



Universidade Federal do Ceará
Antonio Célio de Aguiar

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM
AMBULATÓRIO HOSPITALAR INTEGRANTE DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Fortaleza – Ceara
2009



Universidade Federal do Ceará

Antonio Célio de Aguiar

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM
AMBULATÓRIO HOSPITALAR INTEGRANTE DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação submetida à banca examinadora no Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Professora Maria de Fátima de Souza (Dra)

Fortaleza – Ceara

2009

"Lecturis salutem"

Ficha Catalográfica elaborada por

Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593

tregina@ufc.br

Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

A227a

Aguiar, Antonio Célio de.

Avaliação da satisfação dos usuários de um ambulatório hospitalar integrante do Sistema Único de Saúde / por Antonio Célio de Aguiar. – 2009.

86 f. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza (CE), 02/09/2009.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima de Souza.

Inclui bibliografia.

1-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO. 2-UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – SERVIDORES PÚBLICOS. 3-HOSPITAIS PÚBLICOS– SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO – AVALIAÇÃO – FORTALEZA(CE). 4-CUIDADOS MÉDICOS AMBULATORIAIS – AVALIAÇÃO – FORTALEZA(CE). 5-SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA – AVALIAÇÃO – FORTALEZA (CE). 6-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (BRASIL) – AVALIAÇÃO. I- Souza, Maria de Fátima de, orientador. II- Universidade Federal do Ceará. Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. III- Título.

CDD(22ª ed.) 362.12098131

Antonio Celio de Aguiar

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM
AMBULATÓRIO HOSPITALAR INTEGRANTE DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação submetida à banca examinadora no Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Professora Maria de Fátima de Souza (Dra)

Data da Aprovação: 26 de novembro de 2009

Banca Examinadora

Prof^a. Maria de Fátima de Souza – Orientadora
Doutora – Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Sande Maria Gurgel Dávila
Doutora – Universidade Federal do Ceará

Prof. Wagner Bandeira Andriola
Doutor- Universidade Federal do Ceará

Dedicatória
SHANDRA, MIRELLA, JAMILLE, DANIEL, ANA
LETÍCIA E GABRIEL
Meu querido núcleo familiar

Agradecimentos

À Deus que me proporcionou forças para realizar esse trabalho.

À Universidade Federal do Ceará especialmente aos que fizeram parte da PLANOP e aos que hoje fazem parte da Coordenadoria de Obras e Projetos (COP).

Um agradecimento especial à Fátima Souza, minha orientadora, que me ajudou bastante na realização dessa empreitada.

RESUMO

A presente pesquisa teve o objetivo de avaliar o grau de satisfação dos usuários de um ambulatório hospitalar que atende, aos servidores da Universidade Federal do Ceará. O setor denominado de Ambulatório do Servidor funciona nas dependências do Hospital Universitário Walter Cantídio e os clientes são atendidos através do Sistema Único de Saúde. O estudo teve uma abordagem predominantemente qualitativa apesar de ter utilizado também a abordagem quantitativa para que os objetivos propostos fossem alcançados. A pesquisa trabalhou com uma amostra de 158 servidores usuários do ambulatório que responderam a questões sobre dados sócio-demográficos. Foi feito um recorte na amostra de maneira aleatória para que fosse aplicada uma entrevista cujas respostas serviram de subsídio na formulação do resultado final da pesquisa. Para a aplicação da entrevista não se dimensionou previamente o número de pesquisados que deveriam respondê-la. Utilizou-se o princípio da saturação. Considerando que os programas de atenção em saúde carecem de processos avaliativos que possibilitem a reflexão dos pontos a serem revisados e que a avaliação da satisfação do usuário representa uma forma de adequar o atendimento, o presente estudo possibilitou o conhecimento da realidade que acontece no Ambulatório do Servidor. Os resultados apontaram para a constatação de que a maioria dos usuários está satisfeita com o atendimento, ressaltando, porém algumas reivindicações feitas que, se atendidas, contribuirão para um melhor atendimento ou para a minimização dos problemas apontados pelos pesquisados, no setor estudado.

Palavras-chave: avaliação; satisfação; saúde

ABSTRACT

The present research had the objective of evaluate the satisfaction degree of the users of an hospital ambulatory clinic that attends, between others, to the functionaries of the Federal University of the Ceará. The sector named of Servant's Ambulatory it is located in the dependences of the Walter Cantídio Academic Hospital and the clients are attended through the Unique System of Health. The study had a predominantly qualitative approach despite of to have utilized also the quantitative approach for that the objectives proposed went achieved. To research worked with a sample of 158 functionaries users of the ambulatory clinic that answered questions about date social demographic. Also it was deeded a cutting in the sample of random way for that went applied an interview whose answers served of subsidy in the formulation of the final result of the research. For the application of the interview did not itself size up previously the number of researched that should answer her. It utilized itself the beginning of the saturation. air the application of the interview did not itself size up previously the number of researched that should answer her. It utilized itself the beginning of the saturation. Considering that the programs of attention in health need process of evaluation that enable the reflection of the points it will be overhauled and that the evaluation of the satisfaction of the user represents a form of adapt the service, the present study enabled the knowledge of a reality that happens in the Servant's Ambulatory. The results aimed for the verification of that the majority of the users is satisfied with the service, detaching, but some claims made that, if attended, will contribute for a better service or for the reduction of the problems of the sector studied, aimed by them researched.

Keywords: evaluation; satisfaction; health

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.

AIS – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
CEREST – CENTROS ESTADUAIS E REGIONAIS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CIB – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
EC – EMENDA CONSTITUCIONAL
FAT – FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR
FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
FSESP – FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA
HUWC – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WÁLTER CANTÍDIO
IAPAS – INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSS – INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
IPASE – INSTITUTO DE PENSÃO E APOSENTADORIA DOS SERVIDORES DO ESTADO
IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA
LDB – LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO
LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE
MEAC – MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEUBRIAND
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PIASS – PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PIB - PRODUTO INTERNO BRUTO
PIS - PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL
PNASS – PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PREV-SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
PSF - PROGRMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RENAST – REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR
SAMEAC – SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE ASSIS CHATEAUBRIAND
SESP – FUNDAÇÃO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA
SIMPAS – SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
SM – SALÁRIO MÍNIMO
SRH – SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TFECD – TETO FINANCEIRO DA EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS
UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UFC – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 Prevenção e promoção da saúde	12
2.2 Contextualização do Sistema de Saúde Brasileiro	15
2.3 O Sistema Único de Saúde	23
2.4 Responsabilidade do Estado para com a saúde do trabalhador	35
2.5 Satisfação do usuário	40
3 METODOLOGIA	43
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 Acerca do Método Análise de Conteúdo	45
3.3 Local do estudo	46
3.4 Universo e amostra	48
3.5 Coleta de dados	49
3.6 Instrumentos de coleta de dados	49
3.6 Análise dos Dados	50
3.7 Aspectos Éticos	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

1 INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver um trabalho na área da saúde do servidor e de sua família, começou quando passei a desempenhar função de chefia na Universidade Federal do Ceará. Foram quinze anos ocupando essa função. Durante oito anos chefei uma equipe de servidores, todos eles de nível superior. Nessa época não vivenciei problemas que me chamassem a atenção e que fossem relacionados com a saúde, tanto do servidor como de sua família. Entretanto nos cinco anos em que fui responsável por setores onde a maioria dos servidores era do nível de apoio vivenciei no dia-a-dia muitos fatos ligados a problemas de saúde do servidor ou de seus dependentes.

O principal problema que me levou a ter interesse na realização dessa pesquisa foi o vivenciado quando estive na coordenação de manutenção da UFC. Nesse período experimentei situações desconfortáveis relacionados à saúde dos servidores de menor poder aquisitivo. Esses trabalhadores irradiavam suas aflições para os gestores, quando estavam com problemas de saúde, pois, não tinham uma opção menos desgastante do que a de procurar os serviços públicos de saúde. Esse fato era gerador de faltas ao trabalho, que caracteriza o absenteísmo.

Passei então a ver como é difícil para essas pessoas tratarem de assuntos ocupacionais quando se encontravam com algum agravo à saúde. Como gestor, vi também como isso interferia no andamento dos trabalhos do setor. Além das faltas, geralmente justificadas, mesmo com a presença do servidor no local de trabalho era visível a falta de concentração nas tarefas desenvolvidas.

Nessa época em que fui despertado para os problemas relacionados com a saúde do servidor e, por extensão, de todo trabalhador brasileiro, o Brasil já experimentava mudanças na política de assistência à saúde da população. Já havia sido implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, o que ouvia nas assembleias de funcionários e nas notícias veiculadas pelos sindicatos eram assuntos ligados à criação de planos específicos destinados a atender a essa parcela de trabalhadores constituída pelos servidores das Instituições Federais de Ensino Superior que lhes garantissem seu bem-estar e conseqüentemente sua saúde.

Para justificar ainda o meu interesse no tema saúde, afirmo que esse assunto se constitui numa questão que afeta a grande maioria dos brasileiros. Essa parcela da população não sabe da existência de seus direitos, e por isso mesmo não pode reivindicar o direito que tem de ter uma assistência à saúde que garanta o pleno exercício da cidadania.

Passaram pela minha cabeça vários temas que viessem subsidiar a pesquisa. Pensei inicialmente em desenvolver o trabalho abordando o tema: Políticas públicas de saúde voltadas para o servidor das Instituições Federais de Ensino Superior como uma questão de cidadania. Logo em seguida voltei-me para uma revisão bibliográfica que me permitisse enveredar pelo tema Saúde como garantia do exercício da cidadania pelos servidores das IFES: o acesso do servidor da Universidade Federal do Ceará ao sistema público de saúde.

A Universidade Federal do Ceará abriga em sua estrutura o Ambulatório do Servidor que é um serviço ligado ao Hospital Universitário Walter Cantídio, que se propõe a atender: 1. os servidores (docentes e técnico-administrativos); 2. seus dependentes (cônjuges e filhos até 21 anos); 3. os trabalhadores da Sociedade de Assistência à Maternidade Assis Chateaubriand (SAMEAC) e 4. os empregados de empresas terceirizadas enquanto se encontram prestando serviço no HUWC e MEAC

Surgiu então o desejo de avaliar a satisfação dos servidores com relação ao atendimento às suas necessidades de saúde, através do atendimento no ambulatório do servidor. Essa avaliação é de grande interesse para a Universidade, uma vez que, como dito anteriormente, os problemas de saúde do servidor e de sua família são geradores de elevado índice de absenteísmo, bem como, de baixa produtividade no trabalho. Uma proposta que viesse a oferecer subsídios para melhorar a situação constatada seria então de grande relevância.

Os passos aqui descritos orientaram a formulação dos objetivos propostos para o estudo.

A pesquisa teve por objetivos:

Objetivo geral:

- Avaliar o grau de satisfação do servidor da UFC em relação aos serviços oferecidos pelo ambulatório do Servidor.

Objetivos Específicos;

- Identificar o grau de satisfação dos servidores que utilizam o ambulatório do servidor;
- Traçar o perfil sócio-demográfico dos servidores da UFC usuários do Ambulatório do Servidor;
- Descobrir os pontos potenciais de melhoria para o aumento do grau de satisfação do servidor da UFC com relação ao ambulatório do Servidor.

O presente estudo está dividido em cinco capítulos. No Capítulo 1 se faz uma introdução ao estudo, apresenta-se sua justificativa e relevância, descrevem-se os seus objetivos e expõem-se a forma de apresentação dos capítulos.

O Capítulo 2 apresenta as bases teóricas que fundamentaram o estudo discorrendo sobre a prevenção e promoção da saúde; contextualização e evolução do sistema de saúde brasileiro; o sistema Único de Saúde a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da Constituição Federal de 1988; a responsabilidade do Estado para com a saúde do trabalhador a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que discute novas alternativas e criação de uma política nacional de saúde do trabalhador sem ferir os princípios do SUS.

No Capítulo 3 é descrita a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo. Apresenta o local do estudo e como foi selecionada a amostra, bem como, os instrumentos utilizados para a coleta de dados. Apresenta ainda o modo de como os dados foram analisados e os aspectos éticos que respaldaram a realização da pesquisa.

O capítulo 4 apresenta os resultados obtidos a partir da coleta de dados e discute, de maneira dissertativa, as respostas obtidas a partir das entrevistas com os servidores da UFC usuários do Ambulatório do Servidor. Apresenta também em forma de tabela o perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa.

No capítulo 5 são apresentadas as considerações finais e feitas recomendações que servirão de base para aprofundamento do estudo, bem como, para desenvolvimento de temas complementares em estudos posteriores.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nos estudos relacionados com a saúde dos seres humanos depara-se com inúmeros conceitos que definem o significado de termos ligados a essa área. O primeiro conceito que vem à tona é o próprio conceito de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde, o termo saúde define o estado de completo bem estar físico, mental e social da pessoa e não apenas a ausência de doenças ou de enfermidade (WHO, 1946).

Em 1986 quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde ficou definida que saúde seria a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (MOTTA, 2000).

Na 1º Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada em Otawa no Canadá, também em 1986, ficou acordado que, as condições imprescindíveis para que se tenha saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e eqüidade (BUSS, 2004).

Percorrendo-se atentamente a literatura especializada no assunto percebe-se que existe uma dificuldade de se conceituar saúde de forma unânime. No caso de promoção à saúde, vislumbra-se também uma vasta gama de opinião dos teóricos (SOUZA e GRUNDY, 2004).

Para a OMS o conceito de promoção da saúde significa o processo que possibilita ao indivíduo aumentar o controle para melhorar a sua saúde. Nesse caso a promoção da saúde tem uma conotação tanto social quanto política, pois não se limita apenas a ações que visam a recuperação das capacidades dos indivíduos, mas, ações outras que se direcionam para a busca de mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas, que atenuariam o impacto desses fatores sobre a saúde tanto a individual quanto a coletiva (HPA, 2004).

O conceito moderno de promoção da saúde, que surgiu nos últimos vinte anos, está bifurcado em dois grandes grupos. Um grupo considera que a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, tendo como foco os seus estilos de vida, enquadrando essas pessoas no

seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas e da comunidade em que se encontram. Os estudiosos consideram que, nesse caso, os programas ou atividades de promoção da saúde concentrar-se-iam em componentes educativos. Os componentes vinculados à educação estariam relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que seriam controlados pelos próprios indivíduos.

O segundo grupo tem suas conceituações baseadas no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. Inclui-se entre esses fatores aqueles que dizem respeito a um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento. Também incluem as condições de trabalho, as oportunidades de educação, o ambiente físico limpo, o apoio social para famílias e indivíduos, o estilo de vida e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000).

Na Carta de Ottawa foram ainda estabelecidas algumas estratégias sobre a promoção da saúde. A Carta foi o resultado do 1º Encontro Internacional sobre Promoção da Saúde que pode ser considerado um marco expressivo nessa área (BECKER, 2001). Essas estratégias, segundo Sheiham (2001) são:

1) Promoção de saúde normatizada por políticas públicas que focalize uma atenção em saúde nas políticas públicas de todos os setores e não somente do setor da saúde.

2) Criação de ambiente favorável através da avaliação do impacto em saúde do ambiente evidenciando oportunidades favoráveis à mudanças que conduzam à saúde.

3) Desenvolvimento de habilidades pessoais que ampliem a irradiação de informações para promover a compreensão, e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitem indivíduos a tomar atitudes de promoção de saúde.

4) Fortalecimento de ações comunitárias que endossem ações comunitárias concretas e eficazes na definição de prioridades. Além disso, essas ações devem servir de escopo para tomada de decisões, planejamento de estratégias e ainda para implantá-las a fim atingir um padrão de saúde desejável.

5) Reorientação dos serviços de saúde com a finalidade de dirigir o modelo de atenção à saúde para a responsabilidade de oferecer serviços clínicos e curativos que objetivem ganhos na saúde.

Neste aspecto vale ressaltar a diferença entre os conceitos de promoção, prevenção e educação em saúde. Revisando a literatura vislumbra-se que o conceito de Promoção da Saúde começa a ganhar destaque nos anos 40 do século passado. Essa primeira conceituação dizia que a promoção da saúde é uma das mais importantes funções da medicina.

O conceito de Promoção da Saúde advindo da Carta de Ottawa diz que o significado é: *"o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo."* (BUSS, 2000, p. 170).

Para Buss (2000) a nova perspectiva que se tem sobre a promoção da saúde leva para uma nova conceituação de saúde. A saúde deixa de ser um objetivo para se tornar um recurso na vida dos indivíduos. A Promoção da Saúde torna-se então o mais importante parâmetro no desenvolvimento integral do ser humano tanto aspecto social quanto econômico. Transforma-se assim algo de suma importância na qualidade de vida da pessoa.

Quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, onde se enfatiza a importância de combinar vários determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizado e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotados por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. (CANDEIAS, 1997).

Quando se fala em Prevenção à Saúde observa-se que a diferença mais ressaltada entre os conceitos de promoção e de prevenção fica situada na própria

definição de saúde, pois enquanto a prevenção à saúde é considerada a ausência de doenças, do outro lado a promoção da saúde é vista como um conceito positivo e multidimensional. Isso resulta em um modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo de assistência médica baseado na intervenção (FREITAS, 2003).

De acordo com Czeresnia (2003), o entendimento mais apropriado que diferencia promoção de prevenção é a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica que pode sofrer várias alterações conceituais ao longo do tempo. Perseguir uma condição ideal de saúde é questão não só de sobrevivência, mas principalmente de qualificação da existência.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Inicialmente faz-se aqui uma retrospectiva dos fatos que antecederam a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que é o atual programa que garante a assistência à saúde do trabalhador e a toda população brasileira.

Observa-se que no Brasil a luta pela saúde é antiga e só ganhou espaço maior depois de muitas batalhas, mobilizações populares e todo um processo de conscientização de cidadania. Mas, para que se entenda melhor toda essa luta é necessário rever um pouco da história da saúde no Brasil, que passou por diversas fases.

Assim, do final do século XIX até o final dos anos de 1960, o Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde de seus habitantes. O sistema de saúde do Brasil se preocupava, fundamentalmente, com o combate em massa de doenças, através das campanhas de saúde pública. Nesse período o movimento sanitário brasileiro era puramente assistencialista e voltado para a medicina curativa. E, portanto até o final do segundo império não se conheceu nenhum programa prático de saúde coletiva. A economia brasileira na virada do século XIX para o século XX era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país vinham principalmente da exportação de produtos agrícolas, em especial, a cultura cafeeira e a açucareira.

Com a chegada da República, e, por razões comerciais, registram-se na primeira década do século XX, mais especificamente em 1902, algumas medidas

governamentais em nível Federal, tomada pelo então presidente Rodrigues Alves, que objetivaram o saneamento dos portos do Rio de Janeiro, Santos e Recife. Conta-se que tais medidas saneadoras foram tomadas porque armadores ingleses ameaçavam boicotar a nossa navegação de cabotagem, pois eram obrigados a deixar a tripulação dos navios em regime de quarentena em portos ingleses, em decorrência das doenças sexualmente transmissíveis, contraídas nos portos brasileiros. Portanto, as primeiras iniciativas do governo federal na saúde se deram somente por razões puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do país ficavam resignadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Foi precisamente em 1904, que Osvaldo Cruz e seus matamosquitos marcaram o ingresso das medidas sanitárias no País. (CAMPOS, 1993)

Pode-se considerar que o primeiro marco da atuação do governo federal na saúde se deu somente em 1923 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nessa época foram então definidas as áreas de atuação do governo na saúde, e visava somente o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, a higiene industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias. Estas foram as ações que se deram no campo da saúde coletiva. No campo individual continuou inexistindo práticas de assistência à saúde. Funcionava da seguinte forma: os que podiam financiar os gastos com a assistência médica e os que ficavam na dependência da caridade das Santas Casas.

Ainda em 1923, com a Lei Eloi Chaves, foi criado o primeiro embrião do que hoje conhecemos como Previdência Social com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). As CAP eram organizadas por empresas e mantidas e geridas pelos patrões e empregados. A criação das CAP obedeceu a mesma lógica, vigente à época: aquelas empresas que eram estratégicas para a economia nacional fundaram suas Caixas. As primeiras foram as dos trabalhadores das companhias da via férrea e portuária.

As Caixas de Aposentadoria e Pensões funcionavam como uma espécie de seguro social (tinha direito àquele que pagava contribuição) e garantiam certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente, a assistência médica. Como tinham caráter privado, ou seja, eram mantidas por empresas, ainda não se configuravam como iniciativas do Estado, muito embora os presidentes das Caixas

fossem nomeados pelo presidente da República e houvesse um interesse claro do governo na manutenção deste sistema.

Em 1930, já existiam 47 CAP cobrindo mais de 140 mil associados. Nesse ano então as Caixas são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), onde a participação do Estado já se dá de forma bem mais clara. O Estado vislumbrou vantagens e entrou na contribuição também, passando assim a contribuição a ser tripartite: patrões, empregados e o Estado. Os IAP passam a se organizar por categorias e o primeiro a surgir, em 1933, é o dos marítimos (IAPM), em 1934 surgem o dos comerciários e o dos bancários (IAPC e IAPB, respectivamente). Enquanto as CAP privilegiavam a assistência médica com um dos principais benefícios, os IAP, já com a participação do governo e, portanto, com uma política mais contencionista, privilegiavam a previdência social, mantendo a assistência médica em segundo plano. (BLEICHER, 2003).

Em 1937 houve a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, considerado por muitos autores como o primeiro serviço de saúde pública nacional e, em 1939 o Serviço de Malária do Nordeste, ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. Em 1940 é criado o Serviço de Malária da Baixada Fluminense. (FLEURY, 1998).

Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde, incorporou vários serviços de combate às endemias, assumiu o controle da formação de técnicos em Saúde Pública e institucionalizou as campanhas sanitárias. Em 1942, começa a atuar no Brasil o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP. (CAMPOS, 1993)

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde com a estrutura, ainda totalmente voltada para as campanhas.

Em 1960 o Serviço Especial de Saúde Pública -SESP- passou a Fundação -FSESP- ligada ao Ministério da Saúde, expandindo suas atividades e aumentando sua área de atuação na assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina tropical, em convênio com o Instituto Evandro Chagas. Atualmente a Fundação SESP continua ainda ativa, ligada ao Ministério da Saúde, mas com o nome de Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A partir da criação dos IAP, houve uma crescente centralização das ações de saúde no âmbito federal. Era de interesse de o governo criar um sistema de seguro social que garantisse a integridade do novo foco de atenção das ações do

governo: o corpo do trabalhador. Com o crescimento da industrialização, o modelo agro exportador passa a não ser mais hegemônico, deslocando-se a necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias para a atuação sobre o corpo do trabalhador, a fim de manter e restaurar sua capacidade produtiva. (FLEURY,1991)

À medida que os IAP cresciam, tornava-se cada vez mais centralizado no Estado e ficava mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e a de assistência social. Este modelo foi predominante até os anos 60. (COHN e ELIAS, 1996).

Deve-se ressaltar que no Brasil funcionou durante quarenta anos, de 1938 a 1978, um serviço previdenciário exclusivo para servidores federais que era denominado IPASE sigla que significa Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado. Esse órgão era o gestor das políticas relacionadas tanto pela previdência quanto pela assistência à saúde dos servidores públicos. O IPASE foi criado através do Decreto-Lei 288, de 23 de fevereiro de 1938 e isso originou um sistema previdenciário específico e geral para todos os servidores públicos federais. Inicialmente as alíquotas de contribuição variavam entre 4% a 7%, de acordo com o padrão de vencimentos. Após a extinção desse órgão a contribuição dos servidores federais estatutários passou para o INSS sendo que alíquota de contribuição foi fixada em 5% sobre a remuneração. Esses valores foram sofrendo alterações até que em 1998 a Lei 9630 estabeleceu uma alíquota única de 11%.

Em 1966 ocorre a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) numa única instituição estatal: O INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

A criação do INPS consolidou o modelo brasileiro de seguro social e de prestação dos serviços médicos. O direito à assistência à saúde não era uma condição de cidadania, mas uma prerrogativa dos trabalhadores que tinham carteira assinada e, portanto contribuía com a previdência.

O Estado passou então a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou seu poder em duas frentes: econômica e política. No primeiro caso, a partir do aumento das alíquotas de contribuição, o que aumentou consideravelmente os recursos financeiros disponíveis. No campo político, é abolida a participação dos usuários na gestão da previdência social (que

existia na época das CAP e dos IAP), aumentando ainda mais o controle governamental (BLEICHER, 2003).

Também na década de 1960, surge um modelo de gestão que era composto de três sistemas: o sistema próprio, formado pela rede de hospitais e unidades de saúde de propriedade da Previdência Social, além dos recursos humanos assalariados pelo Estado e o sistema contratado, que era subdividido no contrato credenciado (com sistema de pagamento por unidades de serviço) e no sistema contratado conveniado (sistema de pré-pagamento) (ALMEIDA, 1995)

O modelo de prestação de serviços de saúde pelo INPS privilegiava a forma conveniada, ou seja, o governo comprava os serviços de assistência médica às grandes corporações médicas privadas, principalmente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. Era um excelente negócio. O Estado tinha renda garantida, uma vez que a contribuição previdenciária era obrigatória - tanto que estimulava cada vez mais a expansão das contribuições através do incentivo à prática do trabalho assalariado - e passou a ser o grande comprador de serviços de saúde às empresas médicas expandindo assim o capital privado na área da saúde.

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência (SINPAS) onde as ações relativas a previdência e a assistência médica ficam divididas. O SINPAS é, então, formado pelo IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência Social) que cuidava da parte financeira e pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) responsável pela assistência médica. O Estado continua a privilegiar o setor privado (NEGRI, 2003)

Mais uma vez o modelo de assistência à saúde prestada pelo Estado era perverso. A assistência à saúde prestada pelo INAMPS favorecia apenas os trabalhadores da economia formal, com carteira de trabalho, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passou a ser um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) desde fins de 1990. O INAMPS aplicava nos Estados, por meio das superintendências regionais, recursos para a assistência à saúde de modo proporcional aos beneficiários.

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do Estado, com mais presença de relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população.

A partir do início da década de 1980, o sistema de saúde adotado pelo Brasil, começa a mostrar sinais de esgotamento. As intermináveis filas, baixos salários de funcionários e precárias condições de trabalho geravam uma insatisfação crescente da população com a qualidade da assistência. A má gerência dos recursos, aliada a episódios cada vez mais crescentes de corrupção, levou a Previdência a um colapso. Como agravante, houve o envelhecimento dos contribuintes da previdência social, ou seja, começaram a ser efetivadas as primeiras aposentadorias e pensões. A Previdência passa a ter que gastar um dinheiro que não tem mais. O sistema começou então a ser bastante criticada, e, várias alternativas foram apresentadas para a mudança do modelo do modelo vigente.

À medida que o processo de abertura política se ampliava com a oposição tendo vitórias significativas nas urnas eleitorais, o movimento sanitário, então, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e de profissionais da área da saúde, foi crescendo e, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. Esse movimento, que surgiu a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor saúde no Brasil.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, e o primeiro marco desse movimento se deu ainda em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) foi o legítimo representante do Movimento Sanitário e apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Essa proposta já se chamava Sistema Único de Saúde, e contemplava diversos conceitos originados de experiências bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações,

democratização e participação populares, assim como algumas experiências de atenção primária, vivenciadas em países centrais. Alguns desses conceitos foram introduzidos, nos países centrais, na segunda metade dos anos 1970, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, na Conferência de Alma-Ata, no atual Cazaquistão, que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

O Brasil desde os fins dos anos 1970 atravessava uma crise na saúde pública. Foi no período entre 1980 e 1990 que os movimentos sociais e a população começaram a sentir a necessidade de alterar a projeto vigente de assistência à saúde. Neste mesmo período apareceram no cenário brasileiro no que concerne a área de saúde novas personagens sociais. Esses novos sujeitos irradiavam idéias e manifestavam interesses diferentes que aliados construíram um retrato final de dois projetos sanitários alternativos, que ficaram em estado de tensão: A Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal.

Nessa época, os servidores, assim como todos os brasileiros, estavam, com relação à assistência médica, divididos em três categorias: 1. os que podiam ter atendimento particular e caro; 2. os que tinham direito à assistência prestada pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e 3. os que não tinham qualquer direito, ou seja, aqueles que não tinham empregos formais. Na terceira categoria estava um grande número de pessoas consideradas indigentes sem nenhuma assistência médica oficial e quando recebida era considerada como uma ação de caridade (NEGRI, 2003).

Durante esse período o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS adotou uma nova política que estendia a sua assistência médica prestado pelo instituto para toda a população, implementando assim uma cobertura universal. Foi quando se instituiu no país em 1987 o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que representou a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde. (FLEURY, 1991).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reuniu mais de 5.000 pessoas, que formalizaram uma proposta que serviu de base para a inclusão de um capítulo sobre Saúde na Constituição de 1988 e propiciou a criação do SUS.

Destacou-se entre os participantes da Conferência o nome de Sérgio Arouca, que foi o coordenador da mesma e pode ser considerado como um dos maiores defensores e articuladores do Projeto SUS. Nesse mesmo evento surgiram propostas constantes do Relatório Final que davam uma maior amplitude ao conceito de saúde. A saúde então foi definida como o resultado alcançado na somatória das condições de vida, da alimentação, da moradia, do lazer, do acesso à terra e de sua posse, do transporte e do emprego. A saúde tem uma definição aqui que pode ser entendida como a própria definição de cidadania (BRASIL, 1987).

O que se consagra como a primeira grande conquista do Movimento de Reforma Sanitária é a inclusão de uma seção sobre Saúde na Constituição Federal de 5 de outubro de 1988. Na nossa Constituição o artigo 196 diz que: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988). Ainda na Constituição de 1988 em seu artigo 200, foram definidas as competências e atribuições do Sistema Único de Saúde(SUS).

Como uma forma de regulamentar a nova política de saúde pública, em 19 de setembro de 1990, publica-se a Lei 8080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo, ficando o Ministério da Saúde como administrador da União. O Brasil passou então a contar com um sistema público de saúde único e universal e Constituição Brasileira passou a ser considerada uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito à Saúde.

Constata-se então que o Brasil adotou há mais de 20 anos o Sistema Único de Saúde, o SUS. Esse sistema foi criado para funcionar como o sistema de saúde de todos os brasileiros, sem nenhum tipo de discriminação.

A Constituição Federal assegura ser a cidadania uma concepção traduzida nas condições de vida da população, ressaltando que a promoção e atenção à saúde são fundamentais e fazem parte das políticas públicas voltadas para o social, que são imprescindíveis para a construção de uma sociedade justa e democrática. Esta é a missão do Sistema Único de Saúde brasileiro, no qual está explicitado que a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição

de renda. O SUS fica responsável especificamente pela promoção, pela proteção e pela recuperação da saúde dos indivíduos,

Tomando por base os dados do IBGE (2000) e o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), mais de 74% dos brasileiros utilizam, para a assistência à saúde, exclusivamente os serviços do SUS, enquanto pouco mais de 20% buscam assistência no setor de saúde suplementar. Deve-se ressaltar, porém, que o SUS atinge 100% da população brasileira através do Sistema de Vigilância Sanitária. Hoje os serviços de saúde oferecidos são de baixa qualidade e ainda existe dificuldade de acesso, o que impede que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade (BARROS, 2003).

Ainda no Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004) a saúde é preconizada na nossa lei maior significando qualidade de vida. Isso quer dizer que se deve reconhecer o homem como um ser integral. A saúde como qualidade de vida deve estar vinculada aos direitos humanos, ou seja, ao real conceito de cidadania

A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir direitos de saúde à população. Algumas pessoas ainda enfrentam situações constrangedoras como filas de espera, hospitais lotados, sucateados, situações de mau atendimento, falta de remédios e outros problemas (BOLTANSKI, 1984). Essa situação permaneceu praticamente inalterada vinte anos depois (EUZÉBY, 2004).

Ribeiro (1993) fala que o indivíduo doente deixa de ser sujeito de seus atos e passa a ser um objeto da prática médico-hospitalar, subtraindo sua individualidade e se transformando em mais um caso contabilizado. O sistema de saúde vigente a partir de 1990 veio para mudar conceitos e estabelecer parâmetros novos no que concerne a saúde da população.

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Lei nº 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo, e define o Ministério da Saúde como administrador da União e o SUS como um sistema público de saúde único e universal, fazendo com

que a Constituição brasileira passasse a ser considerada uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito a saúde. Esta lei garante a saúde da população através da implantação de políticas públicas, com ações que englobam: promoção, proteção e recuperação da saúde.

Até a véspera da criação do SUS, a política pública de assistência à saúde mantinha um elo estreito com o INAMPS, cuja estrutura integrava o organograma do Ministério da Saúde, que era a principal fonte de financiamento do instituto. O INAMPS foi extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

A lei que extinguiu o INAMPS determina: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990”.

Após a promulgação da Constituição de 1988, foram consolidadas diretrizes que norteavam os fundamentos para uma mudança no sistema de saúde brasileiro. Houve uma constatação de que havia um sistema de saúde inadequado onde prevalecia um quadro de doenças sem controle e um modelo que ao mesmo tempo era centralizado, irracional e desintegrado, onde havia uma oferta demasiada de serviços em alguns lugares e ausência quase total em outros.

No sistema vigente à época já tinha sido constatado um grande desperdício de recursos financeiros. Toda quantia investida no sistema reinante era insuficiente tanto pela falta de competência gerencial quanto pela falta de critérios e transparência nos gastos públicos. Some-se a isso o fato de que havia uma grande insatisfação dos profissionais de saúde causada pela ausência de uma política de recursos humanos adequada. Por outro lado a população também estava insatisfeita pelo mau atendimento e pela precariedade na qualidade dos serviços (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

A nova Constituição trouxe em seu bojo o mandamento constitucional denominado Lei Orgânica da Saúde também conhecidas como LOS. Essas leis “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde” e servem para regular a proteção e a defesa da saúde, previstos pelas leis 8080 e 8142 se 1990.

A Lei 8080/90 no seu artigo 4º diz que o SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e

municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Então na sua formatação o SUS é um sistema formado pelos três níveis de governo (União, estados e municípios e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fosse um mesmo corpo. Portanto o SUS é único, isso é, a sua atuação abrange todo o território nacional (ROSEN, 1994)

A Lei Nº 8.142/90 regulamenta a democratização do SUS em relação à interação da população com o sistema. Essa lei estabelece as formas de participação da população na forma de gerência utilizada pelo Sistema Único de Saúde. São dois os institutos legais que possibilitam o entrosamento do usuário com o grande sistema de gestão da saúde, são as Conferências e os Conselhos de Saúde, instrumentos que foram projetados para cumprir o mandamento constitucional que exige que o sistema de saúde seja organizado com a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

As Conferências foram um dos mecanismos pensados para cumprir o mandamento constitucional que exige que o sistema de saúde seja organizado com a participação da comunidade. Nas Conferências, reúnem-se os representantes da sociedade (que são usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, nos estados e no país.

Outro mecanismo previsto de participação da comunidade são os Conselhos de Saúde que são órgãos de controle social nos níveis municipal, estadual e federal e que foram pensados para assegurar o cumprimento do mesmo mandamento constitucional de participação da comunidade na organização do sistema.

A consolidação do SUS necessitou da elaboração de mecanismos de regulação, que dessem conta do dinamismo e complexidade do movimento de descentralização na área da saúde. A política descentralizadora, só foi possível, nos anos 1990, porque contou com uma indução de centro (via Ministério da Saúde), através da formulação, edição e implantação de instrumentos reguladores, de caráter transitório, oriundos de amplas discussões, negociações e pactuações entre as entidades representativas e o governo. Estes instrumentos são as Normas

Operacionais Básicas (NOB 91, 92,93 e 96) e em seguida, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

De início, estas normas tiveram como função básica, estabelecer mecanismos progressivos para concretização do princípio da descentralização (através da criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais e locais), que fora estabelecido pela constituição de 1988 e pelas leis orgânicas da saúde (8080/90 e 8142/90) e que era fundamental para construção do novo sistema de saúde (SUS). Mas, não só este assunto foi abordado nestas normas, aspectos organizacionais do sistema foram estabelecidos, principalmente, nas NOAS que contemplaram, de forma mais específica, à questão do acesso e da integralidade das ações de saúde, definindo mais claramente os critérios para articulação da regionalização. (LEVCOVITZ ET AL, 2001).

Quanto à questão de serem transitórias, é que estes instrumentos (normas) podem ser reeditados ou substituídos à medida que o processo de descentralização vai avançando e assim permitindo, a atualização das regras em diferentes estágios de implantação do SUS.

Os objetivos desses instrumentos, segundo Viana *et al* (2002) são:

- I) Definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo;
- II) Definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde;
- III) Instrução do processo de descentralização;
- IV) A construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica;
- V) Definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e
- VI) Definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação.

No que se refere à abrangência do SUS, vale lembrar que o Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, Estados e municípios - todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vínculo hierárquico. São 26 Estados e o Distrito Federal, e 5.560 municípios. Estados que vão desde Roraima com apenas 279 mil habitantes, até São Paulo, com mais de 36 milhões de

habitantes. Municípios com pouco mais de mil habitantes até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes.

O tipo de sistema federativo torna mais complexo a introdução de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Além disso, a execução de políticas sociais em um sistema federativo requer a explicitação das funções das esferas de governo para cada área da política e a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em um princípio de cooperação e complemento.

(NEGRI et al, 2003)

Quanto às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade dessa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e das pessoas; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; preparação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no comércio de equipamentos e produtos farmacêuticos, e na prestação de serviços, entre outros) que freqüentemente causam tensão à estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como cidadania.

O Brasil apresenta ainda outra característica especial, quando comparado com outros países. Em países centrais, qualquer mudança que se queira introduzir no país, o primeiro passo é a organização, depois a regulamentação. Aqui, no Brasil, regula-se primeiro, depois se organiza. E com o SUS não aconteceu diferente. Primeiro ele foi recomendado na Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, regulamentado nas Leis 8080/90 e 8142/90, e até hoje, quase dezessete anos depois, ainda está em processo de construção, e, portanto, ainda se organizando.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

Após a Constituição de 1988, houve uma preocupação em ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social (que engloba a

Previdência Social, a Assistência Social, o Sistema Único de Saúde e o Seguro Desemprego). Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo SINPAS, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e incorporada a receita do Finsocial (substituído pela Contribuição para Financiamento da Seguridade Social – Cofins, em 1991) para seu único uso (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001). Essas novas fontes, porém, ainda são bastante sensíveis ao desempenho da economia, o que gera certa instabilidade ao planejamento e realização de ações que requerem uma manutenção a longo prazo.

A Constituição Federal, em seu artigo 195, prevê que o financiamento da Seguridade Social deve ser feito de duas formas. Diretamente, por meio de contribuições sociais de trabalhadores e empregadores, incidentes sobre a folha salarial, o faturamento, o lucro líquido e, a partir de 1997 sobre a movimentação financeira e, indiretamente, por meio de recursos fiscais (impostos e transferências) tanto federais como estaduais e municipais, visto que o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 1988).

Em relação à Saúde, com a aprovação da Lei Orgânica em 1990, a transferência do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde que representava 33,1% da receita de contribuições em 1991 passou para apenas 20,9% em 1992 (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Na década de 1990 houve uma especialização das fontes da Seguridade Social. Os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos do Finsocial para a Saúde, da CSLL para a Assistência e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social, o que veio a reduzir ainda mais o montante de recursos para a Saúde que perdeu a sua principal fonte de custeio (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

O ano de 1993 é marcado pela grande crise de financiamento do setor Saúde, expressada através dos recursos insuficientes e repasses irregulares, com critérios que não contemplavam a equidade como princípio orientador.

A Previdência Social passava por problemas de caixa devido a fatores como o pequeno crescimento da economia, aumento do mercado informal de trabalho, envelhecimento populacional, elevado nível de evasão e sonegação fiscal, acrescido de um aumento do gasto com benefícios garantidos pela Constituição de 1988. O que se observou então foi uma tentativa de equilibrar as finanças da

previdência em detrimento da saúde, que passou a depender de dinheiro emprestado, ficando submetida a disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional e de negociações realizadas junto à esfera econômica do governo federal (NEGRI e VIANA, 2001).

Além disso, a arrecadação da Cofins estava sendo questionada em sua constitucionalidade, sendo que o potencial de sua arrecadação só passou a se expressar a partir de 1994 (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Essa opção política ocorre exatamente em um período crítico para a Saúde, pois, com a ampliação do acesso, garantido pela Constituição Federal, a universalização da saúde como direito do cidadão, há um aumento da demanda não correspondida nem pelo financiamento e nem pela lógica do Sistema que ainda se encontrava enraizado no INAMPS. Benefícios foram ampliados sem a base de financiamento correspondente. Certamente esse descompasso no momento em que mais deveria ter sido trabalhado a acreditação do novo modelo de atenção contribuiu para denegrir a imagem da saúde, com a conseqüente migração de boa parte da população para o subsistema privado autônomo ou de assistência médico supletiva.

No caso, o que tem se observado é uma universalização excludente que efetivou o direito social à saúde por torná-lo apto a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população (FAVERET e OLIVEIRA, 1990).

Surge a partir da segunda metade da década de 1980, um favorecimento a uma expansão do sistema privado de planos e seguros de saúde que, entre 1987 e 1998 quase triplicou em número de operadoras, correspondendo a um aumento no número de clientes em cerca de 70%. Essa expansão ocorreu, porém, sem a devida regulação pública e que só foi oficializada depois com a legislação que estabeleceu regras para contratos e coberturas (Lei 9.656, de agosto de 1998), e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pelo controle desta área (Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000)(BARROS, 2003).

Voltando a 1993, na tentativa de amenizar o problema do financiamento, é liberado um empréstimo, para o ainda INAMPS, (extinto pela lei nº 8689 em julho de 1993) de R\$ 35 trilhões do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT) (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Em outubro de 1994, mantendo a organização do Inamps, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 1827 determinando a Secretaria de Assistência à Saúde

(SAS) que definisse os tetos financeiros de cada estado relativos ao custeio das atividades de assistência em ambulatórios e hospitais. As Portarias 174 e 198/94 mantiveram as desigualdades entre os estados em relação ao valor per capita (BRASIL, 1988)

Buscando solucionar a política de tomar empréstimos junto ao FAT o então ministro Adib Jatene cria a CPMF (contribuição sobre movimentação financeira), que veio a vigorar somente a partir de 1997. Uma parte foi destinada a atividades alheias a saúde devido à desvinculação propiciada pela existência do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), criado em 1994 como Fundo Social de Emergência. Porém o agravante foi a compensação realizada pelo governo federal com as demais fontes de contribuições sociais que vinham financiando as ações e serviços de saúde. A entrada de recursos da CPMF foi realizada mediante a redução da Cofins e da CSLL, especialmente em 1998, que passaram a ser transferidos crescentemente para a área previdenciária (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Assim, a CPMF idealizada como forma de minorar a crise de financiamento da Saúde permitiu uma certa regularização do fluxo dos recursos, porém, ao operar como fonte substitutiva, teve como principal papel o aumento da receita de outros setores.

Posteriormente a CPMF passa de 0,20% para 0,38% (significando 0,2% para a saúde e 0,18% para a previdência), a Cofins aumenta de 2% para 3%, continuando a ser partilhada pela Previdência e pela Saúde (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Em meio a crise de financiamento da saúde são elaboradas propostas de emendas constitucionais (PEC), na tentativa de definir recursos vinculados para a saúde, tendo sido aprovada uma Emenda Constitucional apenas 6 anos depois. Foram propostas a PEC 169/93 dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, a PEC 82/95 do deputado Carlos Mosconi, a PEC 82-A do relator Deputado Urcisino, e a PEC 82-C/95, que foi aprovada em 28 de outubro de 1999.

A Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167, 168 da Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Segundo a EC, cabe a União destinar em 2000 pelo menos 5% a mais do orçamento empenhado em 1999 e a partir de 2001 investir o que foi gasto no ano anterior acrescido da variação do PIB nominal (PIB acrescido da inflação). Os Estados em 2000 deverão aplicar na saúde pelo menos 7% de suas receitas

resultantes de impostos e transferências, excluídas as transferências aos municípios, chegando a 12% em 2004. Os municípios também iniciarão com 7% em 2000 chegando a 15% em 2004, com acréscimos anuais, a partir de 2001, de pelo menos 20%. Essa emenda tem validade de 5 anos e, após esse período, a contribuição de cada esfera de governo poderá ser alterada por lei complementar (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

A EC nº 29/2000 foi um avanço à medida que através dela houve uma melhor definição do financiamento para ações e serviços de saúde, e uma regulamentação em relação à porcentagem dos valores para estados e municípios. Porém, foi um retrocesso por não fixar os recursos da União, como ocorreu no setor da Educação, não garantindo um percentual das receitas do orçamento da Seguridade.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 só recebeu parecer favorável em janeiro de 2002, sendo que o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS 2.047 em 5 de novembro de 2002, aprovando as diretrizes operacionais para a sua aplicação. Para esclarecer aspectos conceituais e operacionais da EC nº 29/2000, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução 322, com orientações em relação às normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas e a definição precisa do conceito de ações e serviços de saúde que sirva de referência para a avaliação da vinculação de recursos à área (1º. Seminário de consensos).

Em geral, os estados e municípios vêm cumprindo a regulamentação da EC nº 29/2000. O grande problema, porém são indefinições na lei que muitas vezes são usadas como justificativa para pagamento de despesas não recomendadas pelo CNS como pagamentos com pessoal inativo, institutos de previdência e assistência à saúde de servidores públicos civis e militares e saneamento.

A referência para o acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS) (BARROS, 2003).

De acordo com o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde os gastos públicos das três esferas de governo com a saúde caíram de 3,5% do PIB em 1995 para 3,3% do PIB em 2000. A participação do orçamento público no gasto nacional com saúde é equivalente a menos de 50%, percentual bem inferior ao

aplicado pelo Poder Público na grande maioria dos países desenvolvidos como o Canadá e alguns países europeus.

Alguns avanços podem ser observados. Em 1997 somente 24,1% dos recursos do Ministério eram transferidos “fundo a fundo” aos estados e municípios, e em 2001 a transferência chegou a 66,9%. (BARROS, 2003)

No Estado do Ceará desde 2004, todos os 184 municípios já recebem os recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde.

A instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) permitiu uma redução das desigualdades regionais na distribuição dos recursos federais, à medida que os municípios de regiões como o Nordeste aderiram a programas prioritários do governo, como o Programa de Saúde da Família (PSF), e o repasse automático que proporcionou uma regularização do fluxo de recursos, permitindo um melhor planejamento e execução dos serviços de saúde.

Em março de 1998, através da portaria 2121 do Ministério da Saúde, ocorreu a separação do teto financeiro em atenção básica e assistência média e de alta complexidade em ambulatório. Assim, o PAB fixo é transferido com base no valor per capita e o PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, como: programa de agentes comunitários de saúde (PACS), programa de saúde da família (PSF), controle de carências nutricionais e as ações estratégicas como a farmácia básica e as ações básicas da vigilância sanitária. Em junho de 2001 o volume de recursos anuais do Ministério da Saúde para os estados passa a ser destinado para a atenção básica (PAB fixo e variável), vigilância epidemiológica (controle de doenças), assistência de média complexidade e assistência de alta complexidade (BRASIL, C.F. art 195, 1988).

A transferência total do PAB é suspensa no caso da não-alimentação, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES), dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos (BRASIL, C.F. art 195, 1988).

Houve também um aumento nos valores per capita para estados da região norte, com maior área, particularmente com florestas e baixa densidade demográfica, sendo os valores das regiões sul, sudeste e Distrito Federal os menores (Brasil, 1988). Assim, reduziram-se as desigualdades de financiamento em relação a valores per capita, existentes no período do INAMPS.

A estrutura de financiamento divide-se por áreas. Na Assistência básica tem-se o PAB-fixo, valor per capita que os municípios recebem pelo fato de estarem habilitados em algum modelo de gestão, o PAB-ampliado o qual beneficia os municípios que cumprem critérios pré-acordados, e o PAB-variável, com incentivos a programas como PACS e PSF. A assistência especializada conta com o teto financeiro de assistência ambulatorial e hospitalar. A vigilância epidemiológica recebe recursos do teto financeiro da epidemiologia e controle de doenças (TFECD). A vigilância sanitária é beneficiada através do piso básico e termo de ajuste para as ações de média e de alta complexidade. Há ainda o fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC), que é gerenciado exclusivamente pelo Ministério da Saúde e financia diretamente as ações de alta e média complexidade como cirurgia de catarata, terapia renal substitutiva, dentre outras, sendo a lógica de pagamento por serviço produzido.

Em relação aos Programas prioritários, vale ressaltar o histórico do financiamento do PACS e PSF por serem estratégias cruciais para a reorientação do modelo de atenção. Os primeiros instrumentos de apoio financeiro foram realizados através de convênios com os governos estaduais, tendo como inconvenientes o trâmite burocrático e a irregularidade na remessa de recursos. Em 1993 são introduzidos procedimentos específicos do PACS na tabela do SIA/SUS para auxiliar o financiamento, e em 1994 o mesmo ocorreu com o PSF. Essa medida tornou-se inadequada por não destinar recursos especificamente aos programas. O pagamento fazia parte do teto financeiro global e a remuneração era por procedimentos executados. Com a NOB 96, os recursos do PACS e PSF passaram a fazer parte dos incentivos de atenção básica, compondo o PAB variável. Assim, o incentivo cresceria de acordo com cobertura populacional. Em 1998, quando a NOB foi efetivada, estabeleceu-se incentivo financeiro conforme o valor per capita fixo de cada município, que variava segundo cinco faixas de valores per capita por equipe de PSF e valor único para o PACS a mais por agente. Em junho de 1998 houve uma substituição por valores fixos por equipe, independente do valor per capita do PAB fixo, vinculado unicamente ao número de equipes, deixando de ser relacionado à condição do município ou ao desenvolvimento do programa. Em outubro de 1999 as equipes passaram a ser remuneradas segundo tabela variável, crescente, conforme população coberta. Os valores variavam entre 9 faixas. Volta o auxílio à introdução do programa com um valor fixo para cada equipe criada. Em 2001 foi introduzida a

equipe de saúde bucal, sendo o financiamento por equipe e não por cobertura, com auxílio por equipe criada, e de acordo com a modalidade (BRASIL, C.F. art 195, 1988).

Resgatando o pensamento no qual não bastam apenas normas e leis para a adesão a uma proposta, observa-se que a criação do incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) promoveu uma forte expansão do PACS.

Por fim, a crise na saúde é agravada a partir do quadro deteriorado do financiamento, somado às questões sociais como: desemprego, baixos salários, concentração de renda, aliadas ao aumento populacional, surgimento de doenças antigas e novas epidemias, o que contribui para um descrédito no Sistema de Saúde atual.

O sistema de saúde brasileiro entra no novo século com grandes desafios agravados pela política de ajuste neoliberal introduzida na década de 1990. A implantação da Norma Operacional da Assistência à saúde (NOAS) tem deixado claro os imensos vazios de oferta de serviços no território nacional. Os atuais mecanismos e valores de custeio da assistência médico-sanitária têm levado a um crescente sucateamento da precária rede assistencial.

A retração na oferta de postos de trabalho, relacionada, sobretudo, a fatores recessivos associados às políticas de ajuste econômico, a baixa remuneração do trabalho assalariado, o crescimento do trabalho informal, e o aprofundamento da desigualdade social manifesta pela elevação crescente da concentração de renda, repercutem sobre o agravamento das situações de pobreza e exclusão social. A persistência de importantes bolsões de fome e miséria e a crescente violência no campo e na cidade ainda compõe um quadro dramático que envergonha a Nação, principalmente quando são comparados os indicadores de crescimento econômico e financeiro com os índices de desenvolvimento humano. Os impactos deste cenário sobre a situação de vida e saúde da população são evidentes. O quadro de desigualdades econômicas e sociais que caracteriza a sociedade brasileira tem expressão na área de saúde, tanto nos quadros epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços.

O estado de saúde da população e a responsabilidade de intervir com eficácia na elevação dos seus baixos patamares constituem a única razão da concepção e desenvolvimento do SUS.

Os maiores desafios atuais estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da saúde pública, subordine os conceitos e programas de assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize efetivamente atividades de promoção e proteção à saúde, sob os princípios éticos da Universalidade, Eqüidade e Integralidade. Em decorrência, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, à elevação da resolubilidade da rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada no SUS e à garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradualmente, superar as desigualdades de acesso existentes.

Quando se estuda mais profundamente o SUS verifica-se que o sistema enfrentou e enfrenta desafios para a construção de alguns de seus princípios.

A reforma sanitária brasileira que apesar de ser considerada recente, tem no SUS o único sistema público universal de saúde da América Latina, e nesta perspectiva deve encontrar forças para avançar. A construção de um Brasil mais justo e saudável continuará ser sua inspiração primordial, ou seja, construir um país mais justo e mais saudável.

2.4 RESPONSABILIDADE DO ESTADO PARA COM A SAÚDE DO TRABALHADOR

No Brasil a saúde do trabalhador vem sendo discutida com maior ênfase a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Nessa conferência foram traçadas estratégias para a realização da 1ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador que aconteceu em dezembro de 1986.

Na 1ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador foram discutidos os seguintes temas:

1. Diagnostico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores
2. Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores
3. Política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores

A Saúde do Trabalhador é uma área da Saúde Pública que estuda as relações entre o sistema produtivo e saúde. Esse campo da saúde procura inserir

conceitos que levem o ser humano a uma condição de dignidade quando do desempenho de suas atividades profissionais (LAURELL, 1991). Com relação a dignidade do ser humano é preciso ressaltar que trata-se de um valor espiritual e moral inerente à pessoa. Pode se manifestar na autodeterminação consciente da própria vida e agrega o anseio do respeito por parte das outras pessoas, garantindo a todos o pleno exercício dos direitos fundamentais, dos quais a saúde faz parte (PEREIRA, 2002),

Deve ser esclarecido, porém, que o início dos estudos que visavam a implantação de uma política com o foco voltado para a saúde do trabalhador remonta ao final dos anos 70. Essa área da saúde que estabelece as relações da saúde e da doença no trabalho faz parte da Medicina Social. Assinala-se ainda que existe uma inter-relação desse campo da medicina com a Saúde Coletiva (LAURELL, 1991).

Encontra-se na Lei nº 8.080//90 em seu artigo 6º a seguinte definição: entende-se por saúde do trabalhador, para fins dessa lei, um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Considerando-se a linha de estudo adotada pela Saúde Coletiva e pela Medicina Social Latino-Americana fica facilitado o entendimento e a compreensão teórica e prática, das relações entre o trabalho e a saúde (LACAZ, 1996).

No ano de 2004 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) do Ministério da Saúde que tem os objetivos de reduzir os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho, sendo que para isso, promoverá a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância no campo da saúde do trabalhador.

Na Portaria nº 1.125, de 06 de julho de 2005 são definidas diretrizes que norteiam a PNST e abrangem tópicos relacionados com a atenção integral à saúde, a articulação intra e entre setores, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Em 2006 foi implantada no país a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Essa rede é formada por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que já somam mais de 170 unidades espalhadas pelos vários estados.

Conforme o Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (2006) as políticas de Saúde do Trabalhador devem ter os seguintes objetivos:

- a) promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência;
- b) explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões de Saúde do Trabalhador de modo a dar visibilidade à questão e viabilizar a pactuação intra e inter-setorial;
- c) fomentar a participação e o controle social.

Sobre políticas públicas voltadas para a saúde o trabalhador o manual da RENAST publicada em 2006 afirma o seguinte:

As políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho constituem ações implementadas pelo Estado visando garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, da realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

Tais políticas têm dimensões sociais e técnicas indissociáveis. A dimensão técnica pressupõe a utilização dos conhecimentos e tecnologias mais adequados, a fim de dar respostas eficazes aos problemas e assegurar a credibilidade dos trabalhadores (BRASIL, 2006, p. 13).

Os novos modelos de gestão empregados nas últimas três décadas fizeram com que as organizações passassem a ter uma nova visão sobre as pessoas que nelas trabalham. Os trabalhadores passaram a ter sua importância reconhecida, deixando de ser apenas empregados para galgarem o degrau de parceiros do negócio. Estes colaboradores começaram a participar das decisões das empresas, e passaram a ser considerados como parte do “patrimônio físico” na contabilidade da organização (CHIAVENATO, 1999).

Observa-se que, não foi apenas a denominação dada ao trabalhador que mudou, mas, o novo conceito de empregado como parceiro do negócio. Isso denota diretamente a idéia de que o principal objetivo das organizações é a obtenção de lucro com os menores custos ou investimentos diretos. Para que isso seja alcançado

as organizações precisam dar uma atenção especial aos seus funcionários, zelando inclusive pela saúde deles.

No caso do setor público esse modelo também está sendo aplicado fazendo com que as organizações estatais passem a tratar seus empregados como parceiros por acreditarem que, como parceiros, a qualidade na prestação de serviço para a comunidade atinja um nível adequado. É a partir desta idéia de empregado como parceiro que surge a necessidade da preocupação das organizações com a saúde de seus funcionários.

A nova concepção da administração de recursos humanos que passou a ser denominada de gestão de pessoas como defendem alguns autores sofreu alterações e passa a ser compreendida como aquilo que permite a colaboração eficaz das pessoas para alcançar os objetivos organizacionais e individuais (CHIAVENATO, 1999).

No Brasil vários serviços ligados à Saúde do Trabalhador começaram a ser estruturados a partir do fim da década de 1970. Em alguns casos houve um avanço significativo e se tornaram reconhecidamente importantes para a legião de trabalhadores tanto pelo aspecto da vigilância, quanto pela assistência aos problemas decorrentes dos processos e ambientes de trabalho.

Pode-se relacionar como programas voltados para a saúde do trabalhador que conseguiram reconhecimento da sociedade pela sua eficiência o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST). Este serviço foi organizado por resolução da Secretaria de Estado da Saúde em 12 de dezembro de 1994 e teve sua origem no Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte de São Paulo, organizado em 1985. As principais metas alcançadas pelo CEREST foram a articulação de serviços municipais de referência em saúde do trabalhador, a divulgação do problema saúde versus trabalho e o entrosamento com sindicatos e trabalhadores.

Outro serviço citado na literatura como modelo é o Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro que se estruturou como integrante da Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e alcançou um grande desempenho contando com a colaboração do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), que por sua vez faz parte da Fundação Instituto Osvaldo Cruz, se dedicando a estudos e

pesquisas na área (VASCONCELOS, 1995).

Na Bahia encontra-se outro órgão de grande destaque. Trata-se do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador (CESAT). Criado em 1988, para tratar das questões ligadas à área saúde/trabalho na rede pública de saúde.

Em Minas Gerais, vale ressaltar a atuação do Programa de Saúde do Trabalhador está buscando um processo de municipalização. Esse programa tem uma grande integração com instituições universitárias.

Os objetivos da Coordenadoria de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais são:

- a. fomentar e implementar ações de saúde do trabalhador no nível municipal;
- b. desencadear ações visando conhecer o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores do Estado, considerando a distribuição por sexo, faixa etária, região geográfica, tipo de evento;
- c. desenvolver/estimular a articulação entre as diversas instituições que possuem interface neste campo, visando otimizar as ações desta área.

Outro estado brasileiro que implantou uma política voltada para a saúde do trabalhador foi o estado de Goiás. Este estado possui uma divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador vinculada à Superintendência de Vigilância. Sanitária da Secretaria de Saúde.

Faz-se necessário citar outra participação do poder público com a saúde do trabalhador. É o projeto implantado pelo governo do Pará denominado Programa de Saúde do Trabalhador que se sobressai pela assistência aos trabalhadores. Todos esses programas demonstram a responsabilidade do setor público com a saúde dos trabalhadores brasileiros.

No caso do Ceará, tem destaque a Universidade Federal do Ceará (UFC) com o projeto institucional que visa minimizar as agruras experimentadas pelos seus trabalhadores no que diz respeito a problemas de saúde. Deste projeto faz parte o ambulatório do servidor do HUWC que é o foco desse trabalho de pesquisa.

2.5 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

2.5.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Na revisão da literatura encontram-se autores que têm uma concepção bastante ampliada para os estudos relativos à avaliação de programas destinados à saúde das pessoas. Na opinião de alguns desses estudiosos a avaliação está ligada à concepção de critérios que determinam a qualidade, a eficácia e a importância daquilo que está sendo avaliado (WORTHEN ET AL, 2004). Para esses autores a avaliação destina-se a democratizar a informação. Quando se faz uma avaliação de assuntos ligados a saúde faz-se premente a explicitação de parâmetros que sirvam para atribuição de valores.

A satisfação do usuário, que é tema dessa pesquisa, faz parte dos atributos próprios das características enumeradas por Silva e Fomigli (1994) e que são inerentes aos serviços de saúde e a sua organização social que são:

- a) Cobertura.
- b) Acessibilidade.
- c) Eqüidade – (vinculada à disponibilidade e à distribuição social dos recursos).
- d) Efetividade.
- e) Eficiência.
- f) Qualidade – adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente.
- g) Satisfação dos usuários.
- h) Aceitabilidade.

Quando se faz um processo avaliativo da satisfação de usuários de qualquer tipo de serviço envolve-se gente. Para Arendt (1997), os seres humanos não nascem iguais. Eles tornam-se iguais como membros de uma coletividade, isso porque existe um acordo que garante a todos direitos iguais.

No Brasil os processos de avaliação da satisfação dos usuários ganharam destaque nos anos setenta do século passado. Para Vaistman e Andrade (2005) essas práticas permitem aos pacientes uma maior participação na avaliação do serviço como um todo. No caso desta pesquisa a avaliação se baseia em critérios

subjetivos pois os atores são aqueles que utilizam o serviço do ambulatório (KLOETZEL ET AL 1998).

Em relatório elaborado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2006 a satisfação do usuário é assim descrita:

a idéia de satisfação do usuário resgata o paciente como sujeito e define suas opiniões e expectativas como elementos legítimos na definição e na mensuração da qualidade da atenção à saúde. Além de ser um mecanismo de promoção de transparência e *accountability*, desempenha a função de elemento facilitador para que outros objetivos sejam alcançados, como, por exemplo, a cooperação do paciente com procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a não interrupção do acompanhamento médico e do tratamento (BRASIL, 2008, p. 8).

Para Akerman e Nadanovsky (1992) um serviço de saúde que almeja alcançar um elevado nível de qualidade não pode desconsiderar o grau de satisfação do usuário. Portanto a avaliação da satisfação da clientela constitui-se um fator relevante para a aferição da qualidade do atendimento.

Para Escorel (1995) a saúde é o bem maior, possui um valor universal constitutivo da humanidade, e é um componente fundamental na construção da cidadania, e, por isso, a satisfação do cliente de um serviço de saúde é algo que as prestadoras do serviço buscam constantemente. A fim de manter-se saudável, o homem, através dos tempos, busca fórmulas, desenvolve pesquisas, tentando com isso, a cura das doenças, a harmonia e a preservação do corpo e da mente. Berlinguer (1996) afirma que a exigência de se viver um estado de saúde plena é uma íntima e antiga aspiração humana.

Pressupondo-se que a avaliação é importante para gestão de qualquer sistema de saúde, o PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS, 2004) utiliza como instrumento para as pesquisas de satisfação, a técnica de entrevista. Entrevistas que envolvem questões sobre: agilidade na marcação da consulta e no atendimento; receptividade; confiança; ambiência (conforto, limpeza, sinalização e ruído); roupas; alimentação; sinalização, humanização e gratuidade.

Na obra de Thomas e Bond (1991) é feita uma revisão da literatura referente à satisfação do usuário de prestadores de serviços médicos. Eles concluíram que o parâmetro mais comum na avaliação da qualidade do serviço é a

satisfação do paciente embora existam discrepâncias entre os diversos conceitos apresentados na literatura.

Os trabalhos direcionados para a avaliação da satisfação na área da saúde tiveram início a partir dos anos 1970. Nos últimos trinta anos os estudos relativos à satisfação do usuário com serviços de saúde foram galgados a uma posição de destaque no momento em que se avalia a qualidade do serviço de forma global (ESPERIDIÃO e TRAD, 2009).

Para Acúrcio et al. (1991) as pesquisas que buscam avaliar o grau de satisfação dos usuários de um programa de saúde passaram a ser consideradas de grande importância pois a clientela é o foco principal para que se deve orientar o modelo de gestão utilizado no serviço de saúde.

Bruce (1990) afirma que quando o usuário decide utilizar um determinado serviço de saúde ele chega na parte final de uma cadeia que passa pela necessidade física, pela necessidade de cuidados médicos, pelo tipo de cuidado que procura e finalmente pelo custo do atendimento nesse serviço.

Na revisão da literatura foram encontrados trabalhos que abordam a satisfação do usuários dos seguintes autores: Velázquez, (1978); Morera, (1981); Sommers, (1983); Aguirre-Gas, (1990); Chávez et al., (1990); Jessee, (1990); Donabedian, (1992) e Nogueira, (1994).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, de delineamento transversal, com o propósito de verificar o grau de satisfação do servidor da UFC com os serviços prestados pelo Ambulatório do Servidor localizado nas dependências do HUWC onde foram descritas variáveis de identificação e sócio – demográficas (idade, gênero, estado civil, renda familiar, escolaridade, categoria profissional, local de trabalho na instituição e acesso a planos de saúde). O grau de satisfação dos servidores usuários do Ambulatório do Servidor foi verificado a partir de entrevistas realizadas com uma amostra desses servidores. Considerada, portanto, uma abordagem tanto quantitativa como qualitativa, porém com uma predominância qualitativa.

Para Flick (2004) o que diferencia a pesquisa qualitativa da pesquisa quantitativa é que na primeira não se pode realizar uma medição de unidades de sentimento, percepção ou comportamento e não o seu rigor metodológico.

Para Aguilar e Ander-Egg (1995) deve-se atribuir exigências de rigor científico a uma pesquisa avaliativa. Nesse tipo de pesquisa é realizado um processo com procedimentos científicos a fim de congregar evidência válida e confiável. Na opinião de Briones a avaliação interativa utiliza um processo de pesquisa participativa que analisa as expectativas de seus participantes e os resultados obtidos (BRIONES, 1988).

Para muitos autores quando se observa a pesquisa sob o ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. No caso da investigação quantitativa ela atua em níveis de realidade e tem a finalidade de explicitar dados, indicadores e tendências observáveis. Do outro lado a investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO & SANCHES, 1993).

Na opinião de Aguilar e Ander-Egg (1994) a avaliação deve ser caracterizada pela praticidade. Entende-se como praticidade aquilo que deve ser obtido com a utilização de procedimentos simples, ou seja, a “praticidade de uma

avaliação vem da adequação do plano utilizado com o destino que se quer dar às conclusões e recomendações”.(AGUILAR e ANDER-EGG, 1994, p. 68).

Nesta pesquisa utilizou-se também o questionário que é o instrumento de avaliação mais utilizado no caso das ciências sociais e em outras áreas humanas. Esse instrumento é ideal para a coleta de dados quantitativos (ECHEBURÚA, 1997).

A aplicação de questionários também possibilita uma cobertura ampla e não dispendiosa de participantes potenciais e traz em sua estrutura uma padronização completa das instruções que são passadas aos participantes da pesquisa quando há necessidade de explicação das perguntas para facilitar a obtenção da resposta, o que não se aplicou a esta pesquisa em função das perguntas serem diretas e auto explicativas (ECHEBURÚA, 1997).

Carâp (1997) afirma que a satisfação dos usuários de um serviço de assistência à saúde depende da: a) Satisfação com o acesso (tempo, distância, disponibilidade e facilidade de agendamento); b) Satisfação com as relações humanas (respeito, gentileza, disponibilidade para ouvir, habilidade no tratamento interpessoal); c) Satisfação com a competência do profissional; d) Satisfação com a quantidade de informações sobre tratamento, procedimentos, exames e diagnóstico; e) Satisfação com o resultado do tratamento e com as facilidades que incluem aspectos funcionais, adequação de equipamentos e laboratórios. Estes dados considerados por Carâp foram também levados em conta nesta pesquisa e inseridos no roteiro de entrevista.

Existem correntes de teóricos que divergem quanto à relação da satisfação e da característica do usuário. Assim sendo, Esperidião e Trad (2006) descrevem grandes grupos determinantes de satisfação que são: (1) características sócio-demográficas, expectativas sobre a consulta e estado atual de saúde; (2) características dos profissionais que prestam atendimento incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado” prestado; (3) aspectos da relação paciente-profissional; (4) fatores estruturais e ambientais, incorporando acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros itens.

Outros autores, tais como Parasuraman e Berry (1988) enaltecem a importância de quatro dimensões inerentes ao atendimento, que são: agilidade,

confiabilidade, empatia e segurança. Conforme Vaitsman (2005), quando se avalia a satisfação dos usuários, contempla-se outros tipos de parâmetros, tais como: dignidade, comunicação, agilidade, instalações físicas, aspectos interpessoais, competência da equipe técnica, conveniência, eficácia, viabilidade, confiabilidade, empatia, e receptividade.

3.2 ACERCA DO MÉTODO ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para que fossem interpretados os dados obtidos na pesquisa utilizou-se a análise de conteúdo que é uma das técnicas mais comuns empregada em investigações científicas tanto pelas ciências sociais como pelas ciências humanas. O método procura fazer uma análise textual e para tanto se utiliza de entrevistas que apresentam questões abertas nos seus questionários. A análise de conteúdo trabalha com dados qualitativos provenientes das respostas colhidas quando da aplicação dos questionários. Esses dados tomaram a forma de texto escrito.

Para Berelson, citado por Bardin (1995) a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. Na opinião de Ghiglione e Matalon (1997) essa técnica também pode ser usada em abordagens quantitativas do tipo *survey* para se extrair o caráter das informações obtidas nas entrevistas em que se colhe um grande volume de dados textuais que é caso desta pesquisa.

A análise de conteúdo desde as suas primeiras aplicações assemelha-se bastante à técnica de categorização que é dada às pesquisas que utilizam questões abertas. Hoje é muito empregada na análise de pesquisas qualitativas cujos dados foram obtidos por entrevistas (Minayo, 1991). Essa técnica é bastante empregada para o tratamento de dados que visa identificar aquilo que foi dito em relação a determinado tema (VERGARA, 2003).

Alguns autores ressaltam que a análise de conteúdo envolve um conjunto de técnicas que analisam as comunicações, tentando extrair delas, com procedimentos objetivos, o conteúdo das mensagens quer sejam quantitativas ou não, permitindo ao analista fazer uma inferência de conhecimentos relativos do que foi captado e do que vai ser produzido (PUGLISH; FRANCO, 2005).

Inicialmente os métodos de análise de conteúdo foram propostos por Henry e Moscovici apud Bardin (1979), nos quais evidenciavam procedimentos fechados e procedimentos abertos ou exploratórios. Os procedimentos fechados são os que fazem intervir “categorias pré-definidas” anteriormente à análise propriamente dita. Nesse caso a análise está intrinsecamente ligada a um quadro empírico ou teórico que dar subsídios e que onde se retiram as questões da entrevista.

No caso de se adotar procedimentos abertos ou exploratórios deve-se considerar que eles são aqueles que não utilizam as categorias pré definidas, tendo, portanto um caráter puramente exploratório. Para Ghiglione e Matalon,1997) “...os resultados são devidos unicamente à metodologia de análise, estando isenta de qualquer referência a um quadro teórico pré-estabelecido” (GHIGLIONE ET MATALON, 1997, p.210).

Uma análise de conteúdo só tem sentido se for direcionada para um objetivo claro. Para que isso aconteça faz-se necessário colocar o discurso sob uma forma que seja fácil de entender e ao mesmo tempo conserva o que é pertinente ao inquérito. Também é importante que se visualize com nitidez o que cada um dos entrevistados disse a respeito de determinado ponto. Outra coisa que se busca com a análise de conteúdo é deixar bem evidente as diferenças e as semelhanças existentes nas falas dos entrevistados.

Como se pretendia avaliar o grau de satisfação dos servidores da UFC a partir de suas falas, dando uma visão qualitativa da percepção desses servidores acerca dos serviços prestados pelo ambulatório do servidor, o método de Análise de Conteúdo se mostrou como o mais adequado ao alcance dos objetivos propostos.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no ambulatório do servidor um serviço ligado ao Hospital Universitário Wálter Cantídio que se propõe a ter o histórico de saúde física e mental do servidor docente e técnico-administrativo da UFC, desde seu ingresso na instituição, visando a promoção da saúde, prevenção de doenças, identificação de problemas orgânicos e sociais, e acompanhamento em programas protocolados das patologias que mais comumente afligem essa população.

O ambulatório estudado nesta pesquisa, além de atender aos servidores também presta assistência a seus dependentes (cônjuges e filhos até 21 anos), trabalhadores da Sociedade de Assistência à Maternidade Assis Chateaubriand – SAMEAC, bem como, os trabalhadores terceirizados durante a sua prestação de serviço no HUWC e na MEAC.

Os objetivos do Ambulatório são:

1. Diagnosticar e tratar o servidor ou encaminhá-lo para serviços especializados, quando for o caso.
2. Fazer um diagnóstico epidemiológico do servidor.
3. Identificar ocorrências de patologias especialmente relacionadas ao ambiente de trabalho e recomendar para avaliação pericial.
4. Estabelecer um perfil de morbidade associado à ocupação.
5. Acompanhar o servidor portador de patologias crônicas, como: hipertensão e diabetes, e referenciar para serviços especializados no próprio Hospital, quando necessário.
6. Avaliação de saúde pré-admissional na UFC.
7. Recomendar licenciamento de servidor doente e referenciá-lo ao servidor de perícia médica.

O Ambulatório do Servidor possui na sua estrutura física quatro salas de ambulatórios, uma ante-sala com birô para atendimento e marcação de consultas, uma sala de espera para acomodar, sentadas, 25 pessoas e dois banheiros.

Funciona nas dependências do Hospital Universitário Walter Cantídio que é um hospital do tipo universitário, órgão técnico-didático, interdepartamental, vinculado à Faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará. O hospital é um órgão de assistência, ensino e pesquisa que tem por finalidade prestar assistência médico-cirúrgica em regime ambulatorial e de internamento e de treinamento de alunos de diversos cursos da Universidade Federal do Ceará nos níveis de graduação e pós-graduação bem como de outras instituições de ensino universitário e técnico. Tem ainda a função de promover e incentivar a realização de pesquisa científica e tecnológica, colaborar com as entidades públicas na execução de programas de saúde e de educação sanitária e servir como hospital de referência

terciária dentro do SUS. O Hospital Universitário Walter Cantídio, também designado pelo acrograma HUWC, foi fundado em 1957, integrando a antiga Faculdade de Medicina do Ceará ao Hospital de Doenças Infecciosas do Estado, se transformando posteriormente em Hospital das Clínicas da UFC.

3.4 UNIVERSO E AMOSTRA DO ESTUDO

Para fins deste estudo o universo considerado foi composto por todos os servidores da UFC usuários do Ambulatório do Servidor que tiveram seus cadastros realizados no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2008, perfazendo um total de 287 servidores. Este cadastro é realizado na primeira vez que o servidor procura o serviço no Ambulatório do Servidor. Nessa ocasião o servidor recebe um número de ordem que será utilizado todas as vezes que ele retornar a esse ambulatório.

Dos 287 servidores da UFC registrados no Ambulatório do Servidor no período de 2003 a 2008, vinte e cinco tinham se aposentado, cinco haviam falecido e quatro deixaram de fazer parte do quadro da Universidade, ficando, portanto o universo composto por 253 servidores inscritos no referido período e que foi utilizado para efeito do cálculo da amostra.

O universo do estudo foi composto por 253 servidores em atividade da UFC usuários efetivos do Ambulatório do Servidor do HUWC. O valor deste universo foi obtido pelo levantamento dos servidores cadastrados no Ambulatório no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2008. Este cadastro registra o dia do primeiro comparecimento do servidor ao Ambulatório.

O cálculo da amostra foi realizado utilizando a fórmula de amostra aleatória simples para universos finitos descrito por Stevenson (1986) de acordo com a fórmula:

$$n = \frac{NK^2 \hat{P} (1 - \hat{P})}{e^2} + k^2 \hat{P} (1 - \hat{P})$$

Onde: \hat{P} – Proporção “a priori” de usuários satisfeitos: 0,5

N – Número total de servidores usuários do ambulatório: 253

K^2 – Parâmetro associado a um nível de significância de 95%: 2

e – erro de amostragem dividido por erro máximo admissível : 5 %

Dessa forma a amostra foi composta por 158 servidores. Uma vez que o ambulatório atende apenas público adulto, o estudo teve como critério de inclusão, a aceitação do sujeito em participar do estudo, não havendo portanto, critérios de exclusão específicos, apenas considerando os que não aceitassem participar.

3.5 COLETA DOS DADOS:

Os dados foram coletados nos meses de janeiro a junho de 2009, nos turnos da manhã e tarde por intermédio da aplicação do questionário (apêndice 2) e da entrevista (apêndice 3) que foi realizada pelo próprio pesquisador.

O questionário foi aplicado aos 158 sujeitos da amostra e a entrevista foi realizada em um corte aleatório não probabilístico desta amostra sendo que o número de sujeitos foi definido pela saturação ou recorrência dos dados obtidos a partir das respostas verbais, quando as informações não mais apresentavam novo conteúdo (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004). Dessa forma obteve-se um total de 16 entrevistas.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a aplicação de questionários, onde o entrevistador obedece aos padrões estabelecidos pela pesquisa. Também foi utilizada na pesquisa a entrevista semi-estruturada. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão.

Baseando-se em Minayo et al (1994) a abordagem qualitativa da pesquisa, que utilizou um recorte da amostra, representa uma realidade empírica e que foi estudado a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto do trabalho. Nesse tipo de abordagem é adotado um pressuposto de que a pesquisa pretende conhecer muito bem o fenômeno estudado.

A pesquisa qualitativa necessita uma ampla interação entre o pesquisador e os atores sociais envolvidos no trabalho. No caso o objetivo do pesquisador é ser aceito na convivência (MINAYO ET AL, 1994).

Deve ser salientado que a pesquisa qualitativa não está fundamentada no critério numérico para garantir sua representatividade. “A amostragem boa é aquela

que possibilita abranger a totalidade do problema a ser investigado em suas múltiplas dimensões”. (MINAYO ET AL, 1994, p.59).

Para a autora:

universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo et al., 1994 p.22).

A pesquisa utilizou a entrevista semi-estruturada que para Trivínos (1994), é um dos principais meios que o pesquisador tem para realizar a coleta de dados. O autor faz a seguinte definição:

aquela que parte de certos questionamentos básicos, e que, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as propostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (Trivínos, 1994, p.146).

A entrevista semi-estruturada foi utilizada na pesquisa por tratar-se de um instrumento indicado por vários autores e que segundo (Richardson, et al) ela nos “possibilita descobrir que aspectos de determinada experiência produzem mudanças nas pessoas expostas a ela e o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador” (RICHARDSON ET AL, 1999, p. 210).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados mensuráveis foram analisados por meio de estatística descritiva. Para que fosse feito um tratamento nesses dados e considerando que se trabalhou com uma amostra obtida por uma fórmula da “curva normal” utilizou como ferramenta a planilha eletrônica do Excel.

A análise das respostas obtidas pela aplicação da entrevista foi realizada por meio do método de análise de conteúdo cuja base teórica provém de Bardin (1995). Essa técnica é muito empregada em pesquisas, tanto pelas ciências sociais como pelas ciências humanas. O método procura fazer uma análise textual e para tanto se utiliza das respostas dadas nas entrevistas. Esses dados tomaram a forma de texto escrito.

A opção pela “técnica da análise de conteúdo” neste trabalho foi feita considerando que: "A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação." (BARDIN 1995, p.19).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do HUWC, respeitando como princípios as recomendações da resolução do CNS 196/96, normalizadora de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido considerada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

Para a identificação dos sujeitos do estudo que responderam a entrevista optou-se pela utilização de pseudônimos oriundos de nomes próprios de pessoas gregas como forma de garantir o anonimato e o respeito à dignidade dos participantes da pesquisa. Os pseudônimos utilizados foram: Basileu, Belerofonte, Bianor, Camiro, Acidália, Adrastéia, Agláia, Alana, Alcídia, Aldora, Almada, Altevira, Alípia, Cipriano, Cinara e Ciríaco.

Para os demais participantes do estudo, que responderam apenas o questionário os dados foram referidos numericamente impossibilitando dessa forma, qualquer tipo de identificação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil dos usuários que participaram da pesquisa

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo (n=158)

variáveis	n	%
Idade		
Menos de 30 anos	2	1,3
De 30 a 40 anos	23	14,6
De 40 a 50 anos	70	44,3
De 50 a 60 anos	41	25,9
Mais de 60 anos	22	13,9
Gênero		
Feminino	85	53,8
Masculino	73	46,2
Renda Familiar		
Até 3 SM	54	34,2
De 3 a 6 SM	85	53,8
De 6 a 9 SM	16	10,1
De 9 a 12 SM	3	1,9
Mais de 12 SM	0	0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	35	22,2
Fundamental completo	13	8,2
Médio incompleto	16	10,1
Médio completo	50	31,6
Superior incompleto	32	20,3
Superior completo	12	7,6
Mestrado/Doutorado	0	0
Estado Civil		
Solteiro	28	17,7
Casado	111	70,2
Viúvo	3	1,9
Divorciado	8	5,1
Outros	8	5,1
Categoria funcional		
Docente	0	0
Tec.Adm. Nível superior	0	0
Tec.Adm. Nível Médio	95	60,1
Tec.Adm. Nível apoio	63	39,9
Local do Trabalho		
Porangabussu	109	69
Pici	25	15,8
Benfica	24	15,2
Plano de Saúde		
Sim	47	30,0
Não	141	70,0

IDADE

A idade média dos servidores pesquisados usuários do Ambulatório do Servidor foi de 49,1+/-9,3 anos. Houve uma predominância da faixa etária de 40 a 50 anos. Considerando todos os servidores maiores de quarenta anos esse percentual sobre para 84% o que pode significar que o universo de usuários é predominado por pessoas que estão na chamada meia idade. Esse fato pode também retratar que apesar da Universidade Federal do Ceará ter realizado concursos públicos nos últimos dois anos, o seu quadro de servidores está envelhecendo rapidamente. Na última década do século passado a população brasileira envelheceu em uma taxa de 17% (IBGE, 2000).

Segundo informações da Superintendência de Recursos Humanos a grande alavancagem de pessoal pela UFC ocorreu nos anos de 1980 a 1984 e essa população de funcionários mesmo tendo sido admitida com vinte anos de idade já está na casa dos quarenta anos.

SEXO

Os dados mostram que 85% dos pesquisados são do sexo de feminino e 73% do sexo masculino uma predominância, ainda que discreta, das mulheres na procura de atendimento médico no Ambulatório do Servidor. Quando se olha para o contingente de servidores técnico-administrativos da UFC observa-se que 2027 são mulheres e 1370 são do sexo masculino. Essa informação foi colhida junto à Superintendência de Recursos Humanos da Universidade Federal do Ceará e mostra que existe uma maioria de servidores do sexo feminino e que representa um percentual de 59,67% contra 40,33% de servidores do sexo masculino.

Os estudiosos afirmam que a mulher sempre foi mais cuidadosa com a saúde do que o homem. Em decorrência disso outros estudos mostram que os homens morrem mais cedo que elas pela falta de assistência médica não procurada (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005). A literatura específica também sinaliza que deve haver uma maior reflexão sobre a masculinidade para que se entenda o comprometimento do homem em relação a saúde (GOMES, 2003).

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007) outros fatores devem ser analisados no que concerne a esse assunto. Eles ressaltam que na sociedade as marcas da masculinidade, que persistem até o século atual, tais como, virilidade,

invulnerabilidade e força podem aprisionar os homens a amarras culturais criando assim dificuldades para inclusive, procurarem um serviço de saúde.

No Brasil segundo um trabalho de Travassos et al (2000, p. 133-149) as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Ainda segundo os autores a diferença na busca pela saúde está relacionada a questões reprodutivas.

Na Inglaterra os autores Arber e Cooper (1999) fazendo um estudo com dados obtidos entre os anos de 1992 e 1994 concluíram que as mulheres têm maior tendência de avaliar mais positivamente seu estado de saúde.

No caso específico da UFC o número de servidores em atividade até o dia 18 de agosto de 2009 está assim distribuído: 2027 são mulheres e 1370 são homens. Se for feita uma análise relativa comparando o número de homens da amostra (73) com o total de servidores do sexo masculino em atividade na Universidade (1370) verifica um percentual de 5,32%. Enquanto isso a relação de mulheres na amostra (85) com o total de servidoras (2027) é de 4,19%. Este dado aponta que proporcionalmente os homens estão procurando mais o atendimento médico. Isto rebate o que se tem afirmado sobre a menor procura de atendimento médico por parte dos indivíduos do sexo masculino.

RENDA FAMILIAR

A Renda Familiar Média encontrada foi de 4,24+/-1,73 salários mínimos. Pelo que foi observado quando da aplicação do questionário, um grande número dos respondentes tiveram dúvida em avaliar a real renda da família. Sabe-se, porém, por informações obtidas junto à Superintendência de Recursos Humanos da UFC, que o rendimento mínimo de um servidor admitido na Universidade fica próximo dos dois salários mínimos. Para uma família na qual esse valor constitua a única parcela na composição da renda familiar chega-se a conclusão da insignificância dessa renda para que a família usufrua dos serviços médicos privados.

A pesquisa mostrou também que 88% dos entrevistados têm uma renda familiar inferior a seis salários mínimos. Ficou difícil fazer uma análise mais acurada dessa informação tendo em vista que não foi questionada a quantidade de pessoas componentes da família do servidor.

ESCOLARIDADE

Quanto a escolaridade os dados demonstram que 22,2% dos atendidos no ambulatório do servidor possuem ensino fundamental incompleto, 8,2% curso fundamental completo, 10,1% médio incompleto, 31,6% curso médio completo, 20,3% superior incompleto e 7,6% superior completo. Não foi verificado na amostra nenhum servidor com nível de mestrado/doutorado.

Na amostra trabalhada tem-se que 40,5% dos entrevistados não possuem o nível médio. Isso se contrapõe ao fato de que 60,1% dos pesquisados ocupam cargos pertencentes à categoria de técnico-administrativo de nível médio. Esse fato é explicado pela medida tomada pelo governo federal que às vésperas da promulgação da Constituição Federal de 1988, resolveu enquadrar servidores nas funções de nível médio mesmo que esses não tivessem o nível de escolaridade requisitado, mas que à época desenvolvessem funções inerentes ao nível médio.

Outro fato que contribuiu para essa situação foi a chamada Ascensão Funcional que possibilitou a diversos servidores a promoção para os cargos de nível médio mediante a aprovação em uma prova aplicada sob a supervisão do antigo Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) na década de oitenta do século passado.

Também neste quesito foi constatada que uma das políticas da Universidade com relação à melhoria do aprendizado de seus servidores funcionou no sentido de erradicar o analfabetismo do âmbito da instituição, no entanto para que surtisse um efeito mais abrangente, o projeto deveria buscar um objetivo mais ambicioso que engajasse todos os servidores ocupantes de cargos de níveis médio para a obtenção do nível de escolaridade compatível com o cargo, ou seja, o ensino médio completo.

Embora a política adotada com o projeto Escola Neudson Braga que começou ainda nos anos 1970 não tenha tido um sucesso absoluto no sentido de elevar o grau de escolaridade de todos os ocupantes de funções de nível médio, ela conseguiu fazer com que muitos servidores concluíssem o ensino fundamental.

Outro projeto importante que foi encampado pela UFC foi a criação em 2006 de cursos de graduação tecnológica na área administrativa e na área hospitalar destinados a seus servidores. Nesta pesquisa todos os servidores que se declararam possuir nível superior na sua escolaridade fizeram essa graduação tecnológica.

ESTADO CIVIL

Com relação ao estado civil os dados revelaram que 70,2% da amostra foi de casados, 17,7% foi de solteiros, 1,9% são viúvos, 5,1% divorciados e 5,1% se declararam conviverem em outra situação, ou seja, separados mas sem a oficialização. Se for somada a quantidade dos casados com aqueles que já foram casados o percentual chega a 78%. Quando se verifica os dados indicativos sobre as idades dos pesquisados verifica-se que 84% deles estão na faixa dos 30 aos 60 anos de idade que na sociedade tradicional induz a que o indivíduo opte pelo casamento mesmo que não seja oficializado.

Existe um relatório do Centro Nacional para Estatísticas sobre a Saúde (NCHS) dos Estados Unidos divulgado em 2004 que afirma que as pessoas casadas são mais saudáveis que as divorciadas, as viúvas e as solteiras. O estudo também levou em conta outros fatores como as condições de saúde, a etnia e o perfil socioeconômico dos participantes. Este relatório que faz a relação entre o estado civil e a saúde baseou-se em entrevistas com 127.545 adultos acima dos 18 anos, realizadas entre 1999 e 2002. A conclusão apresentada é que o casamento é bom para a saúde. Os adultos casados têm menos possibilidades de ter problemas de saúde, dores de cabeça e casos graves de stress. Também têm menos chances de fumar, beber muito.

Em contrapartida, por normalmente ter pouca atividade física, os casados, principalmente os do sexo masculino, têm mais chances de engordar. A especialista que dirigiu o estudo reconheceu que é preciso realizar outras pesquisas sobre os motivos da relação entre o acúmulo de gordura e os homens casados. O relatório tem poucas novidades e confirma o que outras análises já tinham assinalado sobre os benefícios do casamento (NCHS, 2004).

CATEGORIA FUNCIONAL

Os resultados mostraram 60,1% dos pesquisados ocupam cargos de nível médio e 39,9% se declararam técnico-administrativo de nível de apoio. A pesquisa mostrou que, durante o período de sua aplicação, nenhum servidor técnico administrativo de nível superior ou docente procurou o Ambulatório do Servidor para fins de consulta médica.

LOCAL DO TRABALHO

O local de trabalho foi considerado pela localização geográfica dos três campi da universidade: Porangabussu, Pici e Benfica. Os Resultados mostraram que dos freqüentadores do ambulatório do servidor 69% pertenciam ao campus do Porangabussu, 15,8% ao campus do Pici e 15,2% ao campus do Benfica.

No que diz respeito à lotação do servidor usuário do Ambulatório a pesquisa constatou que os participantes estavam lotados em 43 setores distintos pertencentes à Universidade. Resumindo essas lotações por campus, verificou-se que a grande maioria (69%) dos servidores clientes do ambulatório do servidor era lotada nas unidades que congregam as áreas da saúde, tais como: Hospital Universitário, Maternidade Escola, Faculdade de Medicina, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem e os diversos departamentos que fazem parte dessas unidades acadêmicas. Talvez a explicação para esse fato seja a proximidade do ambulatório do servidor com o local do trabalho do usuário.

Todos os participantes da pesquisa afirmaram que já procuraram atendimento no Ambulatório do Servidor por várias vezes. A pesquisa fez um levantamento para saber qual a freqüência do servidor ao ambulatório e a média obtida foi de três visitas por ano.

PLANO DE SAÚDE

Quando indagados sobre se possuem ou não plano de saúde 70% dos servidores usuários do ambulatório do servidor responderam não participar de nenhum plano. Aqui se verifica um fato importante, mesmo pagando um plano de saúde complementar 30% dos servidores procuram atendimento médico no ambulatório do Servidor. Deve-se destacar, porém o seguinte: todos os quarenta e sete servidores que disseram ter plano de saúde só aderiram a esse sistema depois que foi instituído o Auxílio Saúde. Esse programa regulamentado através da Portaria 1983 de dezembro de 2007 do Ministério do Planejamento tem o objetivo de pagar uma pecúnia para cada servidor e para os seus dependentes menores de vinte e um anos.

O programa denominado Auxílio Saúde obriga, entretanto, que o optante se associe a um plano de saúde complementar e que essa relação deve ser comprovada junto à Superintendência de Recursos Humanos.

O valor pago atualmente por optante do programa e por seus dependentes nos quais são incluídos os cônjuges e os filhos menores de vinte e um anos de idade é R\$65,00. O pagamento dessa quantia para o servidor que aceitasse participar do programa fez com que alguns, vislumbrassem uma maneira de aumentar o rendimento próprio e para tanto se associaram a planos de saúde de pouca abrangência e pouca efetividade, que cobram mensalidades em torno de R\$30,00, mas oferecem pouca cobertura em termos de serviços médicos.

O auxílio saúde foi efetivamente implantado na Universidade Federal do Ceará em setembro de 2008 retroagindo, entretanto os seus benefícios para janeiro do mesmo ano.

Mesmo aceitando filiar-se ao sistema de saúde suplementar (plano de saúde) para ter direito ao auxílio saúde instituído pelo governo federal, muitos dos servidores que participaram da pesquisa continuam usufruindo os serviços ofertados pelo ambulatório do servidor que para eles, atende as suas necessidades.

4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Entrevistado nº 1 (Basileu)

Idade: 49 anos

Sexo: masculino

Renda Familiar: de 3 a 6 salários mínimos

Escolaridade: superior completo

Estado Civil: casado

Categoria funcional: Técnico Administrativo de Nível Médio

Entrevistado nº 2 (Belerofonte)

Idade: 39 anos

Sexo: masculino

Renda familiar: de 3 a 6 SM

Escolaridade: superior incompleto

Estado civil: solteiro

Categoria funcional; Técnico Administrativo de nível médio

Entrevistado nº 3 (Bianor)

Idade: 43 anos

Sexo: masculino

Renda Familiar: de 9 a 12 SM

Escolaridade: superior completo

Estado civil: casado

Categoria funcional: Técnico administrativo do nível médio

Entrevistado nº 4 (Camiro)

Idade: 49 anos

Sexo: masculino

Renda Familiar: de 3 a 6 SM

Escolaridade: médio completo

Estado civil: casado

Categoria funcional: Técnico Administrativo de nível médio

Entrevistado nº 5 (Acidália)

Idade: 50 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: de 3 a 6 SM

Escolaridade: médio completo

Estado civil: casado

Categoria funcional: técnico administrativo de nível médio

Entrevistado nº 6 (Adrastéia)

Idade: 45 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: de 1 a 3 SM

Escolaridade: fundamental completo

Estado civil: casada

Categoria funcional; técnica administrativa de nível de apoio

Entrevistado nº 7 (Agláia)

Idade: 47 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: 1 a 3 SM

Escolaridade: médio completo

Estado Civil; casado

Categoria funcional: técnico administrativo de nível médio

Entrevistado nº 8 (Alana)

Idade 34 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: 3 a 6 SM

Escolaridade: superior completo

Estado civil: solteira

Categoria funcional: técnico administrativo nível médio

Entrevistado nº 9 (Alcídia)

Idade: 67

Sexo: feminino

Renda familiar: 3 a 6 SM

Escolaridade: fundamental incompleto

Estado civil: divorciada

Categoria funcional: técnico administrativo nível de apoio

Entrevistado nº 10 (Aldora)

Idade: 69 anos

Sexo: feminino

Renda Familiar: 1-3 SM

Escolaridade: fundamental completo

Estado civil: outro

Categoria funcional: técnico administrativo nível de apoio

Entrevistado nº 11 (Almada)

Idade: 56 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: 6 a 9 SM

Escolaridade: médio completo

Estado civil: outro

Categoria funcional: técnico administrativo nível médio

Entrevistado nº 12 (Altevíra)

Idade: 46 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: 3 a 6 SM

Escolaridade: médio incompleto

Estado civil: casada

Categoria funcional: técnico administrativo nível médio

Entrevistado nº 13 (Alípia)

Idade: 48 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: 3 a 6 SM

Escolaridade: fundamental completo

Estado civil: casada

Categoria funcional: técnico administrativo nível de apoio

Entrevistado nº 14 (Cipriano)

Idade: 44 anos

Sexo: masculino

Renda familiar: 3 a 6 SM

Escolaridade: fundamental incompleto

Estado civil: casado

Categoria funcional: técnico administrativo nível de apoio

Entrevistado nº 15 (Cinara)

Idade: 46 anos

Sexo: feminino

Renda familiar: 1 a 3 SM

Escolaridade: fundamental completo

Estado civil: casada

Categoria funcional: técnico administrativo nível de apoio

Entrevistado nº 16 (Ciríaco)

Idade: 50 anos

Sexo: masculino

Renda Familiar: de 3 a 6 salários mínimos

Escolaridade: médio completo

Estado Civil: casado

Categoria funcional: Técnico Administrativo de Nível Médio

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS (n=16)

ENTREVISTADO	IDADE	SEXO	RENDA FAMILIAR (SM)**	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	CATEGORIA FUNCIONAL
Acidália	50	F	3-6	Médio Completo	Casada	Téc.Adm.*** Nível Médio
Adrastéia	45	F	1-3	Fundamental Completo	Casada	Téc.Adm.*** Nível Apoio
Aglaia	47	F	1-3	Médio Completo	Casada	Téc.Adm.*** Nível Médio
Alana	34	F	3-6	Superior Completo	Solteira	Téc.Adm.*** Nível Médio
Alcídia	67	F	3-6	Fundamental Incompleto	Divorciada	Téc.Adm.*** Nível Apoio
Aldora	69	F	1-3	Fundamental Completo	Outro	Téc.Adm.*** Nível Apoio
Alípia	48	F	3-6	Fundamental Completo	Casada	Téc.Adm.*** Nível Apoio
Almada	56	F	6-9	Médio Completo	Outro	Téc.Adm.*** Nível Médio
Altevira	46	F	3-6	Médio Completo	Casada	Téc.Adm.*** Nível Médio
Basileu	49	M	3-6	Superior Completo	Casado	Téc.Adm.*** Nível Médio
Belefonte	39	M	3-6	Superior Incompleto	Solteiro	Téc.Adm.*** Nível Médio
Bianor	43	M	9-12	Superior Completo	Casado	Téc.Adm.*** Nível Médio
Camiro	49	M	3-6	Médio Completo	Casado	Téc.Adm.*** Nível Médio
Cinara	46	F	1-3	Fundamental Completo	Casada	Téc.Adm.*** Nível Apoio
Cipriano	44	M	3-6	Fundamental Incompleto	Casado	Téc.Adm.*** Nível Apoio
Ciríaco	50	M	3-6	Médio Completo	Casado	Téc.Adm.*** Nível Médio

Obs: * - salário mínimo

** - técnico administrativo

4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Distribuição das categorias para análise dos depoimentos dos entrevistados

CATEGORIAS

1. Presteza/Satisfação
2. Comunicação e Informação
3. Qualidade do Serviço/Perspectiva
4. Eficiência/Desempenho
5. Acolhimento

CATEGORIA 1 : Conceito Pessoal de Presteza e Satisfação

Nos depoimentos dos entrevistados percebe-se uma avaliação positiva na maioria dos relatos. O conceito de satisfação transcende a uma dimensão quase filosófica. Para o cliente existem dois conceitos de satisfação: a específica que ocorre na hora do atendimento e a acumulada (MILAN ET AL, 2008).

Para Oliver (1996) existe uma relação entre qualidade do serviço e a satisfação do cliente, embora a presença da qualidade pode não gerar satisfação. Na opinião de Beber e Rossi (2006), aquele quesito que gera satisfação não é o mesmo que gera a insatisfação. O autor cita como exemplo o atributo “cortesia” que quando positivo gera satisfação e quando não aplicado adequadamente gera insatisfação.

Existem autores para os quais a satisfação, sob a ótica da psicologia econômica, tem uma significação subjetiva de bem-estar (VAN RAAIJ, 1981).

As respostas dadas pelos entrevistados sobre essa categoria foram:

“as vezes que precisei sempre fui bem atendido. Posso dizer que fico satisfeito com o atendimento” (Basileu)

“para mim o atendimento foi bom. Fiquei satisfeito pois atendeu os meus desejos” (Belerofonte)

“acho bom. Fiquei muito satisfeito com atendimento que eu tive” (Bianor)

“todas as vezes que eu vim ao ambulatório do servidor eu fui bem atendido e sempre fico satisfeito” (Camiro)

“Olhe eu acho muito bom. Ah estou sim satisfeita com o atendimento que eu recebo. Toda vez que eu vou lá eu sou muito bem atendida. Quando eu chego as meninas me atendem. Eu não espero muito” (Alcídia)

A partir da sexta entrevista as respostas passaram a se repetir mesmo com os entrevistados usando outras palavras para se expressarem.

CATEGORIA 2: Comunicação e Informação

A comunicação é um fator estratégico para o sucesso de um serviço pois se configura como fundamental para os objetivos da instituição, como um fator humanizador e também serve para a integração do serviço com os seus usuários (MARCHIORI, 1993).

Para Damante (1999) relacionar a qualidade do serviço com o processo de comunicação é uma coisa intangível. Mas, segundo a autora, muitas ações positivas de uma instituição não seriam efetivadas sem uma comunicação bem feita. Atualmente para que uma organização seja considerada moderna é necessário que se reveja os conceitos de gestão e aprimore-se os processos de comunicação.

Não é fácil avaliar o retorno da utilização da comunicação como fator estratégico mas a sua utilização como ferramenta de gestão é uma tendência das organizações nos últimos anos (TORQUATO, 1998).

A comunicação para ser eficaz implica na existência de um emissor e de um receptor. Deve existir uma constante mudança que relacione os dois lados do processo comunicativo. Na visão de McQuail (2003) a comunicação pode ser considerada uma ação, uma interação ou uma reação.

No caso do Ambulatório do Servidor observa-se que não há uma divulgação do seu funcionamento de um modo institucional. Nota-se, entretanto que as informações a respeito desse setor do Hospital Universitário Wálter Cantídio são dadas pelos próprios servidores que experimentam ou experimentaram os serviços prestados pelo ambulatório. Isso pode ser uma forma de o usuário interagir com outro, democratizando as informações.

Sennett (1999) no livro de sua autoria *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade* diz que:

A crença hoje predominante é que a aproximação entre pessoas é um bem moral. A aspiração hoje predominante é de se desenvolver a personalidade individual através de experiências de aproximação e de calor humano para com os outros. O mito hoje predominante é que os males da sociedade podem ser todos entendidos como males da impessoalidade, da alienação e da frieza. A soma desses três constitui uma ideologia da intimidade: relacionamentos sociais de qualquer tipo são reais, críveis e autênticos, quanto mais próximos estiverem das preocupações interiores psicológicas de cada pessoa. Essa ideologia transmuta categorias políticas em categorias psicológicas (SENNETT: 1999, p. 317).

Nesta pesquisa todos os entrevistados responderam com praticamente as mesmas palavras, o quesito que indagava “Como você tomou conhecimento da existência do ambulatório do Servidor?”. Aqui pode-se considerar uma saturação teórica, tendo em vista que todos os entrevistados deram a mesma resposta na essências de suas falas.

“acho que foi por informação dada pelo pessoal que trabalha comigo. Muitos colegas utilizaram esse serviço antes de mim” (Basileu)

“foi através de meus colegas de trabalho”. (Belerofonte)

“através dos colegas que trabalham comigo no meu setor” (Bianor)

“foi por informação dada pelos colegas de trabalho” (Camiro)

“fui informada por outro servidor colega aqui do trabalho” (Adrastéia)

Para Denzim, citado por Fontanella et al,(2008) na pesquisa qualitativa a amostra pode ter seu tamanho reduzido em relação ao dimensionamento calculado inicialmente quando se tem uma saturação teórica. O pesquisador avaliou a ocorrência de repetição das falas nas respostas dadas. (DENZIM. 1994).

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco

acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. Esta conotação/definição já vinha presente no texto que parece ter inaugurado o uso da expressão saturação teórica.

CATEGORIA 3: Qualidade do Serviço/Perspectiva

Este trabalho não teve o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Ambulatório do Servidor, mas, queria saber a opinião dos usuários a respeito da existência de fatores que podem prejudicar o bom desempenho do setor.

Nos serviços de saúde a qualidade é avaliada considerando os seguintes aspectos: atendimento a requisitos básicos de segurança e de processos que garantam a conformidade do atendimento (DONABEDIAN, 1994).

Para o francês Teboul (1991) o investimento na qualidade do serviço significa a aplicação de recursos na aquisição de conhecimentos.

Conforme documento emitido pela *American Society for Quality Control* em 2006: qualidade é igual ao somatório dos aspectos e das características do serviço que proporcionam a satisfação de necessidades expressas ou implícitas (ASQ, 2006).

Os entrevistados se manifestaram assim quando indagados sobre o que poderia ser melhorado no Ambulatório do Servidor.

“pensando bem talvez fosse necessária uma melhor divulgação, pois ainda tem gente que não conhece este serviço. Eu acho que só sabem da existência do ambulatório quando outros colegas falam a respeito” (Basileu)

“se fosse possível era bom utilizarmos a internet para marcar as consultas. Isso evitaria pegar filas e também ter que sair do setor de trabalho pois pra mim são saídas desnecessárias” (Belerofonte)

“acho que poderia ser oferecido mais especialidades embora eu não tenha precisado, mas já escutei as pessoas se queixando disso” (Bianor)

“demora muito a volta da gente para continuar o tratamento. Não sei se isso pode ser melhorado se pudesse seria muito bom” (Camiro)

“pra mim o que precisa ser melhorado é que os médicos cheguem no horário. Tem vezes que o médico não vai e a gente fica sem atendimento. Pra mim isso devia ser melhorado” (Acidália)

“muito gente pra pouco médico. A demanda é muito grande. Se tivesse mais médico seria melhor” (Adrastéia)

“um local mais amplo e que também tivesse mais médicos principalmente dermatologista pois só existe um” (Agláia)

“Pra mim tudo está bom não é, nem precisa melhorar nada não, pra mim está bom o que eu procuro tem lá eu acho que não gostaria de mudar nada não” (Alcídia)

“Podia ter mais medico porque o que eu não gostei foi que lá não tinha tratamento pra mim”. (Aldora)

“Ah já é bom mas pra ficar melhor tinha que mudar alguma coisa. Botar mais medico” (Almada)

O que se destaca nas falas dos entrevistados, no que concerne a categoria “Qualidade do Serviço/Perspectiva” é a reivindicação por mais médicos, ou por uma agenda que contemple um maior número de consultas em relação ao horário de funcionamento do ambulatório do servidor. Esse ponto pode ser avaliado pela direção do setor e discutido com a equipe, embora o atendimento da solicitação, de dispor de mais profissionais de medicina, e, conseqüentemente ofertar mais consultas depende diretamente de uma política de pessoal da UFC.

CATEGORIA 4: Eficiência/Desempenho

A noção de desempenho e a compreensão do seu significado são muito importantes para a gestão de organizações de qualquer tipo. O conceito de desempenho é bastante complexo e por isso é praticamente impossível medir esse parâmetro. A literatura ressalta a natureza paradoxal do tema afirmando que uma organização pode ter ao mesmo tempo um bom desempenho e um desempenho insatisfatório dependendo dos critérios adotados. No caso das instituições de

assistência à saúde a mensuração do desempenho fica ainda mais difícil tendo em vista a natureza do serviço e dos processos utilizados.

“eu consegui sempre que necessitei, pois procuro primeiro as amizades que eu tenho dentro do hospital. Pois então é assim que consigo a consulta. Isso facilita muito as coisas pra mim” (Basileu)

“não achei fácil não pois tive que pegar ônibus e quando cheguei tinha muita gente esperando para ser atendido” (Belerofonte)

“sim não vi dificuldade para marcar a consulta. Eu fui pessoalmente marcar a consulta”
(Bianor)

“marquei com facilidade. Eu telefonei para uma pessoa amiga que trabalha no hospital e consegui marcar a consulta com tranqüilidade. Em outras vezes tive que marcar pessoalmente” (Camiro)

“sim. No meu caso foi só ligar e marcar” (Acidália)

“consigo e marco a consulta por telefone” (Adrastéia)

“sim sem dificuldade. Sempre faço pelo telefone” (Agláia)

“não é difícil não porém o atendimento no local, por conta de demanda fica demorado”
(Alana)

“eu marco assim de uma semana pra outra. Ou então eu marco na semana que eu não estou trabalhando. Olha é assim eu tenho acompanhamento com a Dra, Matilde porque eu tenho pressão alta. Tem dia que é assim eu marco: aí eu saio e depois de meia hora eu já volto porque já deve ta perto, porque é assim a Dra, Matilde chega as 9 e meia e eu marco as 8 e meia.”
(Alcídia)

“È muito fácil, por exemplo, agora se eu quiser marcar eu posso ir marcar e já ser atendido, eu vou lá posso marcar porque sempre tem um doutor lá pra atender” (Aldora)

“É não é muito difícil não, até que a gente marca na hora que precisa, as vezes custa um pouco mas também né... sem pagar nada o que a gente quer” (Almada)

“eu marco fácil as vezes quando chega a hora da consulta tem muita gente esperando e aí demora um pouquinho” (Altevira)

Para Magalhães (2004) mais de 60% dos usuários do serviço público de saúde reclamam da demora no atendimento. Ibanez et al. (2006) em seus estudos afirmam que a espera prolongada se torna motivo de reclamação por parte de usuários dos serviços de saúde.

No caso dos servidores da UFC usuários do ambulatório do servidor a demora do atendimento não foi realçada nas entrevistas e esse fato contribui para elevar o grau de satisfação com o serviço.

CATEGORIA 5: Acolhimento

Para Acúrcio & Guimarães (1996), acessibilidade é a capacidade de se obter o cuidado com a saúde no momento em que se necessita, de modo fácil e conveniente.

Adami (1993) baseado em estudos anteriores aponta os seguintes fatores para um acolhimento ideal, que são: 1. Caminhada de no máximo trinta minutos para o usuário chegar ao posto de serviço; 2. Custo do transporte coletivo para o deslocamento e 3. Tempo de espera para o atendimento. Para Merthy et al. (1994) o acolhimento pode ser descrito como a humanização das relações entre os usuários e o serviço de saúde.

O acolhimento ao usuário evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade ao serviço médico. Serve de parâmetro nos questionamentos sobre a qualidade do serviço possibilitando a captação de possíveis ruídos entre o usuário e os trabalhadores do setor (FRANCO ET AL. 1999).

Segundo Matumoto (1998) o acesso aos serviços de saúde pode ser definido como: “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”(MATUMOTO, 1998, p.17)..

“como já falei para marcar a consulta vai tudo bem pois recorro aos amigos. No dia da consulta a pior coisa que eu acho é a demora no atendimento. Essa demora é intensa e a gente precisa de muita paciência” (Basileu)

“na marcação não gostei. Achei muito precária. No dia da consulta se não fosse a demora que a gente passa sentado em bancos desconfortáveis o resto foi tudo bem”

(Belerofonte)

“fui bem atendido pelo pessoal que marca as consulta e também fui bem atendido no dia que fui me consultar” (Bianor)

“fui muito bem atendido quando fui marcar e também no dia da consulta” (Camiro)

“muito bem. As colegas que atendem são atenciosas e os médicos são maravilhosos. No dia da consulta sempre sou bem atendida” (Acidália)

“fui bem atendida. No dia da consulta também fui bem atendida dentro do consultório”

(Adrastéia)

A partir da sétima entrevista as respostas ficaram repetitivas com um discurso semelhante, que afirmava o bom atendimento no Ambulatório. Ficou explicitado nas falas dos entrevistados que eles se sentem muito bem acolhidos no ambulatório.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Através do perfil sócio-demográfico foi verificado que a totalidade dos entrevistados pertence à categorias funcionais de nível médio e nível de apoio. Isso corrobora com o que foi verificado pelo pesquisador quando chefiava o serviço de manutenção da UFC, deixando claro que esses dois segmentos de servidores carecem de programas de assistência à saúde, em função de suas condições sócio-econômicas, que permitam uma vida digna e com saúde, e, assim produzirem seu trabalho com plenitude.

Quanto ao grau de satisfação verificou-se que a maioria dos usuários está satisfeita com o atendimento dispensado pelo Ambulatório do Servidor do Hospital Universitário Wálter Cantídio.

As reclamações externadas se referem principalmente à demora no atendimento pelo médico. Talvez isso seja minimizado com um maior compromisso por parte dos profissionais que atendem no ambulatório.

As reivindicações dos usuários no que se refere ao que pode ser melhorado foram diversas tais como: modernização tecnológica, maior número de profissionais de medicina para reduzir a espera pela consulta.

Na observação direta realizada pelo pesquisador o que mais despertou atenção foi o local onde funciona o ambulatório. As instalações físicas não parecem adequadas para as atividades ali desenvolvidas devido principalmente as reduzidas dimensões existentes nos ambientes. Também se ressentiu de sistemas arquetônicos que facilitem a exaustão e a circulação do ar.

A satisfação do usuário é um item muito importante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Recomenda-se então que para que a pesquisa surta efeitos positivos que ela tenha um prosseguimento com a realização de outra pesquisa semelhante que abranja outros segmentos da população usuário dos serviços prestados pelo ambulatório do Servidor. Neste caso a pesquisa deve trabalhar com os empregados terceirizados, os inativos e os dependentes.

Também se sugere que seja feita outra pesquisa para avaliar a qualidade do serviço desenvolvido no Ambulatório do Servidor com um tipo de abordagem quantitativa utilizando-se os indicadores descritos por Donabedian (1988).

Ficou evidenciado na pesquisa que o Ambulatório do Servidor contribui substancialmente com o acesso dos servidores da UFC ao Sistema Único de Saúde

minimizando e também eliminando alguns percalços que a população enfrenta para conseguir um atendimento médico nas unidades de saúde pública.

Ficou evidente também a necessidade de um compromisso mais acentuado por parte dos profissionais que realizam as consultas, uma vez que a manifestação de insatisfação diz respeito ao tempo de espera pelo atendimento do médico no dia da consulta o que, de uma forma ou de outra, prejudica a boa imagem do ambulatório e da instituição.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L. & SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, 33:50-53. 1991.

ACURCIO, F. A. & GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 12:233-242. 1996.

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, 12:82-86. 1993.

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 8. n. 4, p. 47- 55, maio / dez. 1995.

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis:Vozes, 1995.

AGUIRRE-GAS, H. Evaluacion de la calidad de la atencion medica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades medicas. *Salud Publica de Mexico*, 32:170-180. 1990.

AKERMAN, M.; NADANOSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, out. / dez 1992.

ALMEIDA, M. F. *O Uso da Declaração de Nascido Vivo na caracterização dos Partos Hospitalares*. Informe Demográfico - Nascer Aqui Nº 29. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 1995.

ALMEIDA, E. In: WESTPHAL, M.F. Políticas e organização do sistema de saúde; antecedentes, reforma sanitária e o SUS. Gestão de serviços de saúde. EDUSP, 2001.

ANDRADE, M. M. *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ARBBER, S.; COOPER, H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine* 48:61-76. 1999.

ARENDT, Hannah. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – série técnica. Brasil, SAS, OPAS/OMS, 2003.

BEBER, S.J.N.; ROSSI, C.A.V. Estudo da insatisfação do consumidor nos serviços prestados por assistências técnicas autorizadas de automóveis. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 10, n. 2, Jun 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000200003&lng=en&nrm=iso>. acesso on 10 mar 2009.

BECKER, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. 117p. (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001.

BEST, J. W. Como investigar em educación, 2ª. Ed. Madrid: Morata, Capítulo 7.1972.

BLEICHER, L. Saúde para todos já. Salvador: Étera, 2003.

BERLINGUER, G. Ética da Saúde. São Paulo; Hucitec, 1996. 136p.

_____. O direito a vida e a ética da saúde. Lua Nova, 30: 121-143.

BLEUEL, B. Customer Dissatisfaction and the Zone of Uncertainty. The Journal of Services Marketing. v. 4, n. 1, winter/1990. Disponível em <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do;jsessionid=811C949403625C35EA356EA9DE9BCC47?contentType=Article&hdAction=lnkpdf&contentId=855616&history=true>. Acesso em: 12 jun 2009.

BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal. 1984.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.

_____. Ministério da Saúde. 1991. Lei Orgânica da Saúde. 2 ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social.

_____. Ministério da Saúde. Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final, Brasília, 1987.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/l8080.htm> Acesso em: 17 jul 2009.

_____. Ministério da Saúde. Anais da 12^a. Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf> Acesso em: 17 jul 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Satisfação dos Usuários em Três Unidades de Atenção à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: http://www.fiocruz.br/media/relatorio_final Acesso em 10 jul 2009.

_____. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. V.18, p.139-151,2002,suplemento.

BRIONES, G. *Tipos de Investigaciones y de Diseños Tradicionales*. Bogotá: ICFES, 1988.

BRUCE J. *Fundamental elements of the quality of care: a simple framework*. *Stud Fam Plann*. 1990;21:61-91.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163–177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: FREITAS, Carlos Machado de; CZERESNIA, Dina. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 174p.

CAMPOS, J.Q. *Políticas e Sistemas de Saúde*. São Paulo; Editora Jotacê, 1993.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.2, São Paulo, abr. 1997.

CARÂP, L. J. A satisfação do usuário com a meta da gestão pela qualidade total: qual sua real dimensão nos serviços de assistência médicos hospitalar; a experiência do Hospital Orêncio de Freitas. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1997.

CHAVEZ, M. R.; MARTINEZ-NARVAEZ, G.; CALVO-RIOS, J. M.; AGUIRREGAS, H.; ARANGO-ROJAS, R.; LARA-CARREÑO, R.; CAMINOS-CHAVEZ, M. I.; ORTIZ-SOLALINDE, G.; UGALDE-GRAJEDA, E. & HERRERA-LASSO, F. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades medicas del sector salud. *Salud Publica de Mexico*, 32:156-169. 1990

CHIAVENATO, I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COHN, A; ELIAS, PE *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. Cortez, São Paulo, 1996.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA D.; Freitas C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39 – 53.

DAMANTE, N. Boa comunicação interna é vantagem competitiva. *Comunicação Empresarial*. Ano 9, n. 32, 3o. trimestre, 1999.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260:1743-1748. 1988. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/search?> Acesso em: 10.06.2009.

_____ *Evaluacion de la Calidad de la Atencion Medica. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antologia*. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud (Publicacion Cientifica, 534). 1992.

DORNELLES, J. R. W. O que são Direitos Humanos? São Paulo, Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1989.

ECHEBURÚA, E. Vencendo a timidez. São Paulo: Mandarim. 1997.

ESCOREL, S. Saúde: Uma questão nacional. In TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma sanitária; em busca de uma teoria*. 2ª. Edição. São Paulo; Cortez, 1995. p. 181-192.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1.267–76, 2006

_____ Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2009 disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413- acesso em 20 mar 2009.

EUZÉBY, C. A Inclusão Social: Maior desafio para os sistemas de proteção social. In: SPOSATI, Aldaíza (Org.). *Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. 1ª. Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2004, p 33-55.

FAVARET, A. C. S. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciênc.saúde coletiva*. [online]. 2003, vol. 8, no.2, p. 371-378. Disponível em: <Erro! A referência de hiperlink não é válida.> acesso em: 20 fev 2009.

FAVERET, P; OLIVEIRA, PJ. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema Único de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 3:139-162, jun 1990, IPEA.

FLEURY, S.M. A análise necessária da reforma sanitária da reforma sanitária. *Saúde em debate*, Londrina (Paraná), out 1998.

_____. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. *Saúde em debate*, Londrina (Paraná), jun 1991.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2004

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E., O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:345-353. 1999.

FREITAS, C.M. A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

GHIGLIONE, R. & MATALON, B.. O inquérito: Teoria e Prática. Ed. Celta. 336 p. São Paulo, 1997.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(3):825-829. 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ acesso em 15 ago. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015>

GOODE, W.J., HATT, P.K. Métodos em pesquisa social. 3ed.. São Paulo: Nacional, Capítulos 9 a 13, 16 e 17. 1999.

HPA - HEALTH PROMOTION AGENCY FOR NORTHERN IRELAND. *What is Health Promotion*, 2004. Acesso em: 20 nov. 2008.

IBANÉZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006

IBGE. Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde-1998. Rio de Janeiro - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico; Censo 2000- [CD ROM] 2001.

JESSEE, W. F. Garantia de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. *Salud Publica de Mexico*, 32:131-137. 1990

KAHN, R.L; CANNEL, C. E.: "Entrevista: investigación social". En ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS SOCIALES, Madrid, Aguilar, 1976, vol. 4, págs. 266-276.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 3, p. 623-628, 1998.

LACAZ FAC. *Saúde do Trabalhador: um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento sindical*. Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1996. Campinas. 435 pp.

LAURELL AC 1991. Trabajo y salud: estado del conocimiento, pp. 249-339. In S Franco, ED Nunes, J Breilh e AC Laurell (orgs.). In *Debates en Medicina Social*. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 92) pp. 249-339. OPAS-ALAMES, Quito.

LAURENTI R.; MELLO-JORGE, MHP.; Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:35-46.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C.V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.445-450, 2001.

MAGALHÃES, M. S. Avaliação da assistência fisioterapêutica sob a ótica do usuário. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p.350-356, 2004.

MATUMOTO, S. O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1998.

MCQUAIL, D. Teoria da comunicação de massas. Lisboa: Fundação Colouste Gulbenkian, 2003.

MARCHIORI M. Cultura e Comunicação Organizacional. Londrina, Difusão Editora, 2006

MILAN, G.L.; BRENTANO, J.; TONI, D. A Qualidade Percebida dos Serviços Prestados por uma Agência de comunicação e a Satisfação de Clientes: um estudo exploratório. In: *Revista Brasileira de Gestão de Negócios* vol. 10, n.26, p.17-26, jan/mar 2008 Disponível em: <http://200.169.97.104/seer/index.php/RBGN/article/view/201/108>. Acesso em 15 jun 2009.

MINAYO, M.C.S; COIMBRA, J.R.C.E. A, Abordagens Antropológicas em Saúde. Número temático. *Cadernos de Saúde Pública*. Volume 9 (3). 1993.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, (3), p. 239-262, jul/set. 1993.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; NETO, C.; GOMES, R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ. Vozes, 3º ed., 1994.

MOTTA, J. I. J. O Processo Saúde/Doença. In TEIXEIRA, P.(Org.) Curso de Aperfeiçoamento em Biossegurança On-line. Rio de Janeiro: Educação a Distância EAD/ENSP, 2000. Unidade II. Módulo 7

NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: Radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

NEGRI, B.; VIANA, A.I. (Orgs.). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/Cealag., 2003.

OLIVEIRAS, C. G. Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1992. 36p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.20).

OLIVER, S. Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer. McGraw-Hill, New York. 1996.

PÁDUA, E.M.M. Metodologia da pesquisa: abordagem teórica-prática. 2ª ed. Campinas, SP: Papirus Editora, 1997

PARASURAMAN, A; BERRY, L. Serviços de marketing: competindo através da qualidade. São Paulo: Maltese, 1992.

PEREIRA, M.K. O Lugar do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência dos Tribunais Portugueses. Uma Perspectiva Metodológica, *Working Paper*, Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa nº 4, 2002.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação e utilização*, Artmed, São Paulo, 2004.

PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

RIBEIRO, H.P. O hospital: história e crise. São Paulo; Cortez, 1993. 135p.

RICHARDSON, R. J. et al. Pesquisa Social. Métodos e Técnicas. 3ªed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. 1 ed. São Paulo. UNESP – HUCITEC – ABRASCO, 1994. 423P.

SENNETT, R. *O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras. 1988.

SHEIHAM, A. Mudança necessária na política de saúde bucal brasileira: "o pulo do gato". Jornal do Site Odonto, n. 45, nov. 2001. Acesso em 14 fev. 2009.

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

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354 – 1360, set./out. 2004.

STEVENSON, W.J. *Estatística Aplicada à Administração*. São Paulo: Harbra, 1986.

TEBOUL, J. *Gerenciando a dinâmica da qualidade*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1991

THOMAS, L.H.; BOND, S. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. *Int. J. Nurs. Stud.*, v.28, n.4, p.291-314, 1991.

TORQUATO, G. A evolução de uma ferramenta estratégica. In PERISCINOTO, Alex et al. *Estudos Aberje 1*. São Paulo: Aberje, 1998

TRAVASSOS, C.; SAWYER, D.; CUNHA, EMGP.; VIACAVA, F.; BARRO, A. . Análise de resultados. In *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde*. IBGE, Rio de Janeiro. 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994.

TURATO, E. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VAN RAAIJ, W. F. Economic psychology. *Journal of Economic Psychology*, n. 1, p. 01-24, Mar. 1981. Disponível em: http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505589/description#description. Acesso: 10 jun 2009.

VASCONCELLOS, L.C.F. *Negociação coletiva em saúde do trabalhador. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde como Estado Participante*. Rio de Janeiro, jun. 1995. Trabalho elaborado para o Fórum Permanente do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador.

VELAZQUEZ, H. A. Desarrollo de instrumentos de medición para la evaluación de servicios médicos. In: *Seminario de Investigación de Servicios de Salud* (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología □ Secretaria de Salubridad y Asistencia, org.), 2ª ed., pp. 90-102, Queretaro: Memorial Queretaro. 1978.

VERGARA, S.C. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e Federalismo: A Política de saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002; 7 (3): 493 a 507.

WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

WHO (World Health Organization) Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

WORTHEN, R. B.; SANDRES, J. R.; FITZPATRICK, J. L. Avaliação de programas: concepções e práticas. Tradução Dinah de. Abreu Azevedo. São Paulo: Gente, 2004.