuntos: avaliação em Saúde *and* satisfação dos usuários que resultou em 36 artigos; com a inclusão de coleções Brasil, 23 artigos; idioma Português, 21 artigos; anos de publicação de 2004 a 2014, 19 artigos.

Os filtros da LILACS possuem mais opções e são numerosos comparados aos filtros disponíveis na SCIELO, contudo foram aplicados os filtros disponíveis da SCIELO, onde não ocasionou perdas na pesquisa e os artigos resultantes disto não fogem das características selecionadas na base LILACS, desta forma foram considerados os artigos das duas bases.

Os artigos da LILACS e SCIELO totalizaram 33 artigos, sendo que foram excluídos 3 artigos por serem revisões bibliográficas que traziam os mesmos descritores porém não possuíam avaliações de serviços de saúde como retratado nos demais, sendo estes artigos com

os títulos: Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigmas sanitário contemporâneo (COSTA, 2008), Processo de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa (OLIVEIRA, 2014) e Produção científica em saúde auditiva no Brasil: análise do período de 2000 a 2010 (SILVA, 2012).

Houve também a exclusão do artigo: *Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na Bahia* (TRAD, 2002), que mesmo aplicando os critérios nas bases definidos na pesquisa, o mesmo constou entre os demais, assim o referente artigo possui a data do ano de 2002 e não se enquadra na presente pesquisa devido ao recorte temporal. É válido ressaltar que a pesquisa realizada teve em comum 5 artigos entre LILACS e SCIELO.

5. RESULTADOS

Os trabalhos selecionados da base de dados LILACS e SCIELO para revisão bibliográfica foram identificados, enumerados e as informações extraídas e organizadas para melhor análise, evidenciando título, autores, objetivos e ano. A iniciativa de organização se deu pela finalidade de colocar os artigos com suas devidas experiências em ordem cronológica, como também deixar de forma clara os objetivos de cada trabalho que foi executado. Portanto, ao total são 24 artigos do ano de 2004 a 2014 com trabalhos realizados nas regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com amostras variadas, metodologias diversas e serviços que foram avaliados diferentemente. A disposição da relação dos artigos possibilita a articulação entre os resultados e a discussão, viabilizando o trânsito para possíveis comparações.

Quadro 1-Tabela com resultados LILACS e SCIELO.

Nº	Título	Autores	Objetivos	Ano
1	Projeto Mutirão de Catarata em centro de referência oftalmológico, em Pernambuco: perfil, grau de satisfação e benefício visual do usuário.	Liana Ventura e Carlos Brandt.	Identificar o perfil e o grau de satisfação do paciente do Sistema Único de Saúde atendido no Projeto de Mutirão de catarata da Fundação Altino Ventura.	2004
2	Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.	Daniela Paiva et al.	Descrever o perfil da população e avaliar a assistência prestada.	2006
3	Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.	Daniela Cristina Profitti de Paiva et al.	Descrever o perfil da população diabética e/ou hipertensa coberta pelo PSF e avaliar a assistência prestada a essa população.	2006
4	Avaliação da qualidade do programa Saúde da família no Ceará: A satisfação dos usuários.	Maria Jorge et al.	Avaliar a qualidade do Programa Saúde da Família com foco na satisfação dos usuários.	2007

5	Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará.	Danielle Emmi e Regina Barroso	Avaliar as ações de saúde bucal sobe a perspectiva dos usuários do PSF que frequentam Unidades Saúde da Família.	2008
6	Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário	Ruth Turrini et al.	Identificar a capacidade resolutiva dos serviços utilizados pela população e conhecer a percepção dos usuários sobre a resolução deste problema.	2008
7	Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do hospital São Sebastião Mártir, Sul do Brasil.	Patricia Morsh e Ronaldo Bordin.	Verificar a satisfação dos usuários do programa de Assistência domiciliar do hospital São Sebastião Mártir.	2009
8	Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil.	Antônio Mendes et al.	Avaliar a satisfação dos usuários nas grandes emergências do Recife, Pernambuco.	2009
9	Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais.	Giselle Gouveia et al.	Avaliar diferenças regionais do grau de satisfação dos usuários e comparar com Pesquisa Mundial de Saúde e Pesquisa de saúde com foco na Atenção Básica.	2009
10	Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil.	Luciane et al.	Avaliar a satisfação dos usuários com o atendimento nos centros de atenção psicossocial.	2009
11	O papel do usuário na organização do setor de coleta de sangue do Hemonúcleo de Apucarana, Paraná, Brasil.	Leonardo Di Colli et al.	Demonstrar a satisfação dos doadores de sangue em relação às atividades executadas pelo Hemepar-Apucarana.	2009

12	Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil	Luciane Benazzi et al.	Avaliar a satisfação do usuário com atendimento oftalmológico prestado por um serviço credenciado do SUS.	2010
13	Satisfação e percepção dos usuários sobre os serviços públicos de saúde.	Suzely Moimaz et al.	Avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde pública municipal quanto aos serviços utilizados.	2010
14	O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários.	Natalia Ricci et al.	Avaliar a satisfação dos usuários com o hospital-escola de São Carlos nos seis primeiros meses de funcionamento.	2011
15	Avaliação da satisfação do usuário do programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte.	Alice da Costa Uchoa et al.	Avaliar a satisfação do usuário quanto ao cuidado do Programa de Saúde da Família (PSF) de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte.	2011
16	Processo de construção de indicadores em saúde auditiva.	Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa et al.	Avaliar a adequação de um instrumento, quanto ao serviço de saúde e uso da prótese auditiva.	2011
17	A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista.	Elisabeth Meloni Vieira e Luiz de Souza.	Avaliar a satisfação dos usuários com a esterilização cirúrgica no SUS e detectar o motivo da laqueadura e vasectomia.	2011
18	Atendimento para idosos na atenção Básica de Saúde: Representações sociais.	Cristina Mendes et al.	Avaliar o atendimento oferecido ao idoso na atenção básica às representações sociais.	2013
19	Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo.	Bruna Franzoni et al.	Avaliar a participação do usuário em uma intervenção nutricional em grupo.	2013

20	Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros.	Ana Laura Brandão et al.	Aplicar o instrumento de avaliação (EUROPEP) com adaptação para o Brasil, na Estratégia Saúde da Família.	2013
21	Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários.	Renata Santiago, Antonio Mendes et al.	Avaliar a percepção dos usuários com a qualidade do atendimento das Unidades de Saúde da Família do Recife.	2013
22	Oncoaudit: desenvolvimento e avaliação de aplicativo para enfermeiros auditores.	Luciane Mandia Grossi et al.	Desenvolver aplicativo de consulta de medicamentos quimioterápicos e avaliar quanto à satisfação do usuário e usabilidade.	2014
23	Estudo sobre dimensões da avaliação das 127 unidades de Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário.	Verena Duarte Moraes et al.	Verificar qual dimensão dentro da avaliação é mais valorizada pelo usuário.	2014
24	Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: Satisfação com serviço.	Ana Flávia de Oliveira Santos e Cármen Lúcia Cardoso.	Avaliar a satisfação com o serviço de 54 familiares cuidadores de usuários de serviço substitutivo em saúde mental.	2014

6. DISCUSSÃO

6.1. Potencialidades e vantagens da avaliação de serviços de saúde focadas no usuário

Os autores que pensaram na temática avaliação em saúde e que foram mais apreciados pelos pesquisadores nas experiências de avaliação apontaram por quais caminhos foram construídos os pensamentos dos mesmos e quais eram suas escolhas para concretizar os reais objetivos. Analisar esse ângulo nos evidencia uma possível justificativa sobre metodologias, abordagens e sistematização que os levaram a trabalhar.

Portanto para concretizar a validade da participação social nos serviços de saúde, 80% dos autores fizeram referências pontuadas em diversos autores. Mas é norteador o pensamento apontado para as reflexões trazidas por Donabedian (1984), que retrata a qualidade da atenção à saúde como um instrumento valioso para a avaliação, que deve ser orientada por estrutura-processo-resultado.

Assumem também pensamentos pautados por Contandriopulos (2002), que aborda a existência das duas formas de proceder a avaliação, a avaliação normativa e pesquisa avaliativa, que evidenciam critérios estruturais de cada tipo de avaliação.

O reconhecimento da base teórica é indispensável quando tratamos da avaliação em saúde, pois falar de avaliação de serviços nos faz compreender o quão necessário é um planejamento. A ligação paralela dos assuntos obtém avanços para o âmbito da saúde. Mesmo que a compreensão sobre o que é avaliação seja múltipla, foi vista como um instrumento de uma sociedade moderna que busca formas mais justas de se compreender a complexidade do Sistema Único de Saúde, não muito associada com punições, mas com finalidade de transformação (RICCI, 2011) e (SANTOS et al., 2014).

De acordo Santos e Cardoso (2014), as apreciações focadas nos pacientes emitem um desenho de estratégias de serviços que soam como alternativas nunca pensadas, pois a sociedade tem uma organização de vida, possui sociabilidade, experiências sociais e relações com o ambiente. Estas questões muitas vezes não são inseridas no planejamento, ocasionando projetos que não contemplam o cidadão.

Realizar essas estimativas significa aumentar a visão e compreensão dos serviços que estão sendo ofertados, o que ocasiona uma interação mais complexa do todo (VIEIRA, 2011).

Quando pensamos nessa vertente valorizamos a fala, o pensamento, o sentimento de quem vive o cenário todos os dias (MORAES, 2014). A opinião do usuário que avalia, direciona ao planejamento de novos serviços apontando para a melhoria de ações que não estão sendo bem executadas no presente, garantindo um exercício de prover qualidade (MOIZAZ, 2010). O consumidor que está inserido na realidade e que participa da avaliação de um serviço colabora com uma reflexão sobre cuidados em saúde e uma nova expectativa desse cuidado, propiciando avanços consideráveis que alcançam toda a equipe (BRANDÃO, 2013).

Fazer periodicamente avaliações sobre o que está sendo ofertado é verificar se está ocorrendo efetividade do mesmo, assim se obtém cautela para não deixar o serviço perder a qualidade (HALLAL, 2010). Moraes (2010) concorda que a incorporação dessa prática não está restritamente ligada com a satisfação dos usuários, mas também para a institucionalização da avaliação em serviços.

A avaliação é sempre somativa, isso significa dizer que traz contribuições consideráveis que acrescentam no universo do qual está trabalhando, podem determinar adoção, continuidade, aplicação ou encerramento de determinado programa (MENDES, 2013). É nítido na revisão realizada que grande parte considera que as avaliações com enfoque nos usuários ajudam no Sistema Único em Saúde e nos seus avanços (PAIVA, 2006); (COLLI, 2009) e (UCHOA, 2011).

Trazer o cidadão como avaliador é perceber que ele compreende a deficiência do serviço e se torna fundamental, pois refletirá na aceitabilidade do serviço que irá propagar pela comunidade (VIEIRA & SOUZA, 2011).

A palavra “satisfação” obteve uma série de interpretações e indagações inclusas em 60% dos artigos, o termo veio entrelaçado muitas vezes com a palavra “qualidade”. Mensurar a satisfação do utente não é tarefa fácil, pois às vezes é algo extremamente particular e pode muitas vezes sofrer alteração ao longo do processo. Há uma mistura de estado de saúde, expectativa do serviço, características dos profissionais e relacionamento usuário/profissional (JORGE, 2007). A satisfação envolve dimensões de acesso, qualidade, estrutura física e organizacional (GOUVEIA, 2009).

A percepção é particular, assim pode ser a definição de satisfação, pois não se conhece quais critérios irão eleger para avaliar determinado serviço e a qualidade do serviço também,

já que desconhecemos o padrão de qualidade para cada indivíduo (TURRINI, 2008) e (BRITO 2012).

Emmi (2008) compreende que a satisfação está ligada ao ato de explicar, diz respeito a desejos, necessidades e expectativas que estão ligadas a comunidade que devem ser traduzidas em ações e serviços. Já Morsch (2009) traz um novo olhar sobre a satisfação, essa é entendida como resultado a ser alcançado, a realização do serviço e qualidade está ligada como a mudança do estado de saúde do paciente. Por outro lado, ter qualidade e satisfação pode também estar ligado apenas a algo positivo (SANTIAGO, 2013).

Outra discussão mostra que qualidade e satisfação podem ser contempladas por atos médicos ou não médicos, dependendo da percepção unilateral de quem avalia (BENZAZZI, 2010). Assim, satisfação tem um conceito vago com realidades variadas, o que se mede muitas vezes não é a satisfação e sim a percepção dos serviços recebidos (MORAES, 2014).

Nesse universo de concepções há elementos interessantes que devemos considerar analisando a situação hipotética em que se o paciente em uma unidade de saúde não tiver atendimento biomédico, porém for bem atendido, instruído sobre como proceder e aonde procurar atendimento devido, e se for ainda encaminhado para outros níveis de complexidade dentro do SUS, ele pode avaliar que o serviço foi ruim por não obter atendimento naquele local e seus critérios podem estar direcionados a questões de resolubilidade extremamente focada no produto. Logo, se o mesmo compreender que recebeu boas informações mesmo não tendo atendimento, pode ter seus critérios guiados por percepções de acolhimento, profissionais qualificados, sistema organizacional em funcionamento e outros.

Em uma análise criteriosa sobre as avaliações com usuário em ação, podemos dizer então que, não iremos ter uma estimativa que retrate o cenário fidedignamente real, já que os filtros usados para cada pessoa são diferentes. O que se torna inquietante para um avaliador/instituição, como desafiador aos olhos do planejamento.

6.2. Sobre o perfil dos usuários

Entendendo que a satisfação e qualidade, estão sendo guiadas a todo o momento por critérios extremamente pessoais, buscou-se compreender nesta mesma linha, quem é o usuário, quem espera por um serviço, quem deve ser contemplado. Todos os artigos usados nesta pesquisa, tiveram o cuidado de investigar o perfil dos usuários que iriam avaliar os serviços desejados, mas nem todos os artigos usaram as informações coletadas para subsidiar

os resultados. Para a definição do perfil usou-se, gênero, faixa etária, escolaridade, cor, estado conjugal, renda familiar e situação de moradia.

Algumas experiências nos trouxeram resultados interessantes sobre a definição do perfil. Em todos os artigos constatou-se que a porcentagem de mulheres usuárias e consequentemente avaliadores são bem maiores que os homens, o que vai de acordo com as literaturas sobre os cuidados de saúde e gênero (MACHIN, 2009).

O motivo da maior utilização de serviços de saúde pelas mulheres é explicado pela fisiologia do ciclo da vida e também por um serviço direcionado a elas, como: saúde da mulher, pré-natal, prevenção do câncer de mama e saúde da criança (BRANDÃO, 2013).

A mulher é referência familiar e tem uma cautela maior sobre os cuidados com a própria saúde e com os demais integrantes do lar. O panorama das mulheres como avaliadoras caracteriza-se pelo profundo conhecimento sobre o cotidiano (MORAES, 2014) e (JORGE, 2007).

O artigo *O hospital-escola de São Carlos: análises do funcionamento por meio da satisfação dos usuários* aponta que em questões de gênero, faixa etária, escolaridade e renda econômica dos usuários não constataram significativas diferenças, os resultados da avaliação se deram através da qualidade dos serviços (RICCI, 2011).

No que se refere à cor da pele não houve diferença estatisticamente ao relacionar à variável e a satisfação do atendimento (BENZAZZI, 2010). Isto não significa dizer que houve o mesmo nível de qualidade e atenção para negros, brancos e pardos, mas consideramos que a percepção e aceitação na avaliação feita pro usuários essa questão não foi pontuada, assim como não foi colocada em nenhum dos questionários com evidência uma questão de descriminalização racial.

Os resultados oriundos do artigo *Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais* constataram que mulheres possuem mais chances de estarem satisfeitas que os homens (GOUVEIA, 2009). Isto se caracteriza pelo conhecimento sobre o ambiente doméstico, indicadores de saúde, experiências vividas (JORGE, 2007).

Jovens adultos apresentam maior insatisfação com as condições oferecidas pelos serviços (MENDES, 2009), a baixa satisfação teve diferenças significativas com relação à

faixa-etária, quanto mais jovem maior a insatisfação (SANTIAGO, 2013). Quanto maior a escolaridade menor a satisfação do usuário que reflete em uma maior exigência (SANTIAGO, 2013). Já Gouveia (2009) discorda e relata que em seu artigo associado com diferenças regionais, especificadamente em Pernambuco, diz que a baixa escolaridade significa uma maior chance de insatisfação.

Gouveia (2009) trabalhando com aspectos regionais retrata que usuários da Região Sul tendem a estar mais satisfeitos, enquanto na Região Nordeste o índice de insatisfação é alto, o que corrobora para o reforço da ideia sobre desigualdade no Brasil (TRAVASSOS, 2006). Nesta mesma linha de raciocínio, ainda com esse artigo, é válido reconhecer que a renda familiar também é pontuada, a baixa escolaridade e renda na maioria das vezes estão casadas (FRANZONI, 2013). E avaliar o serviço de saúde restritamente em uma unidade e se enquadrar como insatisfeito pode-se considerar que este consumidor tem reflexos antes mesmo da insatisfação deste serviço, há a existência de insatisfação com a saúde em seu significado pontuado em constituição, nos aspectos físicos, mentais e sociais (FERRAZ, 1997), o que colabora com a interação da construção dos critérios individuais que norteiam o pensamento de satisfação e qualidade já faladas anteriormente.

6.3. Limitações encontradas na avaliação feita por usuários

Trabalhar com essa forma de avaliação de serviço nos traz uma gama de benefícios, de novas propostas, de descobertas e de reconstrução, mas as experiências dos artigos nos mostraram fatores importantes considerados negativos.

As altas satisfações em algumas experiências podem estar relacionadas ao baixo nível de expectativa dos pacientes. Com expectativa baixa, facilmente se encontra a satisfação (BRANDÃO, 2013). Esse fator constrói uma série de questões, pois apesar de o usuário ter seus próprios critérios, a avaliação é instrumento que dá margem para se dizer o que de fato está ruim, desagradável e não correto. Se a expectativa é baixa e a avaliação é dada como positiva, podemos interpretar que se o serviço foi bom ou se o mesmo for ruim, não iremos ter uma avaliação justa, pensando por esse aspecto, o que pode dificultar o retrato do serviço prestado.

O motivo da alta satisfação pode ser explicado também pela discrepância, assimetria entre profissionais, gestores e usuários, essas diferenças e não aproximações trazem o

sentimento ao cidadão de não ser participativo e não ter iniciativas críticas e reivindicativas para a temática (BRANDÃO, 2013) e (HALLAL, 2010).

Também podemos inferir da discussão, que sentimento de “gratidão” pode influenciar fielmente nos resultados de uma avaliação, pois dificulta um olhar criterioso sobre as questões envolvidas (MENDES, 2009).

Quando tratamos de um serviço público e entendemos as dificuldades que os usuários podem passar, é compreensível que ele também fique receoso por responder uma avaliação com julgamento de valores, justamente com medo de não ser atendido ou contemplado em algum serviço. Essa situação é ratificada por FRANZONI (2013) e PAIVA (2006), a desistência dos usuários para avaliar prejudica a avaliação e seu resultado, mesmo que avaliadores expliquem a finalidade, há muitas vezes resistência.

Pensando por este viés, algumas avaliações optaram por buscar os usuários logo após o atendimento procurado, e nessa dinâmica, houve outro problema por motivo exacerbado de espera por atendimento ou dificuldade em chegar ao local ou até mesmo por um possível mal atendimento, os usuários não querem “perder mais o seu tempo” com a avaliação (BRITO, 2008) e (KANTORSKI, 2009).

Em serviços que ocorrem por etapas apresentados nos artigos *Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo; Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação do usuário* e *Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia*, que tratam de serviços que requerem acompanhamentos ou várias outras consultas apresentaram índices elevados de desistentes. Pois esses avaliadores optaram por deixar que os usuários usassem os determinados serviços primeiro e posteriormente avaliá-los, porém há evasão dos serviços por parte dos usuários.

A questão do analfabetismo também resultou perda de respostas significativas e verídicas, em algumas experiências foram entregues os questionários para os usuários responderem, porém em casos de analfabetismo, estes poderiam ter auxílio do avaliador. Assim, os avaliadores sentiram que algumas pessoas estavam inseguras em mostrar a insatisfação, pelo fator acesso, caso precisasse novamente daquele serviço (GOUVEIA, 2009) e (MOIMAZ, 2010).

6.4. *Empoderamento* e a participação popular

As avaliações de serviços de saúde asseguram qualidade para o Sistema Único de Saúde, essa iniciativa vai ao encontro das diretrizes pontuadas pelo sistema. Desta forma a visão sobre cidadania e participação popular esteve presente em 70% dos artigos, vinculados as ações de avaliações e aparecem como proposta de *empoderamento*.

É necessário identificar a importância do *empoderamento* em uma sociedade, visto que o movimento dessa iniciativa passa a ter efeitos positivos e coloca os agentes envolvidos em posições ativistas, com sentido de crescimento, autonomia e mobilização, por fazer o sujeito assumir seu papel de protagonista, assim como parte do processo e responsável pelas mudanças que o mesmo requer (GONH, 2004).

Faz parte da construção da democracia ter sujeitos ativos, visto que a sociedade não muda apenas com participação local, mas é a partir do plano micro que se dá a mudança e a transformação dela (GONH, 2004).

A observação do *empoderamento* à luz dos artigos trouxe reflexões construtivas para a análise. Os 24 artigos trabalhados levantaram questões positivas de fundamentação da escolha de se trabalhar com o usuário, trouxeram pensamentos científicos, modelos anteriores de avaliação, visões sobre possíveis mudanças e aspectos relacionados ao resultado da avaliação sobre as ações dos programas ou serviços. Mas nesse arcabouço de informações, não trouxeram a avaliação como instrumento de análise para o consumidor.

Seria de grande avanço se o cidadão tivesse em mãos o perfil daquele serviço antes mesmo de usá-lo, neste “manual” poderia ter diversos fatores como metas alcançadas, qualificação recente de profissionais, materiais novos na instituição e outros pontos. E o quão inquietante seria para uma unidade de saúde se em sua porta de entrada tivesse o cartão estampado para a comunidade saber se o serviço foi bem avaliado ou não, ou em contexto amplo se tal unidade oferece ou não uma assistência aceitável.

Esses pensamentos provocantes para o uso da avaliação nos faz pensar sobre um perfil próximo sobre a “Acreditação Hospitalar”, que segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2002), esta avaliação dos hospitais busca uma qualidade permanente de sua gestão e assistência, uma integração harmônica nas áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, docência e pesquisa. O foco do trabalho é a eficiência e eficácia

dos serviços ofertados, porém devemos também reconhecer que essas avaliações vinculadas a “Acreditação Hospitalar” muitas vezes está ligada aos créditos que esta irá trazer principalmente em instituições privadas, trazendo esse selo de qualidade como um grande produto na vitrine, com o seu preço estampado e não podendo ser de alcance de todos. Há instituições públicas acreditadas no Brasil, porém Maria Fortes (2013) que defendeu a tese de doutorado em Saúde Pública com a temática *Acreditação Hospitalar no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde* mostrou que apenas 197 hospitais encontram-se acreditados no Brasil e isso significa 3% da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde. Em sua discussão relata que esse dado emitido é mesmo pequeno e é uma preocupação para a qualidade dos serviços de saúde.

Ainda que esse seja um instrumento de avaliação positivo em alguns aspectos, o que se comunica com a população de certa forma é o selo, e mais uma vez, o intuito fica restritamente por quesitos institucionais. O empoderamento não é limitado e o ciclo de democracia deve se completar. Observa-se que se o indivíduo avaliou e em alguns ainda teve momentos de expor sua opinião, este documento deve chegar em suas mãos.

As pesquisas que usam o usuário normalmente fazem ainda avaliações com profissionais, gestores e processos institucionais, no final desse conjunto de informações este documento se torna imenso, com palavras extremamente formais, com termos institucionais, disponíveis na internet e quase sempre não são atraentes para os olhos do cidadão.

De que valeu? Voltamos então para um pensamento unilateral, sem construção de ideias e desacelerando do processo de participação social, pois essas iniciativas são valiosas para os serviços, mas indispensáveis para os cidadãos. Estar envolvido nos processos e decisões faz do cidadão responsável por avanços e retrocessos. Assim, as avaliações são casadas com transformações, onde podem mensurar impacto, apontar organização dos serviços e outros (COLLI, 2009). Mas para isso, é de suma importância dar continuidade ao que foi feito, a população e suas demandas precisam desses projetos antes que os mesmos se tornem “projetos de gavetas”.

Ainda se tratando da participação popular, fica mais desafiador quando se chega aos resultados das avaliações. Durante o acompanhamento dos artigos percebe-se qual o perfil dos usuários, o produto avaliado, as metodologias e os resultados. Porém, 20% dos artigos chegaram a suas discussões mencionando que o serviço tem qualidade e os usuários estão satisfeitos por terem sido contemplados devido ao produto e não ao serviço por completo. A

análise focou novamente no serviço biomédico. Se tratamos do conjunto do serviço, se buscamos o completo para mensurar a qualidade do todo, o fato de afunilar desmerece o restante do processo.

A continuidade da democracia já mencionada pode também ser trabalhada aqui. Às vezes as avaliações não funcionam com total transparência e sofrem erros, assim como também podem ser tendenciosas, o que prejudica a real ótica dos gestores para esses serviços. Desta forma, compreende-se que é necessário também usar outros mecanismos para exercer o controle social, e essas iniciativas de avaliar podem surgir não só de necessidades institucionais ou de governos, mas também da própria sociedade. A avaliação se encontra então como um processo sempre dinâmico e integrado a um processo decisório que aparece em vários níveis de gestão, trabalhos, agentes e propostas (COLLI, 2009).

Perceber a importância da avaliação e incorporá-la é entender que ela pode fazer parte antes mesmo daquilo que pretende ser feito. Assim, os usuários também se enquadram em novos planos traçados. Estratégias devem sempre ser estudadas antes mesmo de serem implementadas, essa busca de opiniões deve ser recorrente e refletir no controle social (BRITO, 2008). Controle social é um dos elementos mais importantes para a esfera pública (RAICHELLIS, 2000).

O controle social como base do SUS implica diretamente a participação do usuário sobre formulação de tomadas de decisão, tanto em âmbito político como também em fiscalização (JORGE, 2007). Esse exercício fortalece o SUS, a concepção do paciente como co-responsável é legitimada através desse processo, os usuários podem então monitorar, fiscalizar e opinar sobre as melhorias, exercendo fielmente o controle social, seguindo os princípios que regem o SUS.

6.5. Abordagem da avaliação em saúde na última década

No universo de 24 artigos foram usadas diversas metodologias, que significa o conjunto de processos utilizados para realização de um conhecimento de maneira sistêmica. Os artigos trouxeram pesquisas exploratórias e descritivas com objetivos de pesquisa de campo e com abordagens quantitativas e qualitativas.

Na compreensão das metodologias usadas, 100% dos artigos obtiveram abordagens exploratórias e descritivas, isto significa que estes pesquisadores se familiarizaram de forma

exploratória a respeito da temática e descreveram uma população ou determinada experiência (DIEHL, 2004). Todos os artigos apresentaram pesquisas de campo que obtiveram contato e relação com o grupo estudado (DIEHL, 2004), 67% dos artigos com dados quantitativos, 25% quantitativo-qualitativas e 7% apenas qualitativas. As pesquisas quantitativas expressam opiniões, números, estatísticas e as qualitativas são mais descritivas e personalizadas a cada indivíduo, exigindo do pesquisador uma maior observação e imparcialidade (DIEHL, 2004).

O olhar sobre a metodologia nos mostra como os pesquisadores estão executando essas avaliações. É inteiramente desafiador buscar um instrumento para aplicar com a certeza de que as perguntas elencadas traduzirão a satisfação de todo o serviço e se estas perguntas são ou não de fácil entendimento.

Os artigos que trabalharam de forma restritamente quantitativa usaram avaliações calcadas com a metodologia de Donabedian (1894) focada na estrutura-processo-resultado, este foco é visto em outros programas de nível federal citados em 3 artigos, sendo estes programas o PNASS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde) e PROADESS (Projeto Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde), usados na avaliação de desempenho do Sistema de Saúde. As avaliações respeitaram essa dinâmica citada por Donabedian (1894), porém acrescentaram outras questões que caracterizavam mais o serviço que estava sendo avaliado.

Essa iniciativa resultou em um longo questionário no artigo de Turrino (2008) intitulado *Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário*. Na metodologia encontrada em seu artigo o questionário se deu em 14 blocos com diversas perguntas. As demais experiências apresentaram também longos questionários o que pode ser maçante para quem o responde.

Os artigos que usaram como base o PNASS e o PROADESS devem considerar que esses instrumentos de apoio são para a gestão do SUS, estes questionários adaptados aos usuários devem ser mais sucintos para a compreensão e efetivação da avaliação. Nesses questionários houve diferentes parâmetros de escala para definir o grau de satisfação, 8 artigos usaram a escala: ótimo, muito bom, bom, regular, ruim e péssimo, o que dá variadas opções ao usuário; 7 artigos apresentaram escala de satisfação: insatisfeito, o que não possibilita um meio termo ou uma adequação dos critérios e 1 artigo apresentou escala de 0 a 5, o que possibilita também uma adaptação entre o ruim e o bom.

Os artigos que tiveram abordagens quantitativa e qualitativa são 25%, focando no método quantitativo 3 artigos usaram escalas de satisfação ótimo, muito bom, bom, regular, ruim e péssimo, 2 definiram suas escalas como satisfeitos e insatisfeitos e apenas 1 usou escala de 0 a 5. Nas perguntas qualitativas a avaliação veio conjugada com sugestões para a melhoria do serviço, esse é um aspecto extremamente positivo, saber o que não anda em bom funcionamento, os aspectos efetivos e, ainda, receber a devolutiva dos usuários. Porém, o que se pode observar nesses artigos que fazem essa ponte entre a avaliação e sugestões, é que a amostra é relativamente baixa, nesses artigos a menor amostra foram 10 usuários e a maior composta por 355. Se pensarmos esse comportamento da dimensão de alguns programas vamos verificar uma ação quase impossível, trabalhar com a abordagem qualitativa na perspectiva do PNASS, por exemplo, que alcança todo o Brasil seria muito trabalhoso.

Os artigos que compõe os 7% optaram por trabalhar com o grupo focal sendo puramente qualitativo. O grupo focal é um grupo informal do qual se obtém informações qualitativas, uma das experiências tiveram como amostra 60 usuários e a outra apenas 3. As duas buscaram perguntas abertas bastante interessantes como atendimentos médicos, tempos de espera, padronização de serviços, superlotação das unidades, mas deixaram um pouco de lado questões como estrutura e focaram mais no atendimento, não abarcando todo o serviço ofertado.

Sobre a definição de amostra, cada estudo conforme o serviço ofertado estabeleceu seus critérios para eleger seus usuários, alguns aleatoriamente e outros obedeceram alguns critérios de elegibilidade como: idade, tipo de serviço, inquérito domiciliar, determinado grupo de um programa, usuários assistidos pelos agentes comunitários entre outros. Trazendo para uma análise com base cronológica das avaliações realizadas, é válido observar que desde 2004 até 2014, não tiveram muitos avanços sobre a forma de se fazer a avaliação com os usuários no Brasil.

As metodologias estão engessadas e muitas vezes não se adequam ao serviço que será avaliado. Os serviços são os melhores norteadores para se elaborar um instrumento adequado, mesmo reconhecendo que o número de pessoas em uma determinada avaliação pode prejudicar em inovações para os instrumentos, é necessário compreender que guiados por uma pesquisa extremamente positivista não iremos alcançar o lado sociológico oriundo de falas.

Os padrões estão sendo multiplicados e instrumentos de nível Federal se enquadram em pequenos serviços e isso se torna preocupante por não reconhecer a especificidade do

serviço. Ainda há questionários enormes que podem ser sistematizados, inteligíveis e práticos para o uso das avaliações, facilitando até mesmo para a elaboração do produto da devolutiva para esses cidadãos, o que se faz necessário pensar em documentos, cartilhas convidativas e explicativas criadas por eles mesmos, determinando metas para melhorar cada vez mais a assistência.

Precisamos de avaliações com probabilidades menos institucionalizadas, formadas por um controle social e que não esteja ligado a um processo punitivo e sim com caráter infindo de transformação.

A essência da avaliação não é produzir meramente documentos, a lógica está caracterizada em se ter um Sistema Único de Saúde em constante progresso, que tenha o cidadão como eixo alimentador de todas as ações, no trânsito entre políticas, hierarquias, camadas sociais, não podemos olhar para ele como objetos, mas como fenômenos humanos, marcados por cultura, dor, sofrimento e merecedores de olhares interdisciplinares com dimensões da existência.

Cynthia Sarti (2010) em seu artigo *Corpo e Doença no trânsito de saberes* retrata que existe muita fragmentação nos campos científicos e que a saúde muitas vezes não interage com questões antropológicas. É necessária a alteridade, uma interação dos campos, e nesse cenário há relações desiguais em que se prioriza algo estritamente biomédico fazendo uma antropologia médica que não se enquadra em uma antropologia da saúde que entendo o corpo por diversas dimensões. Essa contribuição marca um avanço necessário para se pensar a avaliação, o progresso sempre irá se limitar por essas questões. Deve-se buscar uma avaliação nesse eixo como algo multidisciplinar, em que deve haver ligações entre as áreas dos saberes a fim de se ter menos disciplina e mais comunicação e fazer de tudo isso uma colcha de retalho, a tal ponto que seja prazeroso a diversidade de conhecimento, assim sendo, o pesquisador deixa seu vício de um olhar externo e passa a se reconhecer como parte integrante do processo.

7. CONCLUSÃO

A avaliação em saúde é um campo desafiador e ao mesmo tempo revolucionário para mudanças no Sistema Único de Saúde e que deve sempre apostar na inserção do usuário do âmbito da avaliação. Esse universo é grandioso e requer mais avanços, pois tem se mostrado cada vez mais necessário. As iniciativas de se avaliar devem alcançar mais os olhares dos gestores, profissionais e usuários para que se torne algo interativo, construtivo e permanente e deixar de ser um evento isolado carregado de questões políticas e tendenciosas.

É necessário se debruçar cada vez mais sobre esta temática e superar algumas entraves que carrega como adequação dos instrumentos, o termo qualidade e satisfação, metodologias e serviços, se faz necessário construir, desmistificar e levantar pontos positivos no mundo da avaliação que deve ser trabalhado de forma multidisciplinar reconhecendo quem são os atores envolvidos e alavancando o âmbito do controle social. É nítida como a avaliação é potencializadora de ações nunca pensadas e como ela age sobre reformulações de fatores já existentes. Pensar em avaliação significa estarmos cada vez mais próximos do planejamento examinando a ligação de causa e efeito.

A revisão bibliográfica apontou para o reconhecimento do cidadão e mostrou que apesar das limitações encontradas na escolha dos usuários é de grande valia os resultados que eles trazem, pois mesmo que sejam diversos os resultados sobre usuários satisfeitos ou não com os serviços, a participação e o efeito alcançam outras questões. E ainda que os artigos não mostrem o que foi feito após a elaboração de ricos instrumentos, apostamos em cadeias de mudanças, reflexões sobre serviços prestados e progresso no Sistema Único de Saúde.

Espera-se que este estudo venha contribuir para a temática e despertar aplicações de avaliações no âmbito da saúde, assim como calcar mudanças nesse universo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, J. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica.** Universidade Federal do Ceará, 2007.

BENAZZI, L; FIGUEIREDO, A; BASSANI, D. **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, 2010.

BRANDÃO, A; GIOVANELLA, L; CAMPOS, C. **Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros.** Cienc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios.** Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, T; JESUS, C; FERNANDES, M. **Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia.** Revista Baiana de São Pública, v. 36, n. 2, 2012.

BROUSSELLE, A. CHAMPAGNE, F. CONTANDRIOPOULOS, P. HARTZ, Z. **Organizadores. Avaliação: Conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAMPOS, R.; FURTADO, J. **Narrativas: Utilização na pesquisa qualitativa em saúde.** Rev. Saúde Publica. Campinas, 2008.

COLLI, L. et al. **O papel do usuário na organização do setor de coleta de sangue do Hemonúcleo de Apucarana, Paraná, Brasil.** São Paulo, Rev. Bras. Hematol. Hemoter. v. 31, n.2, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciênc. saúde coletiva v.11 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPGNE, F.; DENIS, J. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à praticas na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz. P.29- 47, 1997.

COSTA, G. et al. **Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo.** Physis. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

DIEHL, A; TATIM, C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DONABEDIAN, A. **La calidad de La atención médica: definición y evaluación.** México, DF: La Prensa Mexicana, 1984.

EMMI, D; BARROSO, R. **Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará.** Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. **Avaliação de satisfação de usuários.** Cienc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 3-312, set./dez. 2005.

ESPERIDIÃO, M.A; TRAD, L. A. B. **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, 2006.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes.** Rev Saúde Materno Infantil. Recife, 2004.

_____. **Da Teoria a formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate.** Ciência e Saúde Coletiva, 2006.

FIGUEIREDO, N. **Da importância dos artigos de revisão da literatura.** Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação, São Paulo, v. 23, n. 1/4, p. 131-135, 1990.

FLEURY, S; OVERNEY, A. **A política de Saúde: Uma Política Social,** in L. GIOVANELLA, S. ESCOREL, L. LOBATO, J. NORONHA E A. CARVALHO, Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: 23- 64.

FORTES, M. **Acreditação no Brasil seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde.** Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, março, 2013.

FRANZONI, B. et al. **Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo.** Cienc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.18, n. 12, 2013.

GONH, M. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais.** Saude e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 2, 2004.

GOUVEIA, G. et al. **Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais.** Rev. Brasil Epidemiologia. São Paulo, v. 12, n. 3, 2009.

GROSSI, L; PISA, I; MARIN, H. **Oncoaudit: desenvolvimento e avaliação de aplicativo para enfermeiros auditores.** Acta Paul. Enferm. São Paulo, v.27, n.2, 2014.

HALLAL, P. et al. **Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.26, n. 1, 2010.

HARTZ ZMA, (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

JORGE, M. et al. **Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: A satisfação dos usuários.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.31, n. 2, p. 256-266, 2007.

KANTORSKI, L. et al. **Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul de Brasil.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 43, 2009.

LIMA, R.; SILVA, E. **Avaliação na Práxis da Saúde: Históricos, Enfoques teóricos e fortalecimento da institucionalização.** Rev Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, n.9 p. 103-114, 2001.

MELO C.; ALCHIERI.; NETO, J. **Sistema Único de Saúde: Uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.** Psico, USF, n.1, p. 63-72, jan./abr, 2012.

MELO F. **Avaliação do programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa e Fortaleza a partir das crenças das usuárias dos PSFs, dos centros de Referências e das Policlínicas.** Curso de graduação em psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2007.

MENDES, A. et al. **Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil.** Ver. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, v. 9, n. 2, 2009.

MENDES, C. et al. **Atendimento para idosos na atenção básica de saúde: representações sociais.** Rev. Cuid. Fundam. 2013.

MENDES, V. **Avaliação dos Serviços de Saúde pelos usuários: Questão de cidadania.** Rev Baiana de Enfermagem, Salvador. v. 18, n.1, p. 97-110. Jan/ago, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Ilustrada. 8 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 117. 3 ed. Revisada e atualizada, 2002.

MOIMAZ, S. et al. **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde.** Physis. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010.

MORAES, V; CAMPOS, C; BRANDÃO, L. **Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário.** Physis. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, 2014.

MORSCH, P; BORDIN, R. **Avaliação do Grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do hospital São Sebastião Mártir, Sul do Brasil.** Rev. HCPA, v. 29, n. 3, 2009.

MYNAYO, C. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002.

PAIVA, D. ; BERSUSA, M; ESCUDER,M. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, 2006.

PEREIRA MG. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 598p.

PERRYS, G, THAMER, M. **The status of health technnoly assessment worlddwide**, Int J Technol assess Health Care, 1997.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RICCI, N. et al. **O hospital- escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários**. Cien. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n.1, 2011.

SALTMAN, R. FOGUEIRAS, J. **European Health Care Reform: analysis of currents strategies**. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1997.

SANTIAGO, R. et al. **Qualidade do atendimento nas unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuário**. Cienc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.18, n. 1, 2013.

SANTOS, A; CARDOSO, C. **Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: Satisfação com serviço**. Estud. Psicol. Natal, v.19, n. 1, 2014.

SARTI, C. **Corpo e Doença no transito de saberes**. Revista Brasileira de Ciencias Sociais.v. 5, n. 74, outubro, 2010.

SILVA, K. et al. **Produção científica em saúde auditiva no Brasil: análise do período de 2000 a 2010**. Rev. CEFAC. São Paulo, v. 15, n.1, 2012.

SILVA, V. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. Cad Saúde Pública, 1994.

SILVA, V. **Technnology assessment in health care: methodological and operational questions**. Cad. Saúde Pública, 199-207, 2004.

TRAD, B; BASTOS, S. **A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos**. PNEPG, CNPq, 2001.

TRAD, L. et al. **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia**. Cienc. Saúde Coletiva. São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

TRAVASSOS, C, OLIVEIRA EXG, VIACAVA F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003**. Ciência saúde coletiva 2006.

TURRINI, R; LEBRÃO, M; CESAR, C. **Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008.

UCHOA, A. et al. **Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte.** Physis. Rio de Janeiro, v.21, n. 3, 2011.

VAITSMAM, J. ANDRADE, G. **Satisfação e responsabilidade: Formas de emitir a qualidade e a humanização de assistência a saúde.** Ver Ciência e Saúde Coletiva, p-599-613, 2005.

VENTURA, L; BRANDT, C. **Projeto Mutirão de Catarata em centro de referencia oftalmológico, em Pernambuco: perfil, grau de satisfação e benefício visual do usuário.** Arq. Brasil. Oftalmologia, São Paulo, v. 67, n. 2, 2004.

VIEIRA, E; SOUZA, L. **A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do sistema único de saúde em um município paulista.** Rev. Brasil Epidemiologia. São Paulo, v. 14, n. 4, 2011.