



Universidade Federal da Bahia
Instituto e Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

O usuário e o julgamento dos serviços de saúde

Monique Azevedo Esperidião

Julho de 2009.



Universidade Federal da Bahia
Instituto e Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

O usuário e o julgamento dos serviços de saúde

Monique Azevedo Esperidião

Professora Orientadora: Lígia Maria Vieira da Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Julho de 2009.

O usuário e o julgamento dos serviços de saúde

Monique Azevedo Esperidião

Professora Orientadora: Lígia Maria Vieira da Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Data de aprovação: 21 de agosto de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Maria Andréa Loyola– IMS/UERJ

Jeni Vaitsman– ENSP/FIOCRUZ

Jairnilson Silva Paim – ISC/UFBA

Leny Alves Bomfim Trad- ISC/UFBA

Lígia Maria Vieira da Silva (orientadora) – ISC/UFBA

À memória de meu saudoso pai Sérgio, quem me transmitiu o amor pelo saber e o interesse pela vida universitária.

A minha querida mãe Cecília, também razão pela qual me encontro “neste mundo”.

*A meu grande amor, Flavinho,
Companheiro corajoso de todas as viagens.*

Aos queridos irmãos Andrei e Mile, pela presença constante e carinhosa.

Agradecimentos

São numerosos e grandes os reconhecimentos que tenho para com professores, colegas, familiares e amigos que de algum modo se envolveram na realização da tese, mas também com os entrevistados interessados em participar da pesquisa, dedicando-me seu tempo e atenção.

Muito especialmente, à querida Professora Lúcia, imagem do *habitus* do campo científico. Ser aluna e orientanda de Lúcia é um grande privilégio e tem produzido marcas duradouras, grandes aprendizados. Com profundo respeito, agradeço por tudo, pela sensibilidade e seriedade; atenção e compromisso; generosidade e carinho.

Ao querido mestre Professor Jairnilson Paim, pelo grande exemplo que é e também por seu olhar. Pela transmissão de entusiasmo, pelos ricos debates teóricos, pelas oportunidades e conversas, por não me deixar esquecer que a paixão/política motiva e movimenta as transformações do nosso campo e por insistir nos pontos radicais.

Un grand merci ao querido Professor Patrice Pinell, que me acolheu *chez des sociologues* no CSE/EHESS, oportunidade singular de estar com os “herdeiros de Bourdieu”, e discutir meu trabalho. Agradeço ao Professor Louis Pinto e à Monique Bidault pela recepção e atenção durante todo o estágio.

Agradeço às Professoras Leny Trad e Eliana Barbosa pelas colaborações importantes na qualificação do trabalho. À querida Leny, amiga de toda trajetória, pelas oportunidades, ensinamentos e projetos compartilhados.

Ao Professor Sebastião Loureiro com quem tive a honra de trabalhar. Ao Professor Jorge Iriart e à Professora Darci Neves pela atenção ofertada e diálogo com o Programa de Pós Graduação. Aos colegas e professores do ISC, em especial à Carmem. Às queridas colegas Gerluce, Sônia, Rosana, Alcione, Clélia e Sandra. À Anunciação, Néa, Ana Cristina, Thais, Clinger e Moisés pela gentileza.

À querida Isabela Pinto, em momentos distintos, expresso meu grande reconhecimento por sua compreensão e generosidade.

Ao Secretário Jorge Solla, minha admiração e gratidão pela compreensão e confiança. Às queridas amigas Marcelle Paim e Clarice Mota. Ao Alexandre Ramos, Gesilda Lessa e todos os colegas da Escola Estadual de Saúde Pública. À Vânia Alves por tantas conversas gostosas sobre os percursos de nossas teses.

Há ainda que manifestar o reconhecimento às instituições acadêmicas, como ao Instituto de Saúde Coletiva, à Universidade Federal da Bahia, à École des Hautes Études en Science Sociales e ao CNPq.

Ao querido Aurélio Souza por tantos momentos especiais.

A meus avôs e meus pais pelos seus exemplos de vida, meu orgulho. A todos de casa. Pela compreensão quanto aos afastamentos por ventura envolvidos na escrita da tese. À minha mãe, agradeço pela atenção carinhosa às necessidades. Aos meus amados irmãos Andrei e Milena. A meu querido avô Antonio e à minha vó Zú. Aos meus primos, tios, dindos, cunhados, meus queridos sogros, aos amigos de toda a vida.

Especialmente, a Flávio Oliveira, pelo seu amor, companhia, dedicação, incentivo, compreensão e apoio durante todo o trabalho, meu eterno reconhecimento.

Lista de Abreviaturas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Capes- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DATAUnB - Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FIOCRUZ -Fundação Oswaldo Cruz

HSE- Hospital dos Servidores do Estado

INCa- Instituto Nacional do Câncer-INCa

IPEAD- Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais

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

MS- Ministério da Saúde

PNASH- Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PSF- programa de Saúde da Família

SM- Salário Mínimo

SUS- Sistema Único de Saúde

UFBA- Universidade Federal da Bahia

USP- Universidade de São Paulo

A ciência mostrará que adotando tal posição, certa pessoa estará a serviço de tal Deus e ofendendo tal outro e que, se desejar manter-se fiel a si mesma, chegará certamente a determinadas conseqüências íntimas, últimas e significativas. Eis o que a ciência pode proporcionar, ao menos, em princípio. Se estivermos, portanto, enquanto cientistas, à altura da tarefa que nos incumbe (o que, evidentemente, é preciso aqui pressupor) poderemos compelir outra pessoa a dar-se conta do sentido último de seus próprios atos ou, quando menos, ajudá-la em tal sentido.

(Weber, 1966: 46).

Sumário

Apresentação	10
Artigo 1- A satisfação como imposição de problemática	14
Artigo 2- A quem interessa a satisfação de usuários? Uma análise dos produtores das pesquisas e seus espaços	81
Artigo 3- Distâncias sociais e o julgamento dos serviços de saúde	123

Apresentação

A experiência e percepção dos usuários em relação aos serviços de saúde têm sido registradas a partir de distintas abordagens: pesquisas antropológicas voltadas para as *representações sociais* dos usuários; estudos de abordagem psicológica sobre a relação médico-paciente; pesquisas opinativas e avaliação normativa; e estudos avaliativos a partir de indicadores como responsividade e satisfação do usuário. Estudos sobre acesso, acessibilidade e utilização também registram, por vezes, a experiência dos usuários e sua percepção sobre os serviços. Pesquisas com referenciais sociológicos, relativas à discussão sobre posição social, matrizes de percepção e práticas, são ainda incipientes.

Mas é, sem dúvida, a satisfação do usuário o modo mais freqüente de abordar a população, sendo adotado na prática de avaliação dos serviços de diversos países há pelo menos quatro décadas. Acadêmicos, profissionais de saúde, gestores e gerentes de serviços voltam-se para os usuários com a questão: “estão satisfeitos?”. Mas, o que se deseja saber com esta pergunta? E o que é respondido pela população? O que permanece como lacuna?

Defende-se nesta tese que a satisfação não é a categoria simbólica que estrutura as percepções dos grupos sociais no julgamento dos serviços de saúde. Mas, como categoria oriunda do meio empresarial inserida nas instituições governamentais de saúde, pode assumir conotação de interesse político, servindo para legitimar serviços e programas.

A tese foi construída por meio da articulação de três artigos. O movimento pretendido foi da evidência de problemas relativos à pergunta de satisfação à desconstrução da noção - o que implicou interrogar a gênese social desta prática - e posterior ensaio exploratório de hipóteses relativas aos processos sociais envolvidos no julgamento dos serviços. A pergunta central que motivou os três estudos relaciona-se com lacunas relativas à explicação da elevada satisfação de usuários reportada pela literatura nacional e internacional.

O primeiro artigo analisa comparativamente o julgamento de usuários sobre serviços da atenção básica do município de Salvador a partir de duas estratégias metodológicas distintas. Discute-se que a alta satisfação encontrada nos estudos corresponde a um artefato de pesquisa, sendo uma resposta forçada a uma imposição de problemática. Poderíamos dizer, como paráfrase bourdiesiana, *a satisfação não existe*.

O segundo interroga sobre interesses relativos aos estudos de satisfação, estudando especificamente a produção dos estudos publicados, identificando os agentes das pesquisas, o espaço ao qual pertencem, suas posições e capitais.

Finalmente, o terceiro artigo, afastando-se da noção de satisfação, analisa o julgamento dos serviços de saúde pelos usuários a partir de sua posição no espaço social. Partiu-se do pressuposto que o julgamento do serviço pelos usuários pode estar orientado por um *habitus* de classe e de campo. Analisa-se que o julgamento dos serviços é inseparável de um quadro de classes sociais e estilos de vida que o situe.

O referencial teórico que dá suporte às análises nos três artigos é a sociologia reflexiva de Pierre Bourdieu. Outros autores, parceiros em dado

momento de Bourdieu, serão referidos, mais particularmente, Patrick Champagne e Luc Boltanski, também teóricos da sociologia francesa contemporânea. Os trabalhos de Bourdieu tratam, em sentido largo, da sociologia da dominação. A oposição dominante/dominado é um recurso por ele frequentemente utilizado para analisar a estrutura de diversos campos como componentes do mundo social. Recuperamos estas idéias para abordar a relação pesquisador-entrevistado no primeiro artigo, bem como a relação médico-paciente no terceiro.

O conceito de capital cultural é fundamental para as análises formuladas. Nas sociedades ocidentais contemporâneas o capital cultural pode explicar muitas desigualdades relativas ao cuidado em saúde. O capital social e a rede de relações também se mostrou importante na escolha do médico. Outras categorias analíticas como capital econômico, origem e trajetória social, bem como *habitus* e campo são aplicados. O capital científico, próprio do campo científico, foi estudado em dois momentos: primeiro para a caracterização dos agentes produtores da pesquisa de satisfação (segundo artigo) e posteriormente, como *proxy* de capital cultural quando interrogamos professores universitários sobre suas experiências em relação aos serviços de saúde (terceiro artigo).

É importante expressar ainda o conceito de classe social ao qual a pesquisa está identificada. Toma-se como classe social o sentido que lhe foi atribuído por Bourdieu. Diferente da concepção marxista (classe como grupo mobilizado com propósitos comuns e em particular voltados contra a classe antagônica), Bourdieu considera que é a proximidade dentro do espaço social que engendra uma classe provável, nem sempre real. Assim o que existe é um espaço

social de diferenças, onde as classes existem virtualmente, como algo a ser construído (Bourdieu, 2005).

Os achados do presente estudo requerem, para ampliar sua validade, seu teste em amostras representativas da grande diversidade do espaço social brasileiro. O propósito de incorporar o ponto de vista dos usuários na gestão e na avaliação dos serviços de saúde não pode ser o espaço para o exercício de uma violência simbólica, ainda que bem intencionada. Transformar é operar rupturas com as práticas pré-existentes, mas também com as noções.

Notas

O projeto "Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia" (processo número CNPQ 401961/2005-2) bem como o projeto de tese que originou os três artigos foram aprovados pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador-BA (sob número CAAE 0001.0.069.000-08).

A tese foi normalizada a partir das regras de Vancouver. Tendo em vista publicação futura dos trabalhos, os artigos deverão ser formatados conforme padronização específica do veículo escolhido, bem como será ajustado o número de tabelas e quadros.

Artigo I

A satisfação como imposição de problemática

Sumário do Artigo 1

Resumo	16
Abstract	17
1. Introdução	18
2. Objetivos	23
3. Metodologia	23
3.1 <i>Hipóteses e referencias teóricos</i>	23
3.2 <i>Desenho do estudo</i>	26
4. Resultados e Discussão	30
4.1 <i>A posição social dos usuários</i>	30
4.2 <i>O inquérito nas unidades de saúde</i>	31
4.2.1 <i>Antes de consulta: expectativas quanto ao atendimento</i>	31
4.2.2 <i>A satisfação dos usuários e a percepção dos serviços</i>	32
4.2.3 <i>Distribuição quanto aos capitais</i>	32
4.2.4 <i>Análise das não-respostas</i>	33
4.2.5 <i>Comparação entre respostas abertas e fechadas</i>	35
4.3 <i>O estudo de caso e as entrevistas domiciliares</i>	36
4.3.1 <i>O uso do termo “satisfação”</i>	39
4.3.2 <i>As experiências negativas</i>	40
4.3.3 <i>Estratégias frente à falta de acesso</i>	42
4.3.4 <i>A importância da rede de relações</i>	44
4.3.5 <i>O espaço dos pontos de vista: interesses na produção do julgamento</i>	45
5. Considerações finais	52
6. Referências bibliográficas	55
Anexo 1- Quadros e Tabelas	61
Anexo 2- Instrumento de pesquisa (questionário)	75
Anexo 3- Roteiro de entrevista com profissionais	79
Anexo 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80

A satisfação como imposição de problemática

Resumo

O artigo pretende analisar comparativamente o julgamento de usuários sobre serviços da atenção básica do município de Salvador a partir de duas estratégias metodológicas distintas como forma de responder à questão sobre a elevada satisfação de usuários reportada na literatura especializada. Partiu-se do pressuposto que os estudos de satisfação de usuário apresentam uma formulação homóloga às sondagens de opinião, produzindo respostas forçadas, ou artefatos de pesquisa no sentido discutido por Bourdieu e Champagne. Dois modos distintos de abordagem ao usuário foram investigados: o primeiro deles consistiu em um inquérito em amostra de usuários da rede básica aos quais foi aplicado um questionário estruturado que interrogava sobre “expectativas” e a “satisfação” em situação de implantação ou não de projeto voltado para melhoria do acesso. A segunda abordagem correspondeu a um estudo de caso, realizado em uma unidade de saúde selecionada, a partir de entrevistas não dirigidas e realizadas nos domicílios. Os resultados do inquérito revelaram uma elevada satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde da rede básica de Salvador independente da situação de implantação do projeto e de seus resultados. O estudo de caso revelou diversas experiências negativas vivenciadas na unidade de saúde. Discute-se que a elevada satisfação parece corresponder simultaneamente à imposição de problemática por parte dos entrevistadores bem como resultado de um ajuste das necessidades às possibilidades.

Palavras-chave: Satisfação do Usuário. Avaliação em Saúde. Sondagens de opinião. Atenção básica.

Satisfaction as an imposition of problematic

Abstract

The article intends to analyze comparatively the judgment of basic attention users in the city of Salvador from two distinct methodological strategies as a form of answering the question of high levels of satisfaction reported in the specialized literature. It was established that user satisfaction surveys presents a homologous formulation with opinion searches, producing forced answers in the sense discussed by Bourdieu and Champagne. Two distinct ways of boarding the user has been investigated: the first one consisted of an inquiry with a structuralized questionnaire that interrogated the “expectations” and “satisfaction” with the implantation or not of a project witch aimed to improve the access. The second way corresponded to a case study, developed in a selected health unit with non-directed interviews in the domiciles. The results of the inquiry have reveled high satisfaction with the basic attention despite the project implantation and its results. The case study, otherwise, has showed a lot of negative experiences in the health unit. It is argued that the high satisfaction seems to correspond simultaneously to the imposition of problematic, on the part of the interviewers, as well as a result of an adjustment of necessities to possibilities.

Key-word: User satisfaction. Health evaluation. Opinion Search. Primary Health Care.

A satisfação como imposição de problemática

“Será legítimo fazer a seguinte distinção: esses determinados grupos de pessoas têm bons motivos para sua insatisfação, enquanto aquele outro não tem motivo nenhum para estar insatisfeito? Ou, esse determinado grupo de pessoas tem todos os motivos do mundo para estar insatisfeito, embora não esteja? Chegar à conclusão que determinadas necessidades são irracionais, nos autoriza negar reconhecimento a elas? Ou, ainda, podemos ordenar às pessoas que tenham ou não tenham algumas necessidades? É legítimo que digamos a alguém: você está satisfeito, embora devesse estar insatisfeito?” (Heller & Fehér).

1. Introdução

A incorporação da satisfação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde continua em expansão, apesar de repetidas críticas a respeito de fragilidades associadas a este tipo de estudo. Ware & Snyder (1975) foram os primeiros a apontar inconsistências teóricas e metodológicas. Trinta anos mais tarde, os mesmos problemas continuam sendo identificados (Turrís, 2005). Um conjunto de considerações acerca dos modelos conceituais e metodológicos encontrados na literatura internacional e brasileira sobre o tema foi sistematizado em trabalhos anteriores (Esperidião e Trad 2005; 2006).

Constata-se que a maioria dos estudos empíricos publicados, tanto no âmbito internacional (Guzik *et al.*, 2009; Estcourt *et al.*, 2009) como no Brasil, apresenta como resultado elevada satisfação dos usuários, independentemente da situação do serviço e da metodologia utilizada. Registra-se elevada satisfação, mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Os resultados estão associados a diversos desenhos de pesquisa e instrumentos e coleta de dados como o uso de grupos focais (Trad *et al.*, 2002), entrevistas em

profundidade (Zaicner, 2001; Gerschman *et al.*, 2007) e inquéritos (Gentil *et al.*, 2003; Silva *et al.*, 2004; Ventura *et al.*, 2004; Costa *et al.*, 2005; Oliveira *et al.*, 2006), conforme mostra algumas pesquisas nacionais.

Para explicar o fenômeno da alta satisfação, tem sido questionada a sensibilidade dos métodos em discriminar pacientes satisfeitos e insatisfeitos e a pertinência das dimensões selecionadas para o estudo da satisfação (Carr-Hill, 1992). Os estudos do tipo inquérito são os mais criticados, bem como perguntas dicotômicas sobre satisfação (Esperidião e Trad, 2005) e as abordagens diretas (Carr-Hill, 1992). Os instrumentos de satisfação geral, ou índices de satisfação global, também são tidos como possíveis geradores do fenômeno da alta satisfação (Leichner e Perrealut, 1990).

Refere-se ainda ao viés da aquiescência, relacionado à enumeração dos quesitos do questionário ou escala de satisfação (Locker & Dunt, 1978, Ross *et al.*, 1995). Destaca-se a tendência do usuário em concordar com o primeiro item da escala, independentemente do seu conteúdo, influenciando o nível de satisfação na ordem dos itens, ou seja, para mais, caso os itens estejam ordenados positivamente, ou para menos, na situação inversa (Ross *et al.*, 1995). Segundo alguns autores, esse viés é mais evidenciado entre os usuários mais idosos ou com menor renda (Ware *et al.*, 1983; Fitzpatrick, 1991, Ross *et al.*, 1995).

A relutância de usuários em expressar opiniões negativas, ou viés da gratidão (Owens & Bachelor, 1996; Avis *et al.*, 1997; Bernhart *et al.*, 1999), tem sido descrito como explicação para a alta satisfação. Normas de cortesia, como obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de saúde e

ao pesquisador) ou entender a crítica como comentário que demonstra inconveniência social podem estar associados ao padrão positivo das respostas de satisfação (Atkinson e Medeiros, 2009). A omissão de questionamentos e críticas negativas por parte dos usuários verifica-se com frequência na avaliação de serviços públicos bem como em situações onde o usuário tem grande afinidade com os provedores do cuidado, como em casos de pacientes internos (Bernhart *et al.*, 1999). Pugh *et al.* (2007) discutem ainda que a satisfação é maior em grupos “desempoderados”.

Há atualmente uma literatura crescente que sugere que expressões de satisfação podem não representar avaliações dos usuários (Williams, 1994; Owens e Bachelor, 1996; Williams *et al.*, 1998; Collins e Nicholson, 2002; Sofaer e Firminger, 2005) . Ou seja, a avaliação feita pelo usuário sobre o serviço não é descrita em termos de “satisfação” ou “insatisfação”. O termo “satisfação” não pertence ao repertório linguístico utilizado pelos usuários na avaliação de um serviço (Williams, 1994; Williams *et al.*, 1998; Collins e Nicholson, 2002), implicando na necessidade de investigação prévia sobre o entendimento do termo “satisfação” pelos usuários (Williams, 1994).

Diante da suposição que a expressão de satisfação não representa o modo como os usuários avaliam os serviços de saúde, alguns autores passaram a investigar como os usuários avaliam os serviços, identificando dispositivos cognitivos e afetivos relacionados ao processo de julgamento dos serviços (Owens e Bachelor 1996; Avis *et al.*, 1997; Williams, 1994; Williams *et al.*, 1998).

Segundo o modelo de Williams *et al.* (1998) os usuários avaliam os serviços de saúde por meio de dois processos: o primeiro relacionado à percepção sobre a

obrigação do serviço em atender ao problema de saúde e, o segundo, em caso de não cumprimento desta obrigação, se o serviço é culpado pela experiência negativa do usuário.

Para esses autores, a expressão de satisfação não necessariamente reflete uma avaliação positiva. Os pacientes sentem-se satisfeitos independentemente da boa qualidade do cuidado recebido e a insatisfação é manifesta apenas em eventos extremamente negativos.

A pergunta sobre porque pacientes mostram-se satisfeitos em unidades de saúde onde se sabe que a prestação de serviços é de baixa qualidade motivou o recente estudo de Aktinson e Medeiros (2009). As autoras investigaram como a satisfação é construída e se expressa, a partir da verificação de três pressupostos teóricos correntes na literatura: expectativas, dinâmicas contextuais e filtros mediadores (culpabilidade e obrigação). Para elas, a falta de informação (baixa expectativa) aliada à relutância em dar respostas negativas (elementos de dinâmica contextual) produzem uma elevada satisfação, como resposta artificial. Por sua vez, o conceito de filtros mediadores (derivado do modelo de Williams, 1998) propõe que os usuários constroem uma avaliação que considera aspectos bastante amplos, tal que o elevado nível de satisfação expresso, neste sentido, é real. A pesquisa assim reforça as teses vigentes quanto a baixas expectativas, a relutância em dar respostas negativas e avaliação em dois tempos (filtros).

Essas diversas hipóteses sobre as razões da elevada satisfação representam esforços importantes na desconstrução da “satisfação”. Contudo, com algumas exceções, partem do pressuposto da existência de uma opinião do usuário expressa em termos de insatisfação x satisfação como produto do

juízo dos serviços de saúde. Por outro lado, essas abordagens também não têm sido desenvolvidas ao interior de uma teoria do social capaz de articular as explicações parciais ou fornecer outras que façam sentido ao interior do espaço de utilização de serviços e práticas de cuidado, em situações e conjunturas determinadas.

As abordagens são do tipo cognitivistas, fazendo considerações sobre o modo como o usuário percebe o serviço (modelos mentais) sem o entendimento de como tais modelos de percepção são construídos. A explicação sobre os processos sociais envolvidos no juízo dos serviços ainda está por ser evidenciada¹.

Ainda, aspectos relativos ao interesse do pesquisador e dos vários agentes envolvidos na produção dos estudos bem como dispositivos relativos ao modo de interrogar o usuário não se encontram bem estabelecidos. Antes de contabilizar as respostas de satisfação, convém interrogar a própria pergunta. Devemos indagar por qual razão formulam-se tais perguntas e, o que ao certo, se pretende apreender por meio da pesquisa sobre a satisfação.

Por meio de uma analogia com as sondagens de opinião, pretende-se construir a hipótese de que a elevada satisfação reportada na literatura pode representar um artefato de pesquisa decorrente da resposta forçada a uma imposição de problemática (Bourdieu, 1973; Champagne, 1998). As respostas obtidas não são representações sociais ou percepções relativas aos serviços, mas, na maior parte das vezes, simples reações a uma situação de pesquisa.

¹ Algumas hipóteses serão desenvolvidas no terceiro artigo da tese.

2. Objetivos

Analisar comparativamente o julgamento de usuários sobre serviços da atenção básica do município de Salvador a partir de duas estratégias metodológicas distintas.

3. Metodologia

3.1 Hipóteses e referencial teórico

A imposição de problemática foi discutida por Bourdieu (1973) e Champagne (1998) como um fenômeno ligado às sondagens de opinião. As sondagens de opinião têm interessado à sociologia na medida em que estas se legitimaram no cenário político, ao se apresentarem como “uma aparência de ciência” (Champagne, 1998). Encomendadas pelas autoridades, as sondagens de opinião são realizadas para avaliar as opiniões dos cidadãos (intenção de voto, opinião sobre determinados problemas) e cumprem o papel de legitimar os pressupostos que supostamente verificam, formalizando o senso comum político (Champagne, 1998).

Bourdieu (1973) também se interessou pelos pressupostos e efeitos sociais das sondagens de opinião. Em artigo publicado em 1973, contestou três pressupostos ocultos das sondagens: o primeiro deles é o de supor que todas as pessoas têm opinião sobre todos os assuntos. O segundo, supor que todas as opiniões se equivalem e o último, o de que existe um consenso sobre os

problemas. Neste caso, observa-se que a mesma pergunta é feita a todos os entrevistados, o que segundo Bourdieu, implica a hipótese de existência de consensos sobre os problemas ali expostos; sobre a relevância dos problemas e sobre as perguntas que devem ser feitas.

Bourdieu (1973) observa que a análise científica das sondagens de opinião mostra que não existem problemas que se apresentem de igual modo para todos; não existem perguntas que não sejam reinterpretadas em função dos interesses ou dos não-interesses das pessoas para as quais são colocadas. Deste modo, segundo o autor, é fundamental indagar a qual pergunta as diferentes categorias de consultados acreditam responder.

O que o autor chama de *imposição de problemática* trata-se de um dos efeitos mais perniciosos da pesquisa de opinião, que “consiste precisamente em ordenar que as pessoas respondam a perguntas que não se colocaram ou, ainda, que respondam a uma pergunta diferente da pergunta colocada, sendo que a interpretação apenas registra o mal entendido” (Bourdieu, 1973: 141).

Assim, as problemáticas propostas pelas sondagens de opinião são problemáticas interessadas. Bourdieu (1973) considera que os interesses que sustentam essas problemáticas são interesses políticos, exercendo controle sobre a significação das respostas e sobre a significação dada à publicação das respostas. Isso implica a “ilusão” de que a opinião pública é a mera adição de opiniões individuais, que opinião pública seria a média das opiniões, ou opinião média, “recolhidas numa situação de isolamento na qual o indivíduo furtivamente expressa uma opinião isolada”, enquanto que, “em situações reais, as opiniões são forças e as relações entre as opiniões são conflitos de forças entre grupos”

(Bourdieu, 1973:140). Assim, defende que o efeito fundamental da pesquisa de opinião é transmitir a idéia de que existe uma opinião pública unânime constituída para legitimar uma política e reforçar as relações de força que a fundamentam (Bourdieu, 1973).

Bourdieu (1973), portanto, considera que a opinião pública “não existe”, na acepção que lhe dão os responsáveis pelas sondagens. Existiria, sim, um *artefato* produzido a partir de uma agregação estatística e por uma imposição de problemática, considerando que existe, “por um lado, opiniões mobilizadas, opiniões constituídas, grupos de pressão mobilizados em torno de um sistema de interesses; e por outro lado, disposições, isto é, a opinião no estado implícito, que por definição, não é opinião se com isso se compreende algo que pode ser formulado em discurso com uma certa pretensão à coerência” (Bourdieu, 1973: 151).

As sondagens sobre a satisfação dos usuários são similares às pesquisas de opinião. Apóiam-se numa filosofia implícita do registro do real, segundo o qual bastaria dar a palavra a uma amostra representativa de indivíduos e registrar suas respostas para conhecer e compreender o mundo social (Champagne, 1998). Caracterizam-se ainda por pesquisas de interesse político, tendo em vista determinar a opinião majoritária dos que são a favor ou contra determinado sistema, programa ou ação. O sofrer, a relação de dependência do usuário em relação ao médico e ao serviço são minimizados pelo interesse na validação da aprovação dos mesmos.

Assim, as respostas sobre a satisfação dependem, em parte, da forma como as questões são colocadas e dos interesses implícitos ao estudo. Afinal, é

possível manipular, de modo mais ou menos consciente, a formulação das questões-respostas para poder publicar “um bom número”, ou seja, aquele que corresponde ao melhor número desejado (Singly, 2005). Ignora-se que há provavelmente um grupo que oscila entre a aprovação e desaprovação dos serviços e, ainda, um grupo que não possui opinião sobre a questão, mesmo que disposições de classe, de algum modo, orientem a emissão de um julgamento.

3.2 Desenho do estudo

Com o objetivo de analisar aspectos ligados à construção social do julgamento e seus significados, foram estudados dois modos distintos de abordagem ao usuário. O primeiro deles, um inquérito tradicional, realizado entre usuários de uma amostra de unidades de saúde, com perguntas dicotômicas. Buscava-se verificar se os usuários, em uma situação onde havia um projeto de intervenção voltado para a melhoria da acessibilidade, percebiam aquelas mudanças, qual a sua expectativa e se estavam satisfeitos. O segundo, um estudo de caso, em uma unidade de saúde selecionada, a partir de entrevistas não dirigidas, em profundidade, realizadas nos domicílios.

O inquérito fez parte de um estudo voltado para a avaliação da efetividade da acessibilidade² de uma amostra de 710 pessoas, representativa dos usuários

² Projeto de pesquisa (financiado pelo CNPq) intitulado “Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia” que visou avaliar o Projeto “*Acolhimento e Melhoria da acessibilidade na rede básica de Salvador*” que tinha por objetivos: 1) extinguir as filas evitáveis; 2) melhorar a acessibilidade e a humanização do acolhimento ao usuário na unidade e 3) promover maior integração das equipes das unidades básicas de saúde, aumentando o seu envolvimento com o projeto. As atividades propostas para atingir os objetivos seriam, no primeiro estágio da

das unidades básicas de saúde de Salvador, entre unidades tradicionais e unidades de saúde da família.

O inquérito³, realizado no período de 10 de julho a 10 de setembro de 2006 em Salvador, selecionou como sujeitos da pesquisa usuários da atenção básica que demandaram consultas em clínica médica, pediatria, pré-natal realizado por médicos e enfermeiros ou atendimento odontológico. Foram preteridas do estudo as crianças menores de 12 anos e pacientes de saúde mental. Entre os usuários, foram selecionados de forma intencional homens, mulheres (planejamento familiar ou consulta clínica), idosos (> ou igual a 60 anos), mulheres menores de 60 anos de idade e acompanhantes de crianças.

As questões, fechadas e abertas, presentes no questionário (Anexo 1). Como parte do estudo maior (Vieira-da-Silva *et al.*, 2008) foram calculados o

intervenção, as seguintes: a) implantação de sistema permanente de marcação de consultas; b) marcação de consulta por telefone; c) criação de lista de espera para as consultas eletivas para auxiliar no processo de redefinição do fluxo; d) designação de um profissional de nível médio para recepcionar o usuário na unidade e e) criação de comissão de acolhimento composta por médicos e/ou enfermeiros para definição de prioridades de atendimento.

³ Para o cálculo amostral foram utilizados dados da Secretaria Municipal de Saúde referentes ao número total de consultas médicas produzidas em 2005 por unidade básica de saúde e por Distrito Sanitário. Para cada distrito foram sorteadas duas unidades segundo o tipo de unidade (unidade tradicional de saúde e unidade de saúde da família) e situação da implantação (implantado e não implantado), totalizando 48 estratos. A unidade de amostragem foi o posto de saúde e o respondente o usuário do SUS que frequenta aquele posto. Para a determinação do tamanho da amostra de usuários, foi utilizado: P= proporção de indivíduos que detectaram melhoria na acessibilidade do acolhimento (P=0,50); N=total de usuários que utilizaram os serviços do SUS em 2005 (N=806.122); d= erro amostral (d=0,02); Nível de confiança de 95% e percentil da distribuição gaussiana que corresponde o nível de confiança $1 - \alpha$, para hipótese bilateral. Deste modo, a amostra final foi estratificada em 02 níveis com 48 estratos. Foram selecionadas 24 unidades de saúde para os 12 Distritos Sanitários. Posteriormente foi incluída mais uma unidade de saúde, de modo que um dos Distritos possui 03 unidades na amostra. A amostra final de usuários era formada por 600 + 20% perdas (120) totalizando 720 usuários. Como cálculo final, houve posteriormente mais 10 perdas e o número final de usuários foi de 710.

capital econômico, capital cultural, capital cultural familiar, trajetória cultural, trajetória ocupacional e categoria sócio-ocupacional⁴.

As variáveis relativas à posição social (diversos tipos de capital e trajetórias) foram confrontadas com as variáveis: expectativa, satisfação, percepção da qualidade (pergunta sobre qualidade do tratamento) e percepção da resolutividade do problema. A expectativa foi aferida antes da consulta e as demais depois.

Para a realização do estudo de caso e análise em profundidade selecionou-se intencionalmente uma Unidade de Saúde da Família, avaliada com alta

⁴ As ocupações dos usuários, bem como do pai, mãe e cônjuge foram codificadas através da Classificação Brasileira de Ocupações/CBO versão 2002 e agrupadas em 10 grupos segundo Santos (2005) com adaptações, a saber: (1) Empregados qualificados; (2) Trabalhadores; (3) Trabalhadores elementares; (4) Conta-própria precários; (5) Empregados domésticos; (6) Empregados especialistas; (7) Supervisores; (8) Estudante e Estagiário; (10) "Do lar" (trabalho doméstico não remunerado) e (11) Nunca trabalhou. Posteriormente, as ocupações foram reagrupadas em três categorias sócio-ocupacionais denominadas CSO elementar (empregado doméstico, conta-própria precário, trabalhador elementar); CSO intermediário (trabalhador) e CSO qualificado (Empregado qualificado, empregado especialista, supervisor). A categoria sócio-ocupacional de estudante/estagiário, do lar ou que nunca haviam trabalhado, foi calculada a partir do capital cultural dos mesmos. Deste modo, os indivíduos considerados Capital Cultural Baixo (CCB) foram inseridos em CSO elementar, Capital Cultural Médio Baixo (CCMB) integrou o CSO intermediário e Capital Cultural Médio e Alto CCM/CCA foi introduzido no CSO qualificado. Alguns usuários não souberam informar o capital cultural da mãe, nestes casos, a posição no espaço social da mãe passou a ser inferida por meio da categoria sócio-ocupacional do pai do usuário.

A categoria sócio ocupacional familiar foi determinada a partir das categorias sócio-ocupacionais da mãe e do pai e definida a partir daquela predominante (de melhor posição no espaço social) como a categoria sócio-ocupacional familiar. Confrontou-se a Categoria Sócio Ocupacional (usuário) com a categoria sócio ocupacional familiar para verificar se os valores referentes à inserção Sócio Ocupacional do Usuário estavam iguais, maiores ou menores que o Capital Sócio Ocupacional Familiar.

Dessa forma, a trajetória social foi classificada em: 1-Descendente (capital sócio-ocupacional do usuário menor que o capital sócio-ocupacional familiar); 2-Estável (capital sócio-ocupacional do usuário igual que o capital sócio-ocupacional familiar); 3-Ascendente (capital sócio-ocupacional do usuário maior que o capital sócio-ocupacional familiar).

O capital econômico foi classificado em CEB- Capital Econômico Baixo (até 2 salários mínimos); Capital Econômico Médio - CEM (entre 2 e 5 salários mínimos) e CEA- Capital Econômico Alto (mais de 5 salários mínimos).

satisfação de usuários no inquérito, e que possuía conselho local implantado. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a agosto de 2008.

Conforme os critérios para seleção dos sujeitos utilizados no inquérito, nos estudos de caso também foram selecionados usuários que demandam consultas para clínica médica, pediatria e pré-natal. Os usuários foram abordados inicialmente na sala de espera ou foram apresentados ao entrevistador por uma pessoa de sua confiança, como o agente comunitário de saúde ou outros.

A técnica de “bola de neve”, que consiste na indicação de amigos, parentes e contatos pessoais, foi assim utilizada para seleção de novos usuários para compor a amostra (Patton, 2002). Essa técnica permite facilitar a entrada do pesquisador no espaço social onde se encontram os usuários e possibilita garantir uma maior disponibilidade do usuário para interação necessária à entrevista.

As entrevistas foram realizadas de modo não diretivo. Pediu-se aos usuários que relatassem experiências recentes em relação à unidade de saúde. Foi utilizado o critério de saturação (Patton, 2002) para a definição do tamanho amostral final que resultou em 06 entrevistados. Foram entrevistados de modo complementar 04 profissionais de saúde e a gerente da unidade de saúde (roteiro de entrevista consta do Anexo 2). As entrevistas foram posteriormente transcritas e analisadas segundo as categorias de estudo selecionadas: dados sobre a posição social (grupo sócio-profissional, trajetória social, capital cultural e capital econômico) e experiências sobre os serviços, classificadas como positivas e negativas.

Os dados do inquérito, provenientes da primeira etapa do estudo, foram digitados e consolidados por meio do Epi-Data (German, 2001). Para análise dos

dados foram realizadas tabulações e estimado o qui quadrado para verificar a existência de associação entre a satisfação, o efeito da intervenção (hora de chegada na fila, tempo de espera e percepção sobre a mudança) e as posições sociais dos usuários. Foram observados aspectos éticos conforme CNS196/00 e aprovação no CEP/ISC. O termo de compromisso livre e esclarecido encontra-se disponível no Anexo 3⁵. A fim de preservar o anonimato, os nomes dos profissionais de saúde citados no presente artigo são fictícios. O nome da unidade de saúde também foi substituído.

4. Resultados e Discussão

4.1 A posição social dos usuários

Da amostra 25 unidades (14 unidades básicas tradicionais e 11 unidades de Saúde da Família), a intervenção estava implantada em 16 unidades (64%) e não implantada em 9 (36%). A maioria dos usuários havia buscado atendimento em unidades básicas tradicionais (496). Este fato decorreu do cálculo da amostra que foi proporcional à magnitude da demanda de cada uma das unidades sorteadas (Vieira-da-Silva *et al.*, 2008).

A amostra de usuários se mostrou homogênea quanto às características sócio-demográficas nos dois tipos de unidades investigadas. A maioria eram jovens entre 19 e 49 anos (65,8%), do sexo feminino (77,8%), desempregados

⁵ Variações deste termo foram construídas para todo o trabalho de campo da tese (demais artigos).

(70%), com baixa renda mensal (75,2% informaram receber até 2 Salários Mínimos), com baixo grau de escolaridade (65,2% dos usuários estudaram até o ensino médio incompleto) e casados (60,9%) (Vieira-da-Silva *et al.*, 2008).

4.2 O inquérito nas unidades de saúde

4.2.1 Antes de consulta: expectativas quanto ao atendimento

Antes de ser realizada a consulta, ainda na sala de espera, os usuários foram interrogados quanto a sua expectativa em relação ao serviço. A grande maioria (92,8%) respondeu achar que o atendimento seria bom (65,5%) ou muito bom (27,3%). Como se trata de usuários da atenção básica, que provavelmente já conheciam o médico e o serviço, pois fazem um uso mais regular, é provável que esta expectativa representasse a visão real (e não idealizada) que os mesmos possuíam do serviço à época da enquete. Alguns autores analisam que as expectativas podem variar ao longo do cuidado e diferenciar-se em positiva e negativa, o que tem efeitos na percepção da experiência atual em relação aos serviços (Staniszewska e Ahmed, 1999).

Notou-se uma variação entre o capital cultural e a expectativa do atendimento. Quanto maior o capital cultural maior a proporção de usuários que esperaram ter um atendimento “muito bom” (Tabela 5). O fato de não ter havido diferenciação entre os usuários de diferentes capitais culturais em relação ao grau de satisfação, diante destas expectativas variáveis, sugere mecanismo de ajuste entre as expectativas e a percepção do atendimento.

4.2.2 A satisfação dos usuários e a percepção dos serviços

Uma primeira análise mais geral acerca da frequência das respostas de satisfação apresentadas no inquérito mostra que dos 710 usuários entrevistados, 94,8% ao ser indagado especificamente sobre a sua satisfação, declarou estar satisfeito com o serviço recebido nas unidades. Os demais indicadores investigados: percepção da qualidade e percepção da resolução do problema também foram avaliados positivamente.

É importante destacar que a resposta de satisfação mantém-se presente, com pouca variação, mesmo na comparação entre unidades implantadas (94,2%) e não implantadas do projeto (95,9%), o que sugere que este não é um bom indicador para avaliação das variações da intervenção. Outros dados relativos à acessibilidade como redução de filas evitáveis e tempo de espera para marcação de consultas mostraram diferenças que podem ser atribuídas à implantação das ações nas unidades. Mesmo a percepção acerca da ocorrência de mudanças foi maior entre implantados do que em unidades onde o projeto não estava implantado (Vieira-da-Silva *et al.*, 2008).

Ainda, comparando o tipo de unidade, observamos que a satisfação foi um pouco maior nas unidades do PSF (98,8%) que nas unidades tradicionais (92,7%), ainda assim observamos que os dois registros são bastante elevados.

4.2.3 Distribuição quanto aos capitais

A amostra do estudo mostrou-se bastante homogênea. Mesmo com a segmentação dos diversos tipos de capital, não foram encontradas diferenças

significativas quanto ao juízo em relação ao serviço. Não foram encontradas associações significativas nem diferenças consistentes. Todas as variáveis investigadas (expectativa, satisfação, qualidade e percepção sobre a resolução do problema) foram avaliadas positivamente pelos usuários. As distribuições quanto ao capital econômico (Tabelas de 1-4); capital cultural (Tabelas 5-8); capital cultural familiar (Tabelas 9-12); trajetória cultural (Tabela 13-16); trajetória ocupacional (Tabelas 17-20) e categoria sócio-ocupacional (tabelas 21-24) mostram que as variações foram discretas⁶. Os usuários mostraram alta expectativa sobre o serviço (92,9%); avaliaram que foram bem tratados pelo profissional que lhe atendeu (97,7%); declararam-se satisfeitos (94,8%) e consideraram que o seu problema foi resolvido (90,4%).

Destaca-se, porém uma pequena variação entre variáveis ligadas ao capital e trajetória e a percepção sobre a resolução do problema. Quanto maior o capital, maior a proporção de usuários que percebem que o problema não foi resolvido.

4.2.4 Análise das não-respostas

Na amostra estudada o número de não respostas foi nulo. Todos os pacientes entrevistados responderam ao questionário, emitindo uma opinião sobre sua expectativa, satisfação e percepção da qualidade do atendimento. Apenas 04 usuários não responderam a questão sobre resolução do problema. Neste caso, poderíamos, à primeira vista, interpretar que todos teriam uma opinião sobre o serviço, mas, devemos ponderar que as perguntas sobre o julgamento do serviço

⁶ As tabelas encontram-se disponíveis para consulta em anexo.

foram colocadas de modo suficientemente abrangente, compelindo o usuário à emissão do julgamento, a partir das categorias de respostas oferecidas pelo pesquisador.

De fato, Bourdieu (1973) discute que, o sucesso das pesquisas de opinião deve-se ao fato das perguntas colocadas serem bastante genéricas, de modo a reduzir ao mínimo o índice de “não-respostas”. Segundo o autor, a análise estatística das não-respostas informa sobre os significados da pergunta e também sobre a categoria considerada, sendo esta última definida tanto probabilidade que lhe é atribuída de ter uma opinião quanto pela probabilidade condicional de ter uma opinião favorável ou desfavorável (Bourdieu, 1973). As taxas de “não-respostas” são ainda maiores para as perguntas relativas a problemas políticos mais abstratos. Os resultados tendem frequentemente a não precisar a proporção de “não respostas”, apresentando oposições radicais, reforçando o impacto da mídia sobre a questão.

Assim, o inquérito parece revelar que todos têm uma opinião a declarar sobre o serviço e essa opinião refere-se a sua alta satisfação, bem como sentir-se bem tratado e ter seu problema resolvido. Mas esta interpretação não permite evidenciar o modo em que a resposta foi produzida. Conforme outros autores, a pergunta sobre a satisfação geral, ou índice de satisfação global, tende a produzir este tipo de efeito, registrando uma elevada satisfação (Leichner e Perrealut, 1990).

Para Bourdieu (1973), a formação da opinião está diretamente relacionada ao grau de interesse sobre o problema e a possibilidade de intervir sobre ele. De fato, no caso dos estudos de satisfação, Carr-Hill (1992) sugere que a parte da

população capaz de dar uma resposta sobre a avaliação dos serviços não está sendo investigada, ao passo que a maioria da população que expressa satisfação com o serviço não possui uma opinião sobre o mesmo.

4.2.5 Comparação entre respostas abertas e fechadas

A comparação entre as respostas dadas à satisfação nas perguntas fechadas (94,8 %) e as respostas emitidas em espaços abertos, ou questões abertas sobre a percepção do serviço, mostram pequenas contradições. Embora tenham se declarado satisfeitos, nas respostas abertas havia queixas sobre o serviço (sobretudo o atendimento da recepção e condições de acesso)⁷. Ou seja, a situação de maior liberdade de expressão permite o surgimento de críticas. Estudiosos da satisfação já mencionaram a importância da comparação das respostas às questões abertas e fechadas do questionário, para observar se há registros de contradições (Kotaka, 1997).

Interessa refletir que essas contradições podem sugerir que fechar a resposta em “satisfação” ou “insatisfação” é reduzir a uma expressão sintética as contradições e ambiguidades próprias da experiência de adoecer e dos modos do

⁷ Os comentários negativos referem-se à falta de material (“não teve material para atender e não está fazendo o preventivo”; “não resolvi tudo por falta de material, vou ter que voltar”; “ruim não tem luva, não fiz tudo”, “faltou material”); tempo de espera para o atendimento (“demora, vou ter que voltar”, “ruim, fui mal atendido e perdi o dia todo”, “a espera foi horrível, mas o médico é bom”); ausência de profissionais (“não foi bom, pois não tinha o profissional para me atender”; “resolvi em parte o meu problema, porque a outra parte não tinha médico”; problemas em relação à recepção (“não acharam meu prontuário”; “não tem organização”; “acho ele [o médico] grosseiro, não tratou bem”). As queixas em relação ao médico (“médica com pressa, atendimento muito rápido”; “a médica não passou exames”; “não gostei porque ele nem perguntou o que estou sentindo”, “não foi melhor porque não me examinou”) foram menos freqüentes.

usuário se relacionar com o médico e com o serviço de saúde, ao longo do cuidado. As expectativas e julgamentos dos pacientes variam conforme a sua situação de saúde, o cuidado e a sua posição e trajetória no espaço social, conforme diferenças evidenciadas entre grupos de distintas classes sociais⁸.

A análise do inquérito não registrou muitas experiências negativas em relação ao serviço porventura vivenciadas pelos usuários, mesmo em unidades onde o projeto para melhoria da acessibilidade e humanização da prática não tinha sido implantado. Poder-se-ia concluir que os usuários encontram-se satisfeitos com os serviços realizados nas unidades.

4.3 O estudo de caso e as entrevistas domiciliares

Nesta etapa da pesquisa, realizada numa unidade de saúde intencionalmente selecionada, a pergunta sobre a satisfação não foi feita de modo direto, bem como a entrevista não foi diretiva. O interesse estava voltado para a narrativa de experiências em relação aos serviços. Estas por sua vez foram classificadas em positivas e negativas.

Se o inquérito realizado nas unidades de saúde revelou alta satisfação, conforme demonstrado acima, as entrevistas domiciliares foram capazes de apontar experiências negativas. As características sobre a posição social dos usuários podem ser visualizadas no Quadro 01.

⁸ Ver terceiro artigo da tese.

Alguns autores refletem que, sobretudo para os agentes desprovidos de capital social ou mais refratários à intervenção do Estado, a situação de enquete é apreendida como uma situação oficial de inquisição (Singly, 2005; Bourdieu, 2003)

Quadro 01. Sexo, idade, origem social, capital cultural e econômico dos agentes entrevistados. Salvador, 2008.

Agente	Idade	Sexo	Capital cultural (Escolaridade)	Capital econômico (Ocupação e renda)	Origem social (ocupação e renda do pai)	Trajetória social
E1	41	M	Superior completo	Professor primário, 04 SM (complementa a renda com pesquisa)	Média, pai servidor público, trabalhava na Secretaria da Fazenda, ensino médio completo.	Ascendente
E2	47	M	Ensino médio completo	Vende plano de saúde, 02 SM	Média, pai trabalhava na Coelba, fundamental completo	Ascendente
E 3	26	F	Ensino médio completo	Empregada doméstica, 01 SM	Baixa, pai pedreiro, fundamental completo	Estável
E4	50	F	Fundamental incompleto (até a 6ª série)	Diarista, 03 SM	Baixa, pai lavrador, analfabeto.	Estável com pequena ascensão
E5	28	F	Fundamental incompleto (até a 3ª série)	Desempregada	Baixa, pai dono de oficina, semi-analfabeto	Estável
E6	48	M	Fundamental incompleto (até a 4ª série)	Porteiro, 02 SM	Baixa, pai lavrador, semi-analfabeto	Estável com pequena ascensão

ou como uma situação escolar (Bourdieu, 2003), representando o respondente o “papel de bom aluno”, aplicado em responder corretamente às questões do questionário (Mauger, 1991). A satisfação manifesta pode representar a relutância do usuário em dar respostas negativas (Atkinson e Medeiros, 2009; Bernhart et al., 1999). Diferente dos achados sobre a alta satisfação registrada na enquete, a análise do material discursivo mostra que as experiências nos serviços de saúde são diversas, complexas e cheias de significados.

Tanto no inquérito como nas entrevistas não diretivas, a situação da pesquisa não favorece o usuário. O pesquisador, trabalhando em meios populares ou médios, goza de uma relação desequilibrada a seu favor (Pinçon e Pinçon-Charlot, 2007). Mas ficou claro que quando as perguntas estavam dirigidas à experiência concreta em relação ao serviço (e não à avaliação da satisfação), foi possível evidenciar situações negativas e conflitos vivenciados em relação aos serviços.

4.3.1 O uso do termo “satisfação”

Conforme apontam estudos anteriores (Williams, 1994; Williams *et al*, 1998; Collins e Nicholson, 2002), “satisfação” não é um termo utilizado pelo usuário de classes populares para descrição de sua experiência (positiva ou negativa) em relação aos serviços de saúde. No presente estudo, nenhum entrevistado utilizou o termo “satisfação” para narrar sua percepção sobre o serviço, para formular o seu julgamento. Noções mais elementares como “gostei”, “não gostei”, “bom” e “ruim” aparecem com maior frequência. E, em muitos casos, a experiência foi

desprovida de julgamento. A expressão “não tenho o que dizer” [do médico], referida em alguns momentos, pode ser interpretada como “não tenho críticas”, mas também como “não tenho opinião”.

O termo “satisfação” pode ser assim interpretado como uma categoria de interesse do entrevistador. Remete a um conceito da cultura empresarial, produzida socialmente pela indústria e pelo comércio como categoria capaz de funcionar como indicador de sucesso do seu empreendimento e também de controle dos seus empregados (pesquisas que pedem que os usuários dêem notas ao profissional que lhe atendeu). É, portanto, um indicador interessado, na medida em que busca sintetizar um juízo (do usuário) sobre o serviço de saúde, e não por acaso, um juízo que aprova o serviço, sendo o indicador tomado em sua dimensão positiva (estar satisfeito).

4.3.2 As experiências negativas

Grande parte das experiências negativas narradas em relação ao serviço refere-se a problemas de acesso e acessibilidade, bem como falta de medicamentos. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Elias *et al.* (2007) e sugere dificuldades estruturais na oferta de serviços, além de problemas relativos a organização da atenção:

Cadê a doutora? ‘A doutora foi fazer uma cirurgia, e não está presente’. ‘E agora, como é que eu faço?’ ‘ah, não sei..’. “Então, marque ai minha filha, já que estou precisando...”. “Não, só podemos agendar na próxima sexta-feira”[...] Eu não tô tomando medicação, porque a médica que está me acompanhando, eu não tenho contato com ela. Volto pro posto. ‘Ah, só para o próximo dia.’...quando chegou no próximo dia, a médica não estava (Usuária, empregada doméstica, ensino médio completo, 26 anos).

Eu cheguei e falei com a enfermeira: 'por favor, minha filha, tire meu sangue, eu não to me sentindo bem.' E elas tem como lá dentro fazer a glicemia. 'Só fazemos glicemia com **ordem médica.**' Eu disse: 'mas eu já sou cliente daqui. Eu estou me sentindo mal. Eu sei que meu açúcar subiu.' "**Nós não podemos fazer nada, só com ordem médica.**" (Usuária, vendedora de seguro-saúde, ensino médio completo, 47 anos, grifos nossos).

O posto d'agora...mudou da prefeitura..né..o posto não é mais a mesma coisa..você chega aí não tem todas as medicações..as vezes..você está se sentindo mal..a médica: 'tem que marcar uma consulta, pra você...lhe examinar, pra depois dá um remédio, pra depois não sei o quê'..Então, a pessoa morre. Não gosto da administração desse posto. (Usuária, desempregada, ensino fundamental incompleto, 28 anos).

Agora que ele [o posto de saúde USF Vale] renovou, pra negocio de Prefeitura, **está essa baderna ai dentro.** Mas quando era do Estado, era melhor viu. Tinha enfermeira, América, fazia tanta caridade aquela mulher... não tinha do que me queixar. **Não sei pra que esse posto?!** Demora dois meses, três pra vim esse exame [preventivo]. Parece que vai pra Brasília, vai pra Cicam...não sei o quê...**e quando chega, tem um detalhe: não tem médica pra analisar.** (Usuária, vendedora de seguro-saúde, ensino médio completo, 47 anos, grifos nossos).

A "ordem médica" organiza as relações de hierarquia entre os profissionais dentro da unidade e funciona como imperativo de obediência para os usuários, diante da precariedade dos recursos. Houve ainda relatos de crítica ou falta de compreensão da lógica das ações de acolhimento implementadas pelo projeto sobre melhoria da acessibilidade e acolhimento na unidade (ações voltadas para a marcação de consulta e lista de espera):

Ela não pode me acompanhar porque não consigo ter contato com ela. Só faz glicemia com ordem dela. Outro dia, porque eu trabalho com vendas, eu tinha uma consulta ai. Ai eu passei com a menina e falei: olhe, Eu vou ter que atender um pedido de um cliente, não sei se dá tempo pra voltar pra doutora Neuza. Ai sai. Quando eu voltei, eu digo "ih", toda contente, deu tempo.. ela disse: "agora já era. Desistência. Já colocamos outra pessoa.' Eu digo: oh, por favor, deixa eu falar com doutora Neuza, to precisando falar com ela pra ela mudar meu medicamento. Eu não vou tomar medilcormina. "ah, agora não. só marcando outra consulta." Então, marque. "ah só sexta-feira que vai agendar.". Era uma segunda... (Usuária, vendedora de seguro-saúde, ensino médio completo, 47 anos).

Eu não sei como é essa lista [lista de espera]... Tem que ligar pra uma pessoa...é uma palhaçada...(Usuária, desempregada, ensino fundamental incompleto, 28 anos).

No conjunto das narrativas chama a atenção a proporção de experiências negativas vivenciadas na unidade. A avaliação positiva da unidade foi feita por um membro de associação comunitária do bairro. A associação faz parte do conselho local da unidade e o usuário usa de privilégios (conhecer profissionais da unidade) para ter acesso aos serviços:

Olhe só...é...para o seu objetivo [Posto do Vale] ...fazer assim um atendimento de prevenção, ele cumpre sim seu papel. Até porque ele não é 24 horas. **Mas aqui as pessoas do bairro, da comunidade aqui tem um acesso as enfermeiras, as medicas daqui. O pessoal...o tratamento é muito bom. - Então, assim...não tenho o que me queixar não.** (Usuário, professor de ensino fundamental, presidente da associação de moradores, 41 anos, grifos nossos).

4.3.3 Estratégias frente à falta de acesso

Diversos estudos apontam o recurso aos sistemas alternativos e religiosos (Espinheira, 2005; Boltanski, 1979) por parte de membros das classes populares, na falta de acesso ao sistema médico tradicional. Este não foi objeto específico da presente pesquisa, que se interessa pelas percepções sobre os serviços de saúde e suas experiências.

Mas cabe registrar que foram observadas nas falas dos usuários o recurso da automedicação, busca de sistemas religiosos e ainda, “substituição dos profissionais”, como na fala de uma usuária que afirma “Eu gosto de Rose, a enfermeira, que é minha médica” (Entrevista E2), expressão que sugere ajuste

das possibilidades à necessidade⁹. Ou ainda, o caso de outra senhora que, quando perguntada sobre para onde ir quando não consegue ter acesso ao médico na unidade de saúde, declara: “eu viro médica” (Entrevista E3).

Para os agentes com um pouco mais de possibilidade econômica, recorrer às clínicas particulares ou mesmo, fazer um seguro saúde (narrado em um caso) representa uma possibilidade de garantir acesso ao serviço, devido a problemas de acesso e resolutividade da rede pública.

No dia que fui ela não foi... ah, eu aí abandonei...abandonei...por isso que, graças a Deus, que a agora eu vou fazer parte do plano da GEAPE, da UFBA, que eu vou abando...agora que eu vou esquecer esse posto...que nada (Usuária, vendedora de seguro-saúde, ensino médio completo, 47 anos).

Diabrimon [medicamento para diabetes] não tem, não tem. Fui e comprei o Diabrimon. **E se fosse uma pessoa que não tivesse condição de comprar, com açúcar já em 320?** Vai entrar em coma diabético. Vai entrar em coma diabético. E elas não estão nem aí (Usuária, vendedora de seguro-saúde, ensino médio completo, 47 anos, grifos nossos).

Note-se que as críticas realizadas pelos usuários são críticas que registram deficiências em relação a problemas básicos da atenção, como acesso, acolhimento, falta de medicamentos essenciais e problemas relativos a programas prioritários como o de controle do diabetes. Foram menos frequentes críticas relativas ao trabalho dos médicos, enfermeiros e odontólogos (profissionais de nível superior).

A crítica de alguém que é casada com servidor da UFBA e poderá ter acesso ao plano de saúde GEAP, o que revela que ela não depende apenas do SUS, aponta uma distância da necessidade, que torna possível a crítica. Essa

⁹ Os aspectos relativos ao ajuste das práticas serão discutidos no terceiro artigo da tese.

usuária destaca-se ainda por possuir trajetória ascendente de origem considerada “média”, possuindo capital cultural relativamente maior entre os agentes de classes populares (segundo grau completo). Usuários “SUS – dependente”, bem como usuários desprovidos das diversas forma de capital, sobretudo cultural, tendem a produzir respostas que expressam “ausência de opinião” ou ajuste às condições de oferta, traduzidos nos questionário como “satisfação”.

4.3.4 A importância da rede de relações

É interessante notar o contraste entre a avaliação do membro de associação comunitária do bairro (alguém que possui alto capital social na comunidade e conhece profissionais do serviço) com uma usuária que não possui tal capital social e queixa-se da falta de acesso à unidade. Note-se que o capital social (ser conhecido e conhecer alguém na unidade) é um aspecto importante para o acesso, bem como qualidade e resolutividade do tratamento:

“[...] essa questão do agente comunitário está próximo da gente é muito bom, até porque você consegue, né através dessa relação, conseguir aqueles benefícios que você tá buscando. Como a questão do remédio, ela vai...você fala com a médica, a médica vai fazer o diagnóstico, vai saber, ela te acompanha ...como agora mesmo, vinha pegar remédio, porque até a médica tinha feito a minha receita..então, eu tenho acompanhamento, entendeu?! Então, essa relação do agente comunitário é muito boa, porque você estreita as relações, entendeu?!” (Usuário, professor de ensino fundamental, presidente da associação de moradores, 41 anos).

De modo contrastante, a usuária com baixo capital social refere rechaço dos profissionais da unidade:

Quando as pessoas têm amizade com elas, faz glicemia, sai cheio de medicamento. Mas a gente... por causa de uma receita com data antiga... a gente não tem amizade, não consegue (Usuária, vendedora de seguro-saúde, ensino médio completo, 47 anos).

Mas se eu fosse amiga dela [da recepcionista], ela teria feito. Eu digo porque eu falo o que sei. **Se tem amizade, se consegue até remédio.** Quando não se tem amizade, se a receita vai com a data que ela acha que está antiga, não sai o remédio. O meu não saiu, mas já vi gente conseguiu remédio de pressão alta sem receita. (Usuária, desempregada, ensino fundamental incompleto, 28 anos).

Ou seja, vê-se que aquilo que deveria ser parte da Estratégia de Saúde da Família, como o Agente Comunitário de Saúde como elo na vinculação do usuário ao serviço, bem como o acesso ao cuidado e aos medicamentos, como direito, passa ser usado como concessão, seguindo as regras do tráfico de influências do Estado patrimonialista.

4.3.5 O espaço dos pontos de vista: interesses na produção do julgamento

Há um conflito, de certo latente, quanto à produção dos discursos sobre o julgamento dos serviços pelos usuários. É necessário confrontá-los para compreensão das lógicas e interesses associados a cada perspectiva. Os resultados de pesquisas não podem ser lidos de modo isolado, se não em relação aos contextos aos quais se inserem e fundamentam. Conforme Bourdieu (1993) deve-se abandonar o ponto de vista único, central, dominante, em proveito da pluralidade de perspectivas, que apontam para a existência de diversos pontos de vista, que muitas vezes não só coexistem, como concorrem.

Champagne (1998) define a política como, antes de tudo, uma luta simbólica. Os atores políticos buscam o monopólio da palavra pública, por meio da imposição de sua visão de mundo ao maior número de pessoas, sobretudo aos que são econômica e culturalmente desfavorecidos. O ideal democrático é aquele

que fomenta a pluralidade de opiniões, mas que também busca a formação de consensos, num esforço que tende a ocultar o trabalho de imposição (da opinião) envolvido na construção dos consensos. Nos regimes autoritários, as tentativas para imposição de uma mesma visão do mundo são mais evidentes (Champagne, 1998).

A visão mediática da prefeitura pode ser analisada a partir de peça publicitária do diário oficial do município (Prefeitura Municipal de Salvador, 04 de abril de 2008). A matéria intitulada “PSF do Vale é modelo de atendimento”, realizada sobre a unidade que ora analisamos, no mesmo período de coleta de dados do estudo de caso, refere que “o prefeito ouviu as pessoas” e cita fala em que este, em visita à unidade, declara: “a gente vê a satisfação da população”. Ao longo de todo o texto, elogioso quanto aos serviços da unidade, “a boa qualidade do atendimento é **atestada**” (grifo nosso) por comentários dos usuários quanto ao atendimento.

De igual modo, a pesquisa de opinião realizada em abril de 2008, pela Prefeitura, através da Ouvidoria Secretaria de Saúde do Município de Salvador (Projeto Ouvidoria Itinerante), relata diversas ocorrências de “elogios” de usuários, traduzidas em expressões como: “cidadã elogia posto de saúde do Vale, informando que vem sempre e é bem atendida” ou “cidadã está satisfeita com o atendimento do posto de saúde no bairro do Vale” (diversas ocorrências).

É interessante notar, no relatório da ouvidoria, o emprego do termo “satisfação” como categoria central para avaliação (aprovação) dos serviços pelos usuários. Há relatos de queixas, mas estes são menores quando comparados aos registros elogiosos. A pesquisa de satisfação (avaliação normativa), realizada pela

gerente a unidade de saúde por meio de um questionário simples, com escala de *likert*, variando entre “muito satisfeito” e “insatisfeito” ou “excelente” e “ruim” também registrou alta satisfação dos usuários.

Já a entrevista com os profissionais da unidade parece apontar para uma série de justificativas em relação ao acesso precário e à baixa qualidade do atendimento. Os profissionais relataram situações de má qualidade da atenção e falta de medicamentos e insumos para o trabalho:

Então o paciente reclama com razão porque é ruim o atendimento, agora mesmo a gente está com um problema que a gente está avisando que vai parar porque a coisa não acontece, isso causa insatisfação. A gente sente-se constrangida diante comunidade, que a gente não está podendo atender e a gente tem que mostrar o motivo porque acham que o que a gente está falando não é a realidade. Acham que a gente não quer fazer o trabalho, eles não se conformam com a falta de material, eles não entendem. Eles pensam que é irresponsabilidade nossa, às vezes eu imagino que eles pensam que a gente tem que comprar material e medicamentos pra dar pra eles (Odontóloga, grifos nossos)

Outra coisa que eles reclamam muito é o acesso. No início principalmente, agora melhorou um pouco. Reclamaram também no problema na marcação. Eu acho que eles têm muita queixa em relação à falta do material. É o que agente passa para eles. Mas a gente tem que passar porque a gente tem que falar o real motivo que a gente não pode atender, e tem algumas queixas contra os médicos. Queixam-se da forma de atender e de profissionais que fumam (Enfermeira)

Destaca-se de início uma divergência de expectativas quanto ao atendimento, colocadas pela escuta não qualificada das necessidades dos pacientes pelos profissionais da recepção:

Um motivo [que acarreta insatisfação dos usuários] é forma de abordagem, falta de escuta de alguns profissionais da recepção em relação ao que o paciente quer [...] quando a gente vai escutar o que o paciente disse é totalmente diferente de como eles colocaram, isso quer dizer que eles falam uma coisa lá fora e aqui eles falam outra, eu acho que a gente não pode nem julgar alguns deles (Odontóloga).

No outro dia chegou uma pessoa aqui disse que queria remover alguns pontos e veio me chamar pra remover. Quando eu cheguei aqui os pontos eram na orelha,

não eram na boca... a pessoa tava com 3 pontos na orelha rasgados... quer dizer, não escutou o paciente direito. O paciente sentou na cadeira, quando eu chequei e pedi pra ele abrir a boca, ele me falou: "não é aqui na orelha" (Odontóloga)

Situações de violência são descritas pela médica, revelando a distância entre os dois mundos, duas classes (do médico e do paciente):

Tem uma coisa que me incomoda muito. Alguns pacientes não passam pela recepção, vão diretamente abrindo a porta das salas. **Às vezes eles querem forçar um atendimento**, ficam parados na frente das portas da sala para quando a gente abrir a porta, eles estarem ali (Médica).

Já teve caso de violência, de jogarem fora o cartão, de rasgarem o cartão e de fazer ameaças, mas eu acho que atualmente não tenho visto tanto assim. A gente está aprendendo que cada vez mais tem que ouvir os dois lados porque muitas vezes eles têm razão e outras vezes querem forçar uma situação, como essa de entrar na sala, de querer um remédio sem estar com a documentação, sem estar com a xerox da receita. Às vezes eles querem forçar uma situação de dispensa de medicação com uma receita vencida. Às vezes eles querem forçar uma situação e outras eles estão no direito deles (Médica).

O relato das más condições de trabalho foi freqüente entre os profissionais. No período da pesquisa, transição entre dois secretários de saúde, houve paralisações dos profissionais do PSF, em função de atrasos nos salários:

Estávamos vivendo um estado de emergência, mas agora estamos no período de calma, pelo menos a gente está garantindo o nosso salário. Não tem atrasado, antes atrasava em mais de um, dois meses (Enfermeira).

A gente fica um mês e meio sem salário e os funcionários ficaram desestimulados começaram a não fazer certas atividades. Isso reflete no atendimento e na participação do usuário, as pessoas já não vem pra cá com a mesma motivação, então houve paralisação por motivo de manifestação, de uns 3 meses pra cá embora já tenha se resolvido a situação. Foi resolvido uma parte na justiça com a empresa e a outra parte a gente vem recebendo e com isso melhorou. O pessoal voltou a ficar estimulado, agora o maior problema é a falta de frequência de manutenção material (Odontóloga)

Em razão da indefinição quanto à situação trabalhista dos profissionais de saúde, as vistas domiciliares foram suspensas por um período:

Tem mais de três meses que não tem visita. O pessoal está assim reclamando por causa disso. Porque antes...é..porque antes o programa começou assim muito bom,sabe...muito bom. Tinha carro na unidade que levava as medicas pra visita domiciliares, tudo entendeu?! Depois tiraram o carro. Então, as médicas tinham que sair com seu próprio carro ou então fazer as visitas...tem gente, por exemplo, a minha área é aqui perto. Mas tem gente que tem perto lá do Antonio Vieira. Tinha que ir andando pra fazer essa visita com paciente que não pode vim até o posto, entendeu?! Depois que cortaram o carro, ai corta-se a visita domiciliar, exatamente por causa desse rompimento que teve dos outros profissionais com a Real Sociedade. Como eles estão soltos, a prefeitura não assumiu, a secretaria ainda não assumiu, foi então proibido que eles fossem pra área. Qualquer coisa, qualquer acidente que vier a acontecer, entendeu, quem ia responder, entendeu?! Porque agora eles estão...não estão seguros. Então, cortou essas visitas. Mas assim, os trabalhos educativos continuam sendo feitos (ACS)

Apesar da atitude de “revolta” narrada pela médica, nota-se o “respeito à autoridade”: “agora com a gente eles não falam diretamente, eu acho que eles têm um pouco mais de reserva pra falar do medico ou do dentista, da enfermeira” (Odontóloga).

As críticas apontadas pelos ACS como a principal queixa dos usuários é a falta de especialidades na unidade (o que mostra incompreensão quanto aos objetivos do programa) e baixa cobertura:

A maior queixa...é de não ter outras especialidades na unidade. Porque tem coisas que o médico clínico não pode resolver, ai encaminha pra unidade. Eles querem vim pra unidade ter seu problema resolvido. E geralmente não acontece. Geralmente eles vão ter que passar por outras especialidades. Queriam encontrar tudo aqui. Então, essa é a maior queixa. Essa é a maior dificuldade que a comunidade tem de aceitar é isso, né? E assim, reclamam também porque o posto não cobre 100% do bairro. E como é que fica aquelas pessoas que não cobre? (ACS)

No relato abaixo, a ACS, também usuária da unidade, menciona recomendar à comunidade que procure fazer exames ginecológicos em unidades particulares:

Outro probleminha aqui é em relação ao preventivo. As mulheres vem fazer o preventivo aqui, mas os exames, resultados demoram demais. Quer dizer, se você tiver com alguma doença, tem preventivo que chega depois de seis meses, sete mesmo, um ano. Muito tempo. Preventivo eu acho que os laboratórios deveriam ser...porque depende de cada laboratório. Porque tem preventivos aqui que você faz...o mínimo que chega aqui é com três meses. Se você tiver com problema, nesses três meses já avançou, entendeu?! **Então, preventivo aqui eu não faço. Nunca fiz. Preventivo eu só faço em locais particulares, porque eu sei que eu fiz preventivo, no outro dia, daqui três dias no máximo, eu estou pegando o resultado, entendeu?!** Então, preventivo aqui as mulheres vem, é queixa direto aqui na área. Não só comigo, mas com os demais agentes. Faz o preventivo: “Ana, cadê o resultado? Resultado não chega. O resultado não chega”. Demora demais pra chegar. E o preventivo é um exame sério né?! (ACS, grifos nossos)

E aconselho ao pessoal da área, eu digo: “olha, se a senhora tiver condições de fazer o seu preventivo particular, faça. Agora, se a senhora está fazendo assim de rotina, e pode aguardar, também não aconselho. Às vezes a pessoa não está sentido nada, mas já está com a doença. **Então, aconselho se tiver condições, vai procura um particular. Porque no mínimo chega em três meses, as vezes demora bem mais. Tem gente da minha área que fez preventivo há 7 meses.** Preventivo não tem mais valor nenhum. E até agora não chegou, entendeu?! (ACS, grifos nossos)

A experiência da ACS (27 anos, ensino médio completo, renda domiciliar mensal de 3 SM, pai falecido, trabalhou na Marinha) enquanto usuária da unidade revela os critérios adotados por agentes de classes populares para julgamento do serviço. As críticas referem-se ao acesso e tratamento dos profissionais de nível médio. Médicos, odontólogas e enfermeiras são bastante elogiadas:

A doutora Sonia é perfeita. Eu falei a ela se ela se candidatar a alguma política aqui do bairro ela ganha. Eu faço questão de ser cabo eleitoral dela. A doutora Sonia é muito bem aceita. Tanto doutora Sonia, doutora Neuza, doutora Ângela são maravilhosas. Não tem nada a reclamar. As enfermeiras também: Laura, Carla, Rose. Todas muito competentes. Elas já têm uma afinidade muito grande com a comunidade. Os profissionais aqui no Vale eles são comprometidos com o trabalho. Agora eu só acho tem que se trabalhar mais a parte do SAME [da recepção], o atendimento, o acolhimento, as pessoas quando vem procurar o serviço, certo?! (ACS)

Por outro lado, é possível evidenciar críticas dos profissionais de nível superior quanto ao trabalho dos agentes. A hierarquia profissional estabelece a ordem de autorização para a crítica:

A resistência deles é de identificar novas áreas ou também quando escalamos eles com outras prioridades, eles dizem que não podem ir naquele dia, que vai fazer uma atividade na escola... Isso se torna uma dificuldade, há um desvio de função. Antigamente eles eram mais comprometidos. Eu tenho conversado com outros profissionais e eles também têm concordam com a falta de compromisso. Eles [os ACS] alegam também neste período que a gente ficou, em alguns momentos, com paralisação, que isso tenha desmotivados eles. Eu acho que tudo isso causa insatisfação, eu me coloco no lugar deles, quando eu chego no serviço, peço determinado material e não tem, eu fico chateada (Odontóloga).

A fala da gerente foi pautada na visita do prefeito à unidade bem como nos resultados das pesquisas apresentadas, sobretudo a sua iniciativa de instalar uma caixa de sugestões na recepção. Apesar de reconhecer os problemas da unidade, considerava a unidade bem avaliada e de qualidade. Reforçou o compromisso dos profissionais, mas apontou dificuldades de envolvimento desses nos problemas da unidade, em alguns casos.

De modo geral, foi possível observar uma concordância entre o depoimento dos usuários e profissionais, e em menor grau, da gerente, quanto às dimensões abordadas. O conjunto de problemas evidenciado referia-se ao acesso e precárias condições de trabalho e foi atribuído à ingerência e transição de secretários de saúde, período marcado por forte contenção de gastos e instabilidade dos profissionais. Problemas relativos ao “mal tratamento” também foram registrados, assim como divergência de expectativas, o que mostra dificuldade de compreensão da lógica do PSF e seus programas pela população, em alguns casos.

Entretanto, a pesquisa realizada pela ouvidoria, aliada à avaliação da prefeitura, mostraram aprovação dos serviços pela população e elevado padrão de qualidade da unidade estudada. Conforme analisa Elias *et al.* (2007), geralmente são os gestores que detêm as melhores opiniões sobre a avaliação da atenção básica.

Esses dados, provenientes do estudo de caso permitem ainda questionar o “ideário oficial sobre a excelência do PSF” (Elias *et al.*, 2007) no que se refere não só à ampliação do acesso como às atividades voltadas para a promoção da saúde e enfoque familiar, tidos como principais bandeiras da reversão do modelo de atenção no país.

5. Considerações finais

Os resultados do inquérito revelaram uma elevada expectativa quanto ao atendimento e também elevada satisfação de usuários em relação aos serviços de saúde da rede básica de Salvador independente da situação do projeto voltado para melhoria da acessibilidade. Essa elevada satisfação, contudo, não pode ser interpretada como elevada qualidade dos serviços. A elevada satisfação parece corresponder simultaneamente à imposição de problemática por parte dos gestores (reproduzidas na situação de pesquisa) quanto ao resultado de um ajuste das necessidades às possibilidades (o qual será mais desenvolvido no artigo 3). Duas formas de capital, cultural e social, mostraram-se importantes para o julgamento do serviço e deverão ser analisados também no terceiro artigo.

Os diferentes resultados obtidos por distintos modos de execução da pesquisa evidenciaram que este indicador necessita ser interpretado pelo pesquisador. Os resultados do estudo de caso demonstraram que as experiências negativas reportadas pelos usuários sobre os serviços de saúde referem-se a problemas elementares da atenção básica à saúde como acesso ao cuidado e a medicamentos, impessoalidade no atendimento ao usuário e resolutividade da atenção básica. Essa visão foi ratificada pelos profissionais de saúde, embora ausente da avaliação da unidade pela prefeitura.

Há que ter cautela na interpretação dos resultados, pois é preciso considerar as diferentes conjunturas relativas ao período de realização do inquérito e o período de realização das entrevistas não dirigidas. Uma análise de conjuntura é também sugerida como forma de explicar os diferentes efeitos relativos à implantação do projeto bem como da percepção dos usuários. Estudos adicionais são necessários para testar as duas técnicas simultaneamente.

Discute-se a hipótese que a elevada satisfação descrita pode ser um produto da relação entre o modo e condições de interrogar o usuário e as possibilidades de resposta do usuário relacionadas com sua posição no espaço social. Ao interior de um estrato relativamente homogêneo como foi o caso do presente estudo o modo de interrogação do usuário pode explicar a elevada satisfação.

O artigo analisa que o inquérito de satisfação possivelmente coletou as reações da população a uma situação de pesquisa e não às opiniões preexistentes. As respostas sobre a satisfação não são expressões de experiências positivas em relação aos serviços, mas um artefato de pesquisa.

É importante ponderar, entretanto, que a entrevista é também uma técnica de comunicação que opõe as classes médias às classes populares (Schatzman & Strauss *apud* Bourdieu, Chamboderon e Passeron, 2004). Como um caso particular da troca social, a entrevista participa do jogo de regras e convenções a respeito do que deve ser dito e calado nas interações sociais, variando segundo as classes. Realizar as entrevistas no domicílio, ser apresentado ao entrevistado por alguém e minimizar os efeitos da imposição de problemática foram estratégias importantes para produzir variações nas respostas.

O estudo discute a hipótese que nem todas as respostas obtidas são expressões de opiniões. É grande a possibilidade de que a resposta corresponda apenas à não-respostas dissimuladas, concessões de complacência à problemática imposta (Bourdieu, 2006). A reinterpretação da questão em função de interesses próprios depende da estrutura do capital global e do peso relativo do capital cultural dos agentes entrevistados.

As imagens simplistas e unilaterais (veiculadas pelas pesquisas de satisfação) devem ser substituídas por uma representação complexa e múltipla das experiências em relação aos serviços. Os estudos por vezes mascaram críticas importantes aos serviços, como aquelas que emergiram das narrativas abertas. Ainda, faz-se necessário minimizar os efeitos de imposição de problemática nas pesquisas de satisfação bem como evitar o etnocentrismo de classe do pesquisador, por meio da vigilância epistemológica, minimizando a violência simbólica presente na situação de pesquisa.

Segundo Singly (2005), do ponto de vista metodológico, é possível dirimir os efeitos da imposição de problemática por meio de estratégias como incluir no

questionário a opção “sem opinião” ou colocar a questão em dois tempos, permitindo assim um filtro intermediário entre a existência e o enunciado da opinião. Essas medidas questionam o pressuposto que todos os indivíduos possuem uma opinião sobre todos os assuntos. Ainda, estabelecer um equilíbrio entre as modalidades positivas e negativas de respostas, bem como autorizar mais de uma possibilidade de resposta. Neste caso, evita-se a atitude escolar no fornecimento das respostas.

Essas ponderações, no entanto, remetem-nos à forma de questionar a satisfação ou a percepção do usuário sobre o serviço. De fato, as respostas a um questionário são influenciadas pela maneira como as perguntas são redigidas e pela ordem na qual são colocadas. No entanto, esse tipo de análise faz supor que existe uma “boa” forma de se fazer perguntas a fim de obter opiniões “verdadeiras” (Champagne,1998). Para Champagne (1998) não existem “boas perguntas”, mas interpretações mais ou menos aproximadas do sentido que deve ser dado às respostas das perguntas.

Impõe-se deste modo, a necessidade de investigar em quais espaços sociais as pesquisas de satisfação são produzidas bem como interrogar criticamente seus usos sociais e pressupostos para que as opiniões coletadas não sejam, apenas, respostas forçadas.

6. Referências bibliográficas

1. Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Social Science & Medicine* 2009, doi:10.1016/j.socscimd.2009.03.042.

2. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Journal of Advanced Nursisng* 1997; 44(1): 85-92.
3. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient Satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine* 1999; 48: 989-996.
4. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
5. Bourdieu P. *A opinião pública não existe*. 1973. In: Thiollent, M.J.M. Crítica metodológica. Investigação social e enquete operária. São Paulo: Editora Polis; 1980.
6. Bourdieu P. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes; 2003.
7. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. *Ofício de sociólogo. Metodologia da pesquisa na sociologia*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 1992; 14(3): 236-249.
9. Champagne P. A ruptura com as pré-construções espontâneas ou eruditas. In: MERLLIÉ, Dominique et al, *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes; 1998.
10. Collins K, Nicolson P. The meaning of "satisfaction" for people with dermatological problems: Reassessing approaches to qualitative health psychology research. *Journal of Health Psychology* 2002; 7(5): 615-629.
11. Costa PG *et al*. Toxina botulínica no tratamento de distonias faciais: avaliação da eficácia e da satisfação dos pacientes ao longo do tratamento. *Arq. Bras. Oftalmol* 2005; 68 (4).
12. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn AKV, Escrivão Junior A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2006;11(3).
13. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações metodológicas. *Ciênc. saúde coletiva* 2005;10 suppl.0.
14. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(6).
15. Espinheira G. *Os limites do indivíduo*. Salvador: Fundação Pedro Calmon; 2005.

16. Estcourt S, Hickey J, Perros P, Dayan C, Vaidya B. The patient experience of services for thyroid eye disease in the United Kingdom: results of a nationwide survey. *Eur J Endocrinol. Epub* 2009; 19.
17. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* 1983; 5 (3): 297-311.
18. Gentil RM, Leal SM, Reis e Scarpi MJ. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2003; 66(2):159-165.
19. German MPH. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. *Epidemiology Program Office* 2001; CDC.
20. Gerschman S *et al.* Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12 (2): 487-500.
21. Guzik A, Menzel NN, Fitzpatrick J, McNulty R. Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting. *AAOHN J.* 2009; 57(5):191-7.
22. Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(2):171-177.
23. Leichner P, Perreault M. *Developpement et validation d'une echelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie.* Rapport Final. Montréal: Société canadienne d'évaluation; 1990.
24. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine* 1978; 12(4): 283-92.
25. Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER *et al.* Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq. Bras. Oftalmol.* [online]. 2006; 69 (5).
26. Owens DJ, Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine* 1996; 42 (11): 1483-1491.
27. Patton M.Q. *Qualitative research and evaluations methods.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.

28. Pinçon e Pinçon-Charlot. Sociologia da alta burguesia. *Sociologias* 2007; 9 (18):22-37.
29. Pugh R, Scharf T, Williamns C, Roberts D. Obstacles to using and providing rural social care in Santiago de Chile. *Journal of Health and Social Behavior* 1998; 29: 199-213.
30. Mauger G. Enquêter em milieu populaire. *Genèse* 1991 (6).
31. Ross CK, Steward CA, Sinacope JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care* 1993; 31(12):1138-1149.
32. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005; 26:513-59.
33. Silva LMP, Muccioli C, Belfort JR. Perfil socioeconômico e satisfação dos pacientes atendidos no mutirão de catarata do Instituto da Visão-UNIFESP. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2004; 67(5).
34. Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29 (2): 364-372.
35. Singly F de. *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire*. Paris: Armand Colin; 2005.
36. Turris AS Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal Advanced Nursing* 2005; 50(3): 293-298.
37. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes M. O. Estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7 (3): 581-589.
38. Ventura LO, Brandt CT. Projeto Mutirão de Catarata em centro de referência oftalmológico, em Pernambuco: perfil, grau de satisfação e benefício visual do usuário. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2004; 67(2).
39. Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Esperidião MA, Lopes-Martinho R. Avaliação da acessibilidade à atenção básica no município de Salvador, Bahia. Relatório final; 2008.
40. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care* 1975; 13, 669.

41. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 247-263.
42. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 1994; 38(4): 509-51.
43. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 1998; 47(9): 1351-1359.
44. Zaicaner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Anexos

Anexo 1. Quadros e Tabelas:

Tabela 1- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a expectativa em relação ao atendimento e o capital econômico. Salvador, 2006.

Expectativa atendimento	Capital econômico								Total	
	CEB		CEM		CEA		Sem informação			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito bom	144	27.0	40	30.3	2	20.0	8	23.5	194	27.3
Bom	348	65.2	86	65.2	6	60.0	25	73.5	465	65.5
Regular	33	6.2	3	2.3	1	10.0	1	2.9	38	5.4
Ruim	7	1.3	3	2.3	1	10.0	0	0.0	11	1.5
Muito ruim	2	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3
Total	534	100.0	132	100.0	10	100.0	34	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 10 cells (50 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 11.45 Df(12) p = 0.4905

CEB - Até 2 salários mínimos
CEM - Entre 2-5salários mínimos
CEA - Mais que 5 salários mínimos

Tabela 2- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a qualidade do atendimento e o capital econômico. Salvador, 2006.

Qualidade do atendimento	Capital econômico								Total	
	CEB		CEM		CEA		Sem informação			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	524	98.1	128	97.0	9	90.0	33	97.1	694	97.7
Não	10	1.9	4	3.0	1	10.0	1	2.9	16	2.3
Total	534	100.0	132	100.0	10	100.0	34	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 3 cells (38 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 3.51 Df(3) p = 0.3194

CEB - Até 2 salários mínimos
CEM - Entre 2-5salários mínimos
CEA - Mais que 5 salários mínimos

Tabela 3- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a satisfação em relação ao atendimento e o capital econômico. Salvador, 2006.

Satisfação com atendimento	Capital econômico									
	CEB		CEM		CEA		Sem informação		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	504	94.4	127	96.2	9	90.0	33	97.1	673	94.8
Não	30	5.6	5	3.8	1	10.0	1	2.9	37	5.2
Total	534	100.0	132	100.0	10	100.0	34	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 2 cells (25 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 1.54 Df(3) p = 0.6733

CEB - Até 2 salários mínimos
CEM - Entre 2-5salários mínimos
CEA - Mais que 5 salários mínimos

Tabela 4- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a resolução do problema após atendimento e o capital econômico. Salvador, 2006.

Resolveu o problema	Capital econômico									
	CEB		CEM		CEA		Sem informação		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	481	90.1	123	93.2	7	70.0	31	91.2	642	90.4
Não	50	9.4	9	6.8	3	30.0	2	5.9	64	9.0
S/ resposta	3	0.6	0	0.0	0	0.0	1	2.9	4	0.6
Total	534	100.0	132	100.0	10	100.0	34	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 6 cells (50 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 10.83 Df(6) p = 0.0938

CEB - Até 2 salários mínimos
CEM - Entre 2-5salários mínimos
CEA - Mais que 5 salários mínimos

Tabela 5- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a expectativa em relação ao atendimento e o capital cultural. Salvador, 2006.

Expectativa atendimento	Capital cultural									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito bom	76	22.6	52	30.1	64	32.3	2	66.7	194	27.3
Bom	234	69.6	109	63.0	121	61.1	1	33.3	465	65.5
Regular	19	5.7	11	6.4	8	4.0	0	0.0	38	5.4
Ruim	6	1.8	0	0.0	5	2.5	0	0.0	11	1.5
Muito ruim	1	0.3	1	0.6	0	0.0	0	0.0	2	0.3
Total	336	100.0	173	100.0	198	100.0	3	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 10 cells (50 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 15.16 Df(12) p = 0.2327

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto

CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto

CCM- 2º completo e superior incompleto

CCA - Superior completo e mais

Tabela 6- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a qualidade do atendimento em relação ao atendimento e o capital cultural. Salvador, 2006.

Qualidade de atendimento	Capital cultural									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	330	98.2	170	98.3	191	96.5	3	100.0	694	97.7
Não	6	1.8	3	1.7	7	3.5	0	0.0	16	2.3
Total	336	100.0	173	100.0	198	100.0	3	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 4 cells (50 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 2.09 Df(3) p = 0.5536

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto

CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto

CCM- 2º completo e superior incompleto

CCA - Superior completo e mais

Tabela 7- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a satisfação em relação ao atendimento e o capital cultural. Salvador, 2006

* Capital cultural resulta da variável v3 modificada, formando as seguintes categorias:

Satisfação	Capital cultural									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	321	95.5	162	93.6	187	94.4	3	100.0	673	94.8
Não	15	4.5	11	6.4	11	5.6	0	0.0	37	5.2
Total	336	100.0	173	100.0	198	100.0	3	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 2 cells (25 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 1.05 Df(3) p = 0.7885

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto

CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto

CCM- 2º completo e superior incompleto

CCA - Superior completo e mais

Tabela 8- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a resolução do seu problema após atendimento e o capital cultural. Salvador, 2006.

Resolveu o problema	Capital cultural*									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	308	91.7	158	91.3	173	87.4	3	100.0	642	90.4
Não	25	7.4	14	8.1	25	12.6	0	0.0	64	9.0
S/ resposta	3	0.9	1	0.6	0	0.0	0	0.0	4	0.6
Total	336	100.0	173	100.0	198	100.0	3	100.0	710	100.0

Expected value < 5 in 6 cells (50 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 6.31 Df(6) p = 0.3894

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto

CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto

CCM- 2º completo e superior incompleto

CCA - Superior completo e mais

Tabela 9- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a expectativa em relação ao atendimento e o capital cultural familiar. Salvador, 2006.

Expectativa atendimento	Capital cultural familiar*									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito bom	63	23.2	16	28.6	39	41.1	1	10.0	119	27.5
Bom	190	70.1	36	64.3	52	54.7	8	80.0	286	66.2
Regular	13	4.8	3	5.4	3	3.2	1	10.0	20	4.6
Ruim	5	1.8	0	0.0	1	1.1	0	0.0	6	1.4
Muito ruim	0	0.0	1	1.8	0	0.0	0	0.0	1	0.2
Total	271	100.0	56	100.0	95	100.0	10	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 12 cells (60 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 21.34 Df(12) p = 0.0456

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto

CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto

CCM- 2º completo e superior incompleto

CCA - Superior completo e mais

Tabela 10- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a qualidade do atendimento em relação ao atendimento e o capital cultural familiar. Salvador, 2006.

Qualidade do atendimento	Capital cultural familiar*									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	265	97.8	56	100.0	92	96.8	10	100.0	423	97.9
Não	6	2.2	0	0.0	3	3.2	0	0.0	9	2.1
Total	271	100.0	56	100.0	95	100.0	10	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 3 cells (38 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 1.96 Df(3) p = 0.5798

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto

CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto

CCM- 2º completo e superior incompleto

CCA - Superior completo e mais

Tabela 11- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a satisfação em relação ao atendimento e o capital cultural familiar. Salvador, 2006.

Satisfação com atendimento	Capital cultural familiar*									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	262	96.7	53	94.6	90	94.7	10	100.0	415	96.1
Não	9	3.3	3	5.4	5	5.3	0	0.0	17	3.9
Total	271	100.0	56	100.0	95	100.0	10	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 3 cells (38 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 1.42 Df(3) p = 0.7002

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto
CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto
CCM- 2º completo e superior incompleto
CCA - Superior completo e mais

Tabela 12- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a resolução do problema após atendimento e o capital cultural familiar. Salvador, 2006.

Resolveu o problema	Capital cultural familiar									
	CCB		CCMB		CCM		CCA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	242	89.3	51	91.1	88	92.6	9	90.0	390	90.3
Não	27	10.0	5	8.9	7	7.4	1	10.0	40	9.3
S/ resposta	2	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5
Total	271	100.0	56	100.0	95	100.0	10	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 5 cells (42 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 1.80 Df(6) p = 0.9368

CCB - Sem escolaridade até 1º grau incompleto
CCMB- 1º grau completo e 2º grau incompleto
CCM- 2º completo e superior incompleto
CCA - Superior completo e mais

Tabela 13- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a expectativa em relação ao atendimento e sua trajetória cultural. Salvador, 2006.

Expectativa atendimento	Trajetória do capital cultural*							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito bom	28	36.8	46	22.2	45	30.2	119	27.5
Bom	44	57.9	146	70.5	96	64.4	286	66.2
Regular	3	3.9	12	5.8	5	3.4	20	4.6
Ruim	0	0.0	3	1.4	3	2.0	6	1.4
Muito ruim	1	1.3	0	0.0	0	0.0	1	0.2
Total	76	100.0	207	100.0	149	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 7 cells (47 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 13.72 Df(8) p = 0.0895

* Trajetória cultural resulta da comparação do Capital Cultural do usuário com o Capital Cultural da família do usuário. Dessa forma, a trajetória cultural foi classificada em:
 Descendente (capital cultural do usuário menor que o capital cultural familiar)
 Estável (capital cultural do usuário igual o capital cultural familiar)
 Ascendente (capital cultural do usuário maior que o capital cultural familiar)

Tabela 14- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a qualidade do atendimento e sua trajetória cultural. Salvador, 2006.

Qualidade do atendimento	Trajetória do capital cultural							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	75	98.7	203	98.1	145	97.3	423	97.9
Não	1	1.3	4	1.9	4	2.7	9	2.1
Total	76	100.0	207	100.0	149	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 3 cells (50 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 0.51 Df(2) p = 0.7762

* Trajetória cultural resulta da comparação do Capital Cultural do usuário com o Capital Cultural da família do usuário. Dessa forma, a trajetória cultural foi classificada em:
 Descendente (capital cultural do usuário menor que o capital cultural familiar)
 Estável (capital cultural do usuário igual o capital cultural familiar)
 Ascendente (capital cultural do usuário maior que o capital cultural familiar)

Tabela 15- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a satisfação em relação ao atendimento e a trajetória cultural. Salvador, 2006.

Satisfação	Trajetória do capital cultural*							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	73	96.1	197	95.2	145	97.3	415	96.1
Não	3	3.9	10	4.8	4	2.7	17	3.9
Total	76	100.0	207	100.0	149	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 1 cells (17 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 1.06 Df(2) p = 0.5898

* Trajetória cultural resulta da comparação do Capital Cultural do usuário com o Capital Cultural da família do usuário. Dessa forma, a trajetória cultural foi classificada em:
Descendente (capital cultural do usuário menor que o capital cultural familiar)
Estável (capital cultural do usuário igual o capital cultural familiar)
Ascendente (capital cultural do usuário maior que o capital cultural familiar)

Tabela 16- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a resolução do problema e a trajetória cultural. Salvador, 2006.

Resolução do problema	Trajetória do capital cultural*							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	71	93.4	186	89.9	133	89.3	390	90.3
Não	5	6.6	19	9.2	16	10.7	40	9.3
S/ resposta	0	0.0	2	1.0	0	0.0	2	0.5
Total	76	100.0	207	100.0	149	100.0	432	100.0

Expected value < 5 in 3 cells (33 percent). Chi² may not be valid.
Chi²= 3.22 Df(4) p = 0.5215

* Trajetória cultural resulta da comparação do Capital Cultural do usuário com o Capital Cultural da família do usuário. Dessa forma, a trajetória cultural foi classificada em:
Descendente (capital cultural do usuário menor que o capital cultural familiar)
Estável (capital cultural do usuário igual o capital cultural familiar)
Ascendente (capital cultural do usuário maior que o capital cultural familiar)

Tabela 17- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a expectativa em relação ao atendimento e sua trajetória cultural. Salvador, 2006.

Expectativa atendimento	Trajetória ocupacional*							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito bom	55	28.5	93	29.3	23	21.5	171	27.7
Bom	121	62.7	209	65.9	74	69.2	404	65.5
Regular	9	4.7	15	4.7	7	6.5	31	5.0
Ruim	6	3.1	0	0.0	3	2.8	9	1.5
Muito ruim	2	1.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3
Total	193	100.0	317	100.0	107	100.0	617	100.0

Expected value < 5 in 6 cells (40 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 16.84 Df(8) p = 0.0318

* Trajetória ocupacional resulta da comparação da Categoria Sócio Ocupacional do usuário com a Categoria Sócio Ocupacional familiar. Dessa forma, a trajetória ocupacional foi classificada em:
 Descendente (categorial sócio-ocupacional do usuário menor que a categorial sócio-ocupacional familiar)
 Estável (categorial sócio-ocupacional do usuário igual que a categorial sócio-ocupacional familiar)
 Ascendente (categorial sócio-ocupacional do usuário maior que a categorial sócio-ocupacional família)

Tabela 18- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a qualidade do atendimento e sua trajetória ocupacional. Salvador, 2006.

Qualidade	Trajetória ocupacional*							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	189	97.9	312	98.4	103	96.3	604	97.9
Não	4	2.1	5	1.6	4	3.7	13	2.1
Total	193	100.0	317	100.0	107	100.0	617	100.0

Expected value < 5 in 2 cells (33 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 1.81 Df(2) p = 0.4040

* Trajetória ocupacional resulta da comparação da Categoria Sócio Ocupacional do usuário com a Categoria Sócio Ocupacional familiar.

Dessa forma, a trajetória ocupacional foi classificada em:

Descendente (categorial sócio-ocupacional do usuário menor que a categorial sócio-ocupacional familiar)

Estável (categorial sócio-ocupacional do usuário igual que a categorial sócio-ocupacional familiar)

Ascendente (categorial sócio-ocupacional do usuário que a categorial sócio-ocupacional familiar)

Tabela 19- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo satisfação em relação ao atendimento e a trajetória ocupacional do usuário. Salvador, 2006.

Satisfação	Trajetória ocupacional*							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	183	94.8	301	95.0	102	95.3	586	95.0
Não	10	5.2	16	5.0	5	4.7	31	5.0
Total	193	100.0	317	100.0	107	100.0	617	100.0

Chi²= 0.04 Df(2) p = 0.9812

* Trajetória ocupacional resulta da comparação da Categoria Sócio Ocupacional do usuário com a Categoria Sócio Ocupacional familiar. Dessa forma, a trajetória ocupacional foi classificada em:
 Descendente (categorial sócio-ocupacional do usuário menor que a categorial sócio-ocupacional familiar)
 Estável (categorial sócio-ocupacional do usuário igual que a categorial sócio-ocupacional familiar)
 Ascendente (categorial sócio-ocupacional do usuário maior que a categorial sócio-ocupacional família)

Tabela 20- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo resolução do problema após atendimento e a trajetória ocupacional Salvador, 2006.

Resolveu o problema	Trajetória ocupacional*							
	Descendente		Estável		Ascendente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	177	91.7	285	89.9	93	86.9	555	90.0
Não	15	7.8	31	9.8	12	11.2	58	9.4
S/ resposta	1	0.5	1	0.3	2	1.9	4	0.6
Total	193	100.0	317	100.0	107	100.0	617	100.0

Expected value < 5 in 3 cells (33 percent). Chi² may not be valid.

Chi²= 4.20 Df(4) p = 0.3802

* Trajetória ocupacional resulta da comparação da Categoria Sócio Ocupacional do usuário com a Categoria Sócio Ocupacional familiar.

Dessa forma, a trajetória ocupacional foi classificada em:

Descendente (categorial sócio-ocupacional do usuário menor que a categorial sócio-ocupacional familiar)

Estável (categorial sócio-ocupacional do usuário igual que a categorial sócio-ocupacional familiar)

Ascendente (categorial sócio-ocupacional do usuário maior que a categorial sócio-ocupacional familiar).

Tabela 21- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a expectativa em relação ao atendimento e a categoria sócio-ocupacional. Salvador, 2006.

Categoria sócio-ocupacional do usuário*									
Expectativa atendimento	CSO elementar		CSO intermediário		CSO qualificado		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Muito bom	86	25.7	92	29.2	15	28.8	193	27.5	
Bom	226	67.5	200	63.5	34	65.4	460	65.5	
Regular	17	5.1	16	5.1	3	5.8	36	5.1	
Ruim	4	1.2	7	2.2	0	0.0	11	1.6	
Muito ruim	2	0.6	0	0.0	0	0.0	2	0.3	
Total	335	100.0	315	100.0	52	100.0	702	100.0	

Expected value < 5 in 6 cells (40 percent). Chi² may not be valid.
Chi² = 5.38 Df(8) p = 0.7166

* Categoria sócio-ocupacional do usuário:

Cso elementar = Empregado doméstico, conta própria – precário, trabalhadores elementares.

Cso intermediário = Trabalhadores

Cso qualificado = Empregado qualificados, empregado especialista, supervisores

Tabela 22- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a qualidade do atendimento e sua trajetória sócio-ocupacional. Salvador, 2006.

Categoria sócio-ocupacional do usuário*									
Qualidade	CSO elementar		CSO intermediário		CSO qualificado		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sim	330	98.5	309	98.1	48	92.3	687	97.9	
Não	5	1.5	6	1.9	4	7.7	15	2.1	
Total	335	100.0	315	100.0	52	100.0	702	100.0	

Expected value < 5 in 1 cells (17 percent). Chi² may not be valid.
Chi² = 8.42 Df(2) p = 0.0148

* Categoria sócio-ocupacional do usuário:

Cso elementar = Empregado doméstico, conta própria – precário, trabalhadores elementares.

Cso intermediário = Trabalhadores

Cso qualificado = Empregado qualificados, empregado especialista, supervisores

Tabela 23- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo sua satisfação em relação ao atendimento e a categoria sócio-ocupacional. Salvador, 2006.

Satisfação	Categoria sócio-ocupacional do usuário*							
	CSO elementar		CSO intermediário		CSO qualificado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	318	94.9	300	95.2	48	92.3	666	94.9
Não	17	5.1	15	4.8	4	7.7	36	5.1
Total	335	100.0	315	100.0	52	100.0	702	100.0

Expected value < 5 in 1 cells (17 percent). Chi² may not be valid.
Chi² = 0.79 Df(2) p = 0.6732

* Categoria sócio-ocupacional do usuário:

Cso elementar = Empregado doméstico, conta própria – precário, trabalhadores elementares.

Cso intermediário = Trabalhadores

Cso qualificado = Empregado qualificados, empregado especialista, supervisores

Tabela 24- Número e percentual de usuários de Unidades Básicas de Saúde segundo a resolução do seu problema e a categoria sócio-ocupacional. Salvador, 2006.

Resolução do seu problema	Categoria sócio-ocupacional do usuário*							
	CSO elementar		CSO intermediário		CSO qualificado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	308	91.9	283	89.8	44	84.6	635	90.5
Não	25	7.5	30	9.5	8	15.4	63	9.0
S/ resposta	2	0.6	2	0.6	0	0.0	4	0.6
Total	335	100.0	315	100.0	52	100.0	702	100.0

Expected value < 5 in 4 cells (44 percent). Chi² may not be valid.
Chi² = 3.95 Df(4) p = 0.4121

* Categoria sócio-ocupacional do usuário:

Cso elementar = Empregado doméstico, conta própria – precário, trabalhadores elementares.

Cso intermediário = Trabalhadores

Cso qualificado = Empregado qualificados, empregado especialista, supervisores

Anexo 2- Questionário



Universidade Federal da Bahia
Projeto CNPq – Avaliação da acessibilidade à atenção básica em Salvador

Questionário para os Usuários com consulta agendada naquele dia

Questionário nº _____	
Nome do entrevistador: _____	Data: __/__/____
Nome da Unidade/Centro de Saúde: _____	
Tipo de Unidade: (UBS – 1 PSF-2)	
Distrito Sanitário: _____	

O informante do questionário é:

Mulher idade fértil

Homem

Gestante

Idoso

Acompanhante de criança

Residência do usuário com ponto de referência (rua, nº e bairro):

Telefone fixo/celular : _____

I. Perfil do usuário

Gostariamos de lhe fazer algumas perguntas de informação geral:

1V.Qual a sua idade? _____ anos

2V.Sexo: 1.Masculino 2.Feminino

3V.Qual a sua escolaridade?

1. Ensino fundamental incompleto

2.Ensino fundamental completo

3. Ensino médio incompleto

4. Ensino médio completo

5. Superior incompleto

6. Superior completo

7.Pós-graduação

8 .Não freqüentou a escola

4V.Há quanto tempo reside no município?

1.Há menos de um ano 2.Entre um e cinco anos 3.Entre cinco e dez anos 4.Mais de dez anos

5V.Lugar da residência anterior: _____(cidade)

6V.Você está atualmente trabalhando? 1.Sim 2.Não

7V.Se sim, em quê? _____

8V.Situação familiar:

1.Solteiro 2.Viúvo 3.Casado/convivente 4.Divorciado

Se casado:

9V. Profissão/ocupação do companheiro(a) _____

10V. Qual a escolaridade do(a) companheiro(a)?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Ensino fundamental incompleto | 2. Ensino fundamental completo | 3. Ensino médio incompleto |
| 4. Ensino médio completo | 5. Superior incompleto | 6. Superior completo |
| 7. Pós-graduação | 8. Não frequentou a escola | |

11V. Profissão/ocupação do pai _____

12V. Qual a escolaridade do pai?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Ensino fundamental incompleto | 2. Ensino fundamental completo | 3. Ensino médio incompleto |
| 4. Ensino médio completo | 5. Superior incompleto | 6. Superior completo |
| 7. Pós-graduação | 8. Não frequentou a escola | |

13V. Profissão/ocupação da mãe _____

14V. Qual a escolaridade da mãe?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Ensino fundamental incompleto | 2. Ensino fundamental completo | 3. Ensino médio incompleto |
| 4. Ensino médio completo | 5. Superior incompleto | 6. Superior completo |
| 7. Pós-graduação | 8. Não frequentou a escola | |

15V. De um modo geral, o Sr (a) considera o seu próprio estado de saúde como:

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

16V. Qual o rendimento mensal da sua família em Salários Mínimos(SM)?

- 1) Sem rendimento 2) Até 1 SM 3) Mais de 1 a 2 SM 4) Mais de 2 a 3 SM
5) Mais de 3 a 5 SM 6) Mais de 5 a 10 SM 7) Mais de 10 a 20 SM 8) Mais de 20 SM

II. Utilização e Acesso

17V. Por que o(a) senhor(a) veio procurar essa Unidade de Saúde?

1. Consulta médica 2. Consulta odontológica 3. Consulta enfermagem Pré-natal
4. Outras consultas enfermagem 5. Assistente social 6. Nutricionista 7. Psicólogo
8. Outro Qual? _____

18V. Como foi que o(a) senhor(a) conseguiu a vaga para ser atendido hoje?

1. Pegou a ficha 2. Marcou consulta presencialmente no SAME 3. Marcou consulta por telefone
4. O médico/outro profissional agendou o retorno 5. O ACS marcou a consulta 6. Lista de espera
7. Um profissional conhecido da Unidade marcou 8. Outro. Qual? _____

Caso tenha esperado na fila para marcar consulta:

19V. Que horas chegou na fila?

1. Na noite anterior 2. Antes de 4h da manhã 3. Entre 4 e 6h da manhã
4. entre 6 e 8 h da manhã 5. Outro Qual? _____

20V. Quanto tempo esperou para marcar a consulta (tempo entre a chegada na Unidade e a marcação)?

1. Não esperei ou até quinze minutos 2. Até uma hora 2. Entre 1 e 2 horas
3. Entre 2 e 4 horas 4. Mais que 4 horas 5. Outro _____

21V. Para quanto tempo foi agendada a consulta (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta)?

1) Para o mesmo dia 2) De 1 a 3 dias 3) De 3 a 6 dias 4) 1 semana 5) Mais que 1 semana

6) entre 1 e 2 semanas 7) entre 3 e 4 semanas 8) 1 mês 10. Mais de 1 mês
Quanto tempo? _____(em meses)

22V. Caso tenha marcado consulta por telefone, como foi o atendimento?

Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim

23V. Se a sua consulta é uma consulta de retorno, quanto tempo decorreu/levou entre a consulta anterior e o retorno?

1) 1 a 3 dias 2) 3 a 6 dias 3) 1 semana 4) entre 1 e 2 semanas
5) entre 2 e 4 semanas 6) 1 mês 7) Mais de 1 mês Quanto tempo? _____

III. Experiência passada

24V. O Sr (a) já procurou esta unidade em outra oportunidade e não conseguiu atendimento?

1. Sim 2. Não

25V. Se não, qual foi o motivo?

1. Não conseguiu vaga ou senha 2. Não tinha médico atendendo 3. Esperou muito e desistiu

4. Não tinha serviço ou profissional especializado 5. O serviço/equipamento não estava funcionando

6. Outro _____

26V. O Sr (a) nos últimos doze meses já aconteceu de ter marcado uma consulta e não ter comparecido no dia e horário marcado nessa unidade?

1. Sim 2. Não

27V. Se sim, qual o motivo?

1. Não tinha dinheiro para transporte 2. A unidade de saúde era distante ou de difícil acesso
3. Difícil de conseguir transporte 4. Horário incompatível 5. O atendimento é muito demorado
6. A unidade não possuía o especialista compatível com suas necessidades 7. Esqueci
8. Resolvi de outra maneira 10. Outros _____

IV. Avaliação subjetiva do Projeto pelo usuário

28V. Caso o senhor(a) tenha usado essa Unidade anteriormente, o senhor notou alguma diferença na marcação da consulta?

1. Sim 2. Não

29V. Qual sua opinião sobre a marcação atual?

1. Melhorou 2. Piorou 3. Está igual 4. não sei

BLOCO A SER APLICADO APÓS A CONSULTA

30V. Quanto tempo o senhor esperou hoje para ser atendido? (tempo de espera no dia da consulta entre a chegada à Unidade e a realização da mesma)

1. Até ½ hora 2. Entre ½ hora e uma hora 3. Entre 1 e 2 horas
4. Entre 2 e 4 horas 5. Mais que 4 horas 6. Outro _____

V. Relacionamento Interpessoal

31V. Quais profissionais lhe atenderam em sua consulta/procedimento realizado?

1. Médico 2. Dentista 3. Enfermeiro 4. Auxiliar de enfermagem
5. Assistente Social 6. Psicólogo 7. Outro Qual? _____

32V. Foi bem tratado? 1. Sim 2. Não

33V. Ficou satisfeito? 1. Sim 2. Não

34V. Resolveu seu problema? 1. Sim 2. Não

35V. O Sr (a) considera que o atendimento de saúde recebido foi:

1. muito bom 2. bom 3. regular 4. ruim 5. Muito ruim

36V. Qual a sua opinião sobre o atendimento?

Entrevista feita em duas etapas

Muito obrigado pela sua participação!

ANEXO 3 – Roteiro de entrevista semi-estruturada com os profissionais/gerente

1. Conte-me sobre sua trajetória profissional (escolha da profissão, tempo de trabalho, oportunidades, trabalhos anteriores).
2. Como veio trabalhar aqui (explorar motivações).
3. Como percebe seu trabalho?
4. Fale-me sobre a interação com outros profissionais
5. Fale-me sobre sua relação com a coordenação e com o nível central
6. Fale-me da sua interação com os usuários
7. Existem problemas associados ao seu trabalho?
8. Quais os principais problemas da unidade em sua opinião?
9. Como você percebe a relação da população com a unidade? Fale-me um pouco mais sobre esta questão.

Para registro dos dados sócio-demográficos utilizados para cálculo dos capitais e posição social foram usadas as mesmas categorias do questionário estruturado (Projeto Avaliação da Melhoria da Acessibilidade que consta do Anexo 1).

Anexo 4 – Termo de consentimento informado



Universidade Federal da Bahia
Projeto CNPq – Avaliação da acessibilidade à atenção básica em Salvador

Termo de Consentimento Informado

Eu, _____ (entrevistador), estou pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nos postos de saúde da prefeitura, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Você poderá entrar em contacto com a coordenação do projeto através do telefone 32637442

Eu (entrevistado) (a)----- declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "*Acolhimento na atenção básica em Salvador*" e aceito nela participar.

Salvador, ___/___/2006.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

Artigo II

**A quem interessa a satisfação de usuários?
Uma análise dos produtores das pesquisas e seus espaços**

Sumário do Artigo 2

Resumo	83
Abstract	84
1. Introdução	85
2. Objetivos	86
3. Metodologia	86
3.1 <i>Hipóteses e referencias teóricos</i>	86
3.2 <i>Categorias de análise</i>	88
3.3 <i>Notas metodológicas</i>	91
3.4 <i>Critérios de seleção dos estudos</i>	91
3.5 <i>Análise dos dados</i>	92
4. Resultados e Discussão	93
4.1 <i>A produção das pesquisas no espaço das instituições governamentais</i>	94
4.2 <i>A produção dos artigos publicados em periódicos indexados</i>	98
4.3 <i>Características das pesquisas de satisfação</i>	100
4.4 <i>Características dos agentes: capital cultural e trajetória profissional</i>	101
4.5 <i>Capital científico e administrativo</i>	104
4.6 <i>Espaço de posição dos agentes</i>	108
4.7 <i>Tomadas de posição em relação aos estudos</i>	111
4.8 <i>Satisfação de usuários como temática inserida na Avaliação em Saúde</i>	112
5. Considerações finais	113
6. Referências bibliográficas	115
Anexo 1- Critérios de julgamento bolsa de produtividade	120

A quem interessa a satisfação de usuários? Uma análise dos produtores das pesquisas e seus espaços

Resumo

O presente artigo realiza uma análise da produção dos estudos de satisfação de usuários publicados no Brasil, identificando os agentes das pesquisas, o espaço ao qual pertencem, suas posições e capitais. Foi feita busca sistemática de artigos brasileiros publicados nas bases de dados Medline, LILACS e Scielo no período compreendido entre 1990 e 2008. A análise da posição ocupada pelos autores foi realizada por meio dos seguintes indicadores: trajetória profissional, capital cultural, capital científico e capital burocrático. Os dados foram obtidos a partir do currículo disponibilizado na Plataforma Lattes do CNPq. Identificou-se que o número de trabalhos publicados aumentou nos últimos dez anos, período em que ocorreu a incorporação dessa temática na agenda política das instituições governamentais de saúde. As pesquisas correspondem, sobretudo, a inquéritos voltados à avaliação da qualidade da atenção básica e especializada. Os agentes produtores dos estudos são oriundos de diversos campos e espaços sociais, com grande participação de enfermeiros e médicos, mestres e doutores em Saúde Coletiva, com baixo capital científico e burocrático. A maioria é docente, em início de carreira. Discute-se que a realização desse tipo de estudo pode estar relacionada às necessidades de legitimação de instituições de saúde.

Palavras-chave: Satisfação de Usuário. Avaliação em Saúde. Campo científico.

Who is interested by user satisfaction? An analysis of the research producers and their space

Abstract

The present article analyses the production of user satisfaction studies published in Brazil, identifying the agents of the researches, the space where they belong, its position and capitals. It was selected all articles published in the databases Medline, LILACS and Scielo from 1990 to 2008. The analysis of the authors' position was carried through the following pointers: professional trajectory, cultural capital, scientific and bureaucratic capital. The analysis of the authors was developed by the consultation of the CNPq Lattes resume. It was identified that the researches have been developed with more force in the last ten years, period where the problem was taken by the political agenda of the health governmental institutions. The research is characterized by inquiries for the quality evaluation of basic and specialized attention. The agents, producers of the studies, come from diverse professional groups, with great participation of nurses and doctors, masters and doctors in Collective Health, with low scientific and bureaucratic capital. The majority is professors in the beginning of their career. It is argued that the researches might be done toward the demands of the health services and financial agencies, such as the Health Brazilian Department and health secretariats.

Key-words: User satisfaction. Health evaluation. Scientific field.

A quem interessa a satisfação de usuários?

Uma análise dos produtores das pesquisas e seus espaços

*“A formação do espírito científico não é somente uma reforma do conhecimento vulgar, mas também uma conversão de interesses”
(Gaston Bachelard)*

1. Introdução

A partir do final da década de 70, nos Estados Unidos e na Inglaterra, as pesquisas de satisfação de usuários de serviços de saúde se destacaram pelo volume e diversidade de trabalhos, como expressão do movimento do consumismo e da cultura da “qualidade total”, com a introdução de elementos de concorrência nos seus sistemas de saúde. A cultura empresarial da “qualidade total”, difundida no Japão desde os anos 50, privilegiava a “satisfação do cliente” como padrão ouro da qualidade de serviços e produtos, visando à fidelização e “retorno do consumidor à empresa” (Deming, 1990).

Apesar do aumento da produção dos estudos de satisfação, dificuldades teóricas e metodológicas inerentes a estas pesquisas têm sido identificadas (Esperidião e Trad, 2005; 2006), evidenciando questões acerca da validade dos resultados. Algumas revisões sistemáticas/ou estudos de síntese, têm mostrado que, apesar das diversas abordagens metodológicas adotadas, a maioria das pesquisas informa, em seus resultados, que os usuários encontram-se satisfeitos com o cuidado recebido (Carr-Hill, 1992; Owens & Bachelor, 1996; Avis et al., 1997, Edwards e Staniszewska, 2000; Aspinall et al., 2003; Thiedke, 2007). Esse fenômeno tem sido evidenciado internacionalmente, ao longo dos anos em países como Estados Unidos (Houts et al., 1986), França (Goupy, 1991), Itália (Serapione, 1999) e Inglaterra

(Estcourt et al., 2009).

Ainda que haja críticas de ordem metodológica aos artigos¹⁰, a indagação sobre o significado social dessas pesquisas não tem sido feita. A quem interessa a pergunta sobre a satisfação do usuário? Como esta problemática foi construída no Brasil? Em quais espaços sociais? Quem são os agentes envolvidos nestas pesquisas? Como eles tratam a questão?

Pretende-se responder a algumas destas perguntas a partir de uma análise sobre a produção de pesquisas relacionadas com a satisfação dos usuários com os serviços de saúde no Brasil, descrevendo as características das enquetes, os agentes envolvidos em sua produção, a posição que ocupam nos diversos subespaços e campos sociais e seus respectivos capitais.

2. Objetivos

Analisar os agentes da produção dos estudos de satisfação de usuários publicados no Brasil, identificando o espaço ao qual pertencem, suas posições e capitais.

3. Metodologia

3.1 Hipóteses e referencias teóricos

Para compreender uma produção cultural - como aqui serão tomados os estudos de satisfação de usuário - não basta entender o conteúdo textual desta produção, tampouco buscar uma relação direta entre o texto com o contexto

¹⁰ Conforme foi discutido no artigo anterior.

(Bourdieu, 2004). Entre esses dois pólos, considerados distantes, existe o universo intermediário que Bourdieu chama de campo. O campo é assim o universo em que estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem as várias formas de produção cultural, como a arte, literatura ou ciência (Bourdieu, 2004). É um universo que obedece às leis e lógicas específicas. Campo é, portanto, um conceito que compreende um espaço relativamente autônomo, dotado de leis próprias.

Como pressuposto deste trabalho, consideramos que as posições ocupadas pelos produtores das pesquisas sobre a satisfação se situam em dois espaços distintos, que correspondem a formas de poder diferentes. De um lado, o poder burocrático e político das instituições governamentais de saúde, e, do outro, o poder científico relativo ao campo acadêmico. Deste modo, foram analisadas as posições dos agentes em relação a estes dois espaços.

O campo científico foi analisado por Bourdieu como “um sistema de relações objetivas entre as posições adquiridas onde o que está em jogo é o monopólio da autoridade científica, definida como capacidade técnica e como poder social, ou seja, o monopólio da competência científica, entendida como capacidade de falar e de agir legitimamente (de maneira autorizada e com autoridade) em matéria de ciência, que é socialmente reconhecida a um agente determinado” (Bourdieu, 1975: 92).

O capital científico pode ser dividido em dois tipos: capital institucionalizado, ligado a ocupação dos poderes temporais (relacionados ao controle sobre os instrumentos de reprodução) e o propriamente científico, ou capital científico “puro”, ligado à produção do conhecimento propriamente dito. Há ainda o capital simbólico que corresponde a uma propriedade qualquer, de

qualquer tipo de capital, que é reconhecida e valorizada pelos pares (Bourdieu, 2004).

O capital burocrático por sua vez, refere-se aos cargos ocupados na estrutura de direção das instituições de saúde ou na hierarquia universitária (nesse caso, capital especificamente de poder universitário), ao poder de nomeação, para cargos e funções públicas importantes e de distribuição de honorárias. A nomeação é uma forma de capital simbólico acumulado na rede de relações de reconhecimento do universo burocrático. Ou seja, o capital burocrático é aquele responsável pelos atos de consagração, capaz de garantir os atos de autoridade, legitimando atos arbitrários. Está presente nas nomeações, nos atestados e todos os discursos oficiais. São atos realizados em situação de autoridade, pelos “oficiais”, pessoas simbolicamente investidas de uma função ou cargo atribuído pelo Estado (Bourdieu, 2005).

3.2 Categorias de análise

Assim sendo, as principais categorias empregadas para análise da posição social e dos espaços dos agentes produtores das pesquisas de satisfação de usuário foram derivadas das análises de Bourdieu (1975, 1984, 2004, 2005) relativas ao campo científico e ao espaço burocrático¹¹:

1) Capital cultural¹²: indicadores relativos à formação acadêmica como maior título obtido e realização de pós-doutorado.

2) Trajetória profissional: relacionada às ocupações exercidas ao longo da vida; refere-se às instituições em que atua/ atuou, tais como carreira em

¹¹ Está se chamando de “espaço burocrático” o espaço das instituições governamentais.

¹² O capital cultural envolve um conjunto de bens simbólicos que se expressam sob a forma incorporada ou institucionalizada. No presente artigo utilizaremos um recorte deste capital, relativo aos indicadores escolares.

universidade pública, carreira em instituições governamentais.

3.1) Capital científico “puro” (investimento na carreira acadêmica/ produção intelectual): adquire-se principalmente pelas contribuições reconhecidas ao progresso da ciência; refere-se à bolsa de produtividade do CNPq, produção intelectual (artigos, livros e capítulos de livros publicados em periódicos brasileiros e internacionais), orientação de mestrado e doutorado e ser líder de diretório de pesquisa¹³.

3.2) Capital científico do tipo institucionalizado (poder institucional ou capital universitário): adquire-se essencialmente por estratégias políticas, tomadas de posição no interior do campo; refere-se à ocupação de postos em universidades, tais como chefias, coordenações, direções, pró-reitorias; reitoria; membro de comissão administrativa e membro de conselho superior.

3.3) Capital científico do tipo simbólico (prestígio científico e notoriedade intelectual): relacionado ao reconhecimento dos pares (membro de comissão da CAPES/CNPq, prêmios de mérito científico, membro de corpo editorial e revisor de periódicos) e pelo reconhecimento da sociedade (artigos publicados em grandes jornais, participação em programas televisivos).

4) Capital burocrático/administrativo (em instituições governamentais de saúde): refere-se à ocupação de cargos no Ministério da Saúde e nas Secretarias estaduais ou municipais de saúde.

Foi analisado ainda o que aqui será denominado de “**capital científico acumulado ou global**” que se refere à soma dos capitais científicos, numa

¹³ Esse indicador na verdade, mede o grau de investimento na carreira acadêmica podendo corresponder ou não a capital científico puro.

tentativa de definição de seu "montante": alto, médio ou baixo¹⁴:

- a) Alto: possuir elevado capital científico do tipo puro como bolsa de produtividade científica 1- 1A, 1B, 1C, 1D), ou ter publicado pelo menos 20 trabalhos em periódicos científicos, ter concluído a orientação de pelo menos 14 mestres/doutores, estar em orientação de pelo menos 4 mestres/doutores, ter linha de pesquisa definida (aqui tomado como líder de diretório) ou capital científico do tipo simbólico (publicações de artigos em jornais de grande circulação, aparição em programa televisivos, premiações de mérito científico);
- b) Médio: possuir médio capital científico do tipo puro como bolsa de produtividade 2 ou ter publicado pelo menos 5 trabalhos científicos em periódicos, ter concluído orientação de pelo menos 1 mestre, estar em atividade de orientação de pelo menos 4 mestres/doutores; ter linha de pesquisa definida (líder de diretório), ou possuir capital universitário (diretor ou coordenador de instituição);
- c) Baixo: possuir baixo capital científico puro (menos de 5 artigos nacionais, orientação apenas de monografias) e não possuir capital universitário.

Para análise dos artigos foram obtidos dados sobre: Qualis do periódico¹⁵, tema central da pesquisa, natureza do serviço, desenho e técnicas de pesquisa, tamanho da amostra e tipo de população investigada.

¹⁴ A divisão foi orientada por critérios de julgamento de bolsa de produtividade do CNPq, vigência 2009-2011 (Anexo 1). Essa divisão pode resultar em arbitrária tendo em vista a pouca disponibilidade de bolsas. Por esta razão, foi feita uma adaptação destes critérios e outros indicadores complementares foram incorporados.

¹⁵ Sistema de classificação dos periódicos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da produção intelectual de pesquisadores. As publicações são divididas em

3.3 Notas metodológicas

Foram revisados todos os artigos brasileiros publicados nas bases de dados Medline, LILACS e Scielo no período compreendido entre 1990 e 2008, assim como foram selecionados, de modo complementar, documentos e pesquisas de instituições governamentais, como Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento e secretarias regionais de saúde sobre a temática. Os artigos foram classificados conforme ano de publicação, desenho da pesquisa, nível da atenção e natureza do serviço estudado e seus veículos de publicação foram classificados a partir do sistema Qualis do Capes.

A partir deste levantamento, foram analisados os agentes da produção dos artigos, ou seja, os pesquisadores da satisfação de usuários. Foi analisado o capital científico, próprio do campo científico, bem como o capital burocrático, referido ao espaço burocrático destes agentes.

3.4 Critérios de seleção dos estudos

Foram analisados todos os artigos brasileiros que estudaram como tema central da investigação, a satisfação de usuários com serviços de saúde.

Foram excluídos do estudo:

- 1- Artigos sobre satisfação com a saúde ou com o tratamento;
- 2- Artigos que discutiam a avaliação do paciente sobre o serviço, mas que não utilizaram a satisfação como medida;
- 3- Artigos que avaliaram a satisfação de modo secundário (estudos sobre utilização, acesso, acessibilidade);

categorias indicativas de qualidade – A, B ou C – e do âmbito de circulação – local, nacional ou internacional.

- 4- Teses, dissertações, monografias e teses de livre docência;
- 5- Artigos que não possuem ao menos o resumo publicado nas bases de dados consultadas;
- 6- Artigos em que não foi possível localizar o nome do autor (es), o que impossibilitou a busca no Lattes.

3.5 Análise dos dados

Utilizou-se o software Access para entrada de dados e criação do banco, e o STATA versão 9.0 para tabulação e cálculo das frequências.

É importante destacar que foi realizada apenas a análise do primeiro autor do artigo. Quando o primeiro autor não possuía Lattes (04 casos), foi feita a análise do segundo autor. O estudo das trajetórias bem como análise dos capitais dos autores foi realizado por meio da consulta aos currículos profissionais informados na Plataforma Lattes do CNPq¹⁶.

Para análise dos subespaços do campo científico aos quais pertencem os pesquisadores dos artigos, foram analisados dados como: departamento que pertence, programa de pós-graduação ao qual está vinculado, disciplina que leciona, áreas de especialidade do pesquisador e linhas de pesquisa, todas informações provenientes do Currículo Lattes.

A análise empreendida sobre os autores considera características recentes quanto a sua atuação profissional e formação. No entanto, foi necessário identificar características profissionais relativas à época da publicação do artigo. Assim sendo, para realizar a análise do tipo de

¹⁶ Sistema de Informações curriculares que registra dados da vida pregressa e atual dos pesquisadores.

pesquisador na época da publicação, foi feito o cálculo da diferença entre o ano publicação do artigo e o ano de conclusão do maior título do autor (mestrado ou doutorado).

Foram classificados em “seniores” os autores que possuíam pelo menos 10 anos de conclusão da tese de doutorado em relação ao ano da publicação do artigo. Os demais foram considerados juniores. Entre esses últimos, distinguiram-se aqueles que possuíam apenas graduação dos que possuíam mestrado e doutorado recente.

Respeitando questões éticas, os artigos não foram identificados ao longo das análises, bem como os autores não são citados.

4. Resultados e Discussão

Foram localizados 53 artigos brasileiros que trabalharam com o tema da satisfação de usuários no período estudado. Dentre eles, 13 fizeram, contudo, uma abordagem secundária do tema, ou seja, a satisfação não era o objeto principal da investigação, mas estudada entre outros temas. Por esta razão, estes estudos foram excluídos para que a análise estivesse centrada nos artigos cujo interesse principal fosse a satisfação de usuários. A amostra contou, portanto, com 40 artigos publicados na literatura. Foram analisados 38 distintos autores de trabalhos, uma vez que dois autores foram responsáveis por duas publicações cada.

Os documentos governamentais não foram localizados nas bases de dados revisadas, mas por meio da estratégia de visita aos sites institucionais.

Assim, eles não fizeram parte da análise central do estudo, que privilegiou os artigos científicos publicados na literatura.

4.1 A produção das pesquisas no espaço das instituições governamentais

Embora seja no campo acadêmico que encontramos as primeiras publicações de pesquisas de satisfação de usuário (Aguilar Horta, 1973; Lemme *et al.*, 1989), o espaço das instituições governamentais também se mostrou produtivo. Nele encontramos a realização de inquéritos com grandes amostras, ligadas aos programas de gestão da qualidade dos serviços (Ministério do Planejamento, 2000; Ministério da Saúde, 2006).

A análise dos documentos e pesquisas realizadas no espaço das instituições governamentais revela que as pesquisas governamentais surgiram no final da década de 90, influenciadas certamente por dois movimentos. De um lado, a influência da cultura da “qualidade total”, oriunda dos meios empresariais, nos serviços de saúde, e, do outro, em decorrência do desenvolvimento dos processos de implantação e organização do Sistema Único de Saúde - SUS, marcado em alguns casos pela preocupação com a transparência e prestação de contas relacionadas ao fortalecimento da participação da comunidade nas suas instâncias colegiadas (conselhos). Destaca-se ainda a reforma da administração pública brasileira, iniciada em 1995 no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), cuja política orientava-se na direção da administração por resultados e foco no “cidadão-cliente” (Bresser-Pereira, 1998), a qual fez emergir com força a discussão sobre a qualidade dos serviços públicos, como perspectiva para melhoria do atendimento.

Conforme Angelim (2002), a orientação das ações da administração pública para os usuários dos serviços foi reforçada por teorias do setor público, como a escolha pública e a teoria do agente. A avaliação da satisfação seria assim, no entendimento do autor, gerente do Programa de Qualidade do Atendimento ao Cidadão da Secretaria de Gestão, uma forma de centrar a gestão para a melhoria do atendimento e um modo de promover o controle social (Angelim, 2002).

O Programa Melhoria da Qualidade dos Serviços Prestados ao Cidadão, seguidos pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta, indireta e fundacional também foram implantados nas unidades do Ministério da Saúde. O programa estava voltado para o “atendimento de excelência dos cidadãos- usuários” dos serviços oferecidos pelo nível federal do Sistema Único de Saúde-SUS, como Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA, Disque-Saúde, Fundação Nacional de Saúde- FUNASA, Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, Hospital dos Servidores do Estado- HSE, Instituto Nacional do Câncer-INCa, entre outros.

No âmbito deste programa, consubstanciado no Plano Plurianual 2000-2003, Plano Avança Brasil, do governo federal, a satisfação do usuário foi definida oficialmente como indicador da qualidade na ótica do cidadão-usuário para o qual foram desenvolvidos instrumentos oficiais de medição (Ribeiro, 2002). O decreto nº. 3.507, de 13 de junho de 2000, instituiu o Sistema Nacional de Avaliação de Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos, com objetivo de alimentar banco de dados sobre a satisfação com os serviços públicos, entre eles, os serviços de saúde (Brasil, 2000).

Na área da saúde, ações específicas para avaliação da qualidade foram empreendidas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais desde o final da década de 90. Em 1998, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa de satisfação de usuários no âmbito do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços hospitalares. Como reedição deste programa, em 2004-2005, o MS implantou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde-PNASS com o intuito de avaliar os serviços do SUS nas dimensões de estruturas, processos e resultados, incluindo elementos sobre a satisfação dos usuários (Brasil, 2005).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS também realiza, desde 2001, pesquisas de opinião junto aos beneficiários nas quais avalia o grau de satisfação com as ações da Agência e as operadoras. Em 2007, a ANS realizou uma pesquisa, por meio do Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais (IPEAD) que revelou que, dentre os entrevistados que conheciam a ANS, a avaliação da Agência foi considerada muito positiva, com a maioria das opiniões variando entre “muito boa” (26%) e “boa” (29%). A maioria dos entrevistados, porém, não conhece a ANS. Os problemas identificados estão mais relacionados à dificuldade de agendamento (34,3%) e relativos aos reajustes dos planos e cobranças indevidas, sendo o percentual mais elevado para o grupo de idosos (Brasil, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Participativa- SGP, encomendou ao DATAUnB (Pesquisas Sociais Aplicadas Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília) a

realização da Pesquisa Nacional de Avaliação de Satisfação dos Usuários do SUS, buscando a aferição da satisfação de usuários atendidos em diferentes serviços do SUS como um dos componentes da avaliação do sistema. Os resultados se destinavam a subsidiar o processo de gestão e gerência do sistema de saúde. Foram enviadas cartas para 2,3 milhões de pacientes atendidos em hospitais públicos. Apenas 7% das pessoas responderam e deram notas aos hospitais, que variam de 0 a 10¹⁷. A partir desta análise, o Ministério da Saúde realizou um ranking dos cinco melhores e piores estados em qualidade de atendimento (Brasil, 2006).

As pesquisas de satisfação de usuários também são encontradas nas secretarias regionais. Em 2007, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo implantou o Programa de Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo e Monitoramento da Qualidade da Gestão dos Serviços com o objetivo de monitorar a qualidade do atendimento e assegurar a “satisfação” do usuário, identificando possíveis irregularidades e ampliando a capacidade de gestão eficiente da saúde pública no Estado (São Paulo, 2008).

Para além dos grandes inquéritos governamentais, há que se considerar ainda a diversidade de pesquisas de satisfação empreendidas por unidades de saúde como hospitais, consultórios e unidades básicas de saúde, tanto do setor público, como também do privado. Estas pesquisas, muitas vezes apoiadas em técnicas de “estimativa rápida”, referidas a dimensão normativa da avaliação (Contandriopoulos *et al.*, 1997), não serão, contudo, analisadas no presente trabalho.

¹⁷ Esses dados podem estar relacionados ao que discutimos no artigo 1 sobre as “não-respostas”.

Da mesma forma, a análise do espaço governamental evidenciou, além das instituições governamentais que demandam as pesquisas de satisfação, institutos de pesquisa de opinião (DataUNB, IPEAD, entre outros) que mostram-se como agentes importantes na produção das enquetes e devem ser igualmente investigados.

4.2 A produção dos artigos publicados em periódicos indexados

Uma primeira análise sobre a produção das pesquisas de satisfação no Brasil refere-se a sua distribuição temporal. O primeiro artigo identificado na literatura foi publicado em 1973 na Revista Brasileira de Enfermagem (Horta e Kamiyama, 1973). Contudo, esta publicação permaneceu isolada, até que novos estudos surgiram na década de 90 e mais fortemente a partir de 2000.

A análise da posição social ocupada pelos autores, conforme será apresentada adiante, identifica que de início, a produção era predominantemente de autores situados no interior do campo científico, ou seja, por professores universitários, ao passo que nos últimos 5 anos, os artigos passaram a ser produzidos por autores situados nos serviços de saúde, como médicos e enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Quanto à classificação dos periódicos conforme o Sistema Qualis da Capes, 45% dos artigos encontram-se publicados em periódicos classificados como “C” internacional, seguidos de “B” nacional (27,5%). Apenas 12,5 % estão publicados em periódicos de circulação internacional “A”. Destaca-se ainda que 10 % dos periódicos não estão classificados pelo sistema Qualis (Tabela 1).

Tabela 1- Características dos artigos sobre satisfação de usuários publicados na literatura brasileira. Medline, Scielo e Web of Science, 1990 - 2008.

Características (n=40)	n	%
Ano de publicação		
2006 - 2008	17	42,5
2001 - 2005	12	30
1996 - 2000	7	17,5
1990 - 1995	4	10
Qualis do artigo		
C-I	18	45
B-N	11	27,5
A-I	5	12,5
A-N	1	2,5
C-N	1	2,5
Sem classificação	4	10
Desenho de pesquisa		
Inquéritos	23	57,5
Estudos de caso	6	15
Revisão de bibliografia	5	12,5
Validação de instrumento	3	7,5
Ensaio teórico	3	7,5
Nível de atenção (n=32)		
Atenção básica	12	37,5
Atenção especializada	11	34,4
Atenção hospitalar	6	18,7
SUS (vários níveis)	3	9,4
Natureza do serviço (n=32)		
Público	29	90,6
Privado	3	9,4

4.3 Características das pesquisas de satisfação

Os artigos de satisfação de usuário possuem as mais distintas temáticas, como acolhimento, humanização, saúde mental, saúde bucal, saúde materno-infantil, assistência à enfermagem, assistência ao parto, bem como avaliação de diversos serviços e programas de saúde.

São estudos relativos à atenção básica (37,5%), seguido da atenção especializada (34,4%) e atenção hospitalar (18,7%). Ainda, alguns estudos dirigem-se ao sistema de saúde em sua integralidade (9,4%). Os estudos empíricos (84,2%) são, em sua maioria, de âmbito local (municipal, reduzido a uma ou duas unidades) e avaliam serviços públicos de saúde (90,6%).

Nota-se que a grande maioria está voltada para a avaliação da qualidade dos serviços. Estes estudos tomam a satisfação como indicador único da qualidade ou como um de seus componentes.

Os inquéritos são os mais freqüentes entre os estudos publicados (57,5%), seguido de estudos de casos com entrevistas em profundidade e/ou grupos focais (15%). Há ainda revisões de literatura (12,5%), validação de instrumentos (7,5%) bem como ensaios teóricos (7,5%). Dentre os estudos empíricos revisados, a grande maioria apresentou como resultados alta satisfação dos usuários.

É importante notar que a satisfação é empregada de modo acrítico; não há referência ao conceito de satisfação adotado nas pesquisas na maioria dos estudos empíricos revisados. Apenas os trabalhos do tipo revisão de literatura e ensaios teóricos discutem conceitos articulados à satisfação, apresentando muitas vezes ambigüidades ligadas à noção.

A quase totalidade dos estudos empíricos entrevistou usuários do SUS, de classes populares. Embora sejam descritas nas pesquisas variáveis sócio-demográficas, não são feitas discussões a respeito do conjunto de expectativas, crenças, valores e atitudes próprios destes usuários. Observa-se ainda que as avaliações de satisfação desprezam dados sobre o contexto dos serviços e programas que buscam avaliar. Essas avaliações que têm sido denominadas como de tipo “caixa preta”, produzem resultados, mas não são capazes de explicá-los.

A maioria dos estudos são inquéritos que interrogam uma amostra de usuários com um questionário estruturado. Conforme apontou Carr-Hill (1992), são estudos de abordagem funcionalista e mecanicista que pressupõem a existência da satisfação entre os entrevistados, cabendo ao questionário “medi-la”.

4.4 Características dos agentes: capital cultural e trajetória profissional

A análise do capital cultural dos autores revela que, hoje, 65,8% possuem doutorado (Tabela 2) e 52,6 % exercem atividade de docência em universidades públicas federais (Tabela 3). O grupo é constituído por profissionais de formação variada na área de saúde e em ciências sociais, em sua maioria enfermeiros (31,6%) e médicos (28,9%), com Doutorado nas áreas de Saúde Pública e afins (42,1%), Enfermagem (13,2%) e outras áreas (10,5%) (Tabela 4).

A maioria dos autores exerce atividades de docência ou pesquisa em instituições de ensino e pesquisa (73,7%). Um grupo menor está ligado aos

Tabela 2- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com características quanto ao capital escolar. Plataforma Lattes, 2009.

Capital escolar (n=38)	n	%
Maior titulação		
Graduação	3	7,9
Mestrado	10	26,3
Doutorado	25	65,8
Pós-doutorado (n=25)	4	16
Categoria do pesquisador no ano de publicação		
Júnior	32	84,2
Apenas com graduação (n=32)	9	28,1
Apenas com mestrado (n=32)	11	34,4
Recém doutor (n=32)	12	37,5
Sênior	6	18,8

Tabela 3- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com ocupação e seus espaços. Plataforma Lattes, 2009.

Ocupação (n=38)	n	%
Campo científico		
Professor universitário (universidades públicas)	20	52,6
Professor universidades privadas	3	7,9
Pesquisador	5	13,1
Espaço dos serviços		
Médico	3	7,9
Enfermeiro	3	7,9
Psicólogo	1	2,6
Secretário de Saúde	1	2,6
Outros	2	5,2

Tabela 4- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com áreas de formação. Plataforma Lattes, 2009.

Áreas de formação	n	%
Graduação		
Enfermagem	12	31,58
Medicina	11	28,95
Psicologia	05	13,16
Ciências sociais	03	7,89
Odontologia	03	5,26
Outros	04	13,16
Área de concentração do mestrado		
Saúde Pública	17	44,74
Enfermagem	09	23,68
Outros	09	23,68
Sem mestrado	03	7,89
Área de concentração do doutorado		
Saúde Pública	16	42,10
Enfermagem	05	13,16
Outros	04	10,53
Sem doutorado	13	34,21

serviços públicos de saúde bem como secretarias municipais de saúde (26,3%). A análise da trajetória dos autores revela também que alguns deles ao publicarem os estudos de satisfação ocupavam cargos na estrutura do SUS federal ou municipal.

Os dados mostram que 84,2% dos autores foram considerados na época da publicação do artigo como juniores; apenas 18,8% podiam ser considerados como seniores (Tabela 2). Em todo o caso, nota-se que 56,3% eram doutores (37,5 % recém doutores), 34,4 % mestres e 28,1% não possuíam o mestrado.

A análise mostra que à época da publicação do artigo, os autores encontravam-se em início de carreira, portanto mais suscetíveis de serem influenciados pelas demandas dos serviços de saúde e agências financiadoras. O financiamento das investigações foi feito principalmente por agências de fomento à pesquisa, de âmbito estadual ou nacional, mas também para o Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

4.5 Capital científico e burocrático

Quanto às posições dos autores ao interior do campo científico, analisaram-se atributos do capital científico relativos ao poder administrativo universitário (Tabela 5), prestígio científico (Tabela 6) e capital científico “puro”, ou seja, indicadores de produção científica e contribuição ao conhecimento (Tabela 7).

Tabela 5- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com indicadores de capital universitário. Plataforma Lattes, 2009.

Indicadores (n=38)	n	%
Chefe de departamento		
Sim	3	7,9
Não	35	92,1
Coordenação graduação		
Sim	3	7,9
Não	35	92,1
Coordenação pós-graduação		
Sim	8	21,1
Não	30	78,9
Diretor de instituição		
Sim	1	2,6
Não	37	97,4
Membro de conselho superior		
Sim	11	28,9
Não	27	71,1

Tabela 6- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com indicadores de prestígio científico. Plataforma Lattes, 2009.

Indicadores	N	%
Membro de comissão CAPES/ CNPq		
Sim	3	7,9
Não	35	92,1
Prêmios científicos		
Sim	6	15,8
Não	32	84,2
Membro de corpo editorial		
Sim	13	34,2
Não	25	65,8
Revisor de periódicos		
Sim	16	42,1
Não	22	57,9

Tabela 7- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com indicadores de capital científico. Plataforma Lattes, 2009.

Indicadores	N	%
Líder de diretório		
Sim	10	26,3
Não	28	73,7
Bolsa de produtividade		
1A	1	2,6
1B	0	0
1C	1	2,6
2	4	10,5
Não possui	32	84,2
Número de artigos publicados		
1 - 5	16	42,1
6 -10	5	13,2
11 -20	7	18,4
21 - 30	3	7,9
31 - 50	5	13,2
Mais de 50	2	5,2
Número de livros publicados		
Nenhum	20	52,6
1 - 5	15	39,5
6 - 10	2	5,3
11 - 20	1	2,6
Número de capítulos de livros publicados		
Nenhum	18	47,4
1 - 5	10	26,3
6 - 10	6	15,8
10 - 20	2	5,3
Mais de 20	2	5,3
Número de orientação de mestrado		
Nenhuma	23	60,5
1-5	3	7,9
6-10	2	5,3
11 - 20	7	18,4
Mais de 20	3	7,9
Número de orientação de doutorado		
Nenhuma	28	73,7
1 - 5	5	13,2
6 - 10	3	7,9
Mais de 10	2	5,3

Um percentual baixo de autores (7,9%) possui capital do tipo administrativo universitário (ocupam posições como chefias, coordenações, diretorias) bem como capital de prestígio científico. Note-se, no entanto, um número mais expressivo quanto à participação como revisores de periódicos (42,1%) e membro de corpo editorial (34,2%), ambos indicadores que implicam reconhecimento dos pares. Os indicadores de notoriedade intelectual, referidos ao reconhecimento da sociedade (artigos publicados em grandes jornais de circulação e participações em programas televisivos), são insignificantes.

Quanto aos indicadores de produção acadêmica, observa-se que a maioria não possui bolsa de produtividade (84,2%), não são líderes de diretório do CNPq (73,7%), possuem produção científica considerada incipiente: de 1 à 5 artigos publicados (42,1%), nenhum livro (52,6%) ou capítulo de livro publicado (47,4%); não orientam mestrado (60,5%) ou doutorado (73,7%). Esse quadro configura o alto percentual de autores com baixo capital científico global (73,7 %).

A análise das posições no interior de instituições governamentais de saúde, chamada de espaço burocrático (Tabela 8), aponta para um número baixo de autores (18,4%) que ocuparam cargos no Ministério ou Secretarias de Saúde, configurando um total de 81,6% de autores com baixo capital administrativo.

Há, portanto, um padrão claro no que diz respeito às características dos profissionais que produzem pesquisas de satisfação de usuários. A produção é feita predominantemente por profissionais com baixo capital científico e burocrático nas instituições governamentais de saúde. Ao que a análise sugere, são professores universitários em início de carreira que respondem às

demandas do Ministério e professores com mais experiência (médio e alto capital científico) que, assumindo posições ao interior de instituições governamentais, coordenam e realizam pesquisas de satisfação, muitas vezes ligadas a estudos avaliativos mais amplos.

4.6 Espaço de posição dos agentes

Conforme apresentado, os autores que publicaram estudos sobre satisfação de usuários são em sua maioria (73,7%) acadêmicos (professores universitários e pesquisadores). Apenas 26,3% possuem ocupação ligada aos serviços de saúde, como médicos e enfermeiras. Distinguem-se assim dois espaços, o “campo universitário” e o “espaço dos serviços”, onde se situam os agentes interessados na temática de satisfação e responsáveis pelas publicações (Tabela 9).

Como é esperado, o capital cultural (escolar) no campo acadêmico é mais elevado (60,7% de autores com alto capital escolar), embora, como visto, os indicadores de capital científico, e também administrativo, são baixos. No espaço dos serviços os níveis de capitais para os tipos estudados mostram-se baixos também. Os autores acadêmicos pertencem a diversas áreas do saber, sendo as mais frequentes a Saúde Coletiva e em seguida a Enfermagem (Tabela 9). Esta análise aponta que a satisfação é uma temática que se desenvolve no espaço da Saúde Coletiva e secundariamente na Enfermagem.

As análises evidenciadas quanto às características dos produtores sugere variações que acompanham o padrão do espaço da Saúde Coletiva,

Tabela 8- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com capital burocrático/administrativo. Plataforma Lattes, 2009.

Indicadores (n=38)	n	%
Cargo Secretaria Municipal de Saúde		
Sim	1	2,6
Não	37	96,4
Cargo Secretaria Estadual de Saúde		
Sim	0	0
Não	38	100
Cargos Ministério da Saúde		
Sim	6	15,8
Não	32	84,2

Tabela 9- Distribuição proporcional de autores de artigo sobre satisfação do usuário de acordo com características quanto à posição no espaço e tipo de espaço. Plataforma Lattes, 2009.

Características/ Espaço	Campo científico (n=28)		Espaço dos serviços (n=10)	
	n	%	n	%
Capital escolar				
Alto	17	60,7	1	10
Médio	7	25	7	70
Baixo	4	14,3	2	20
Capital científico				
Alto	2	7,1	0	0
Médio	8	28,6	0	0
Baixo	18	64,3	10	100
Capital administrativo				
Alto	0	0	0	0
Médio	4	14,3	2	20
Baixo	24	85,7	8	80
Categoria de pesquisador				
Júnior	22	78,6	10	100
Apenas com graduação	5	17,9	4	40
Apenas com mestrado	6	21,4	5	50
Recém doutor	11	39,3	1	10
Sênior	6	21,4	0	0
Graduação				
Enfermagem	9	31,1	3	30
Medicina	6	21,4	5	50
Psicologia	4	14,3	1	10
Ciências sociais	3	10,7	0	00
Odontologia	2	7,1	1	10
Outros	4	14,3	0	00
Mestrado				
Saúde Coletiva	13	46,4	4	40
Enfermagem	8	28,6	1	10
Outros	5	17,9	4	40
Sem mestrado	2	7,1	1	10
Doutorado				
Saúde Coletiva	15	53,6	1	20
Enfermagem	5	17,8	0	00
Outros	4	14,3	0	10
Sem doutorado	4	14,3	9	70

como um campo recente, voltado para os serviços, onde a produção científica não é “a única aposta”, sendo alternada com o interesse por consultorias, por exemplo, o que pode explicar o número elevado de profissionais com baixo capital especificamente científico neste subcampo.

A análise dos currículos Lattes evidencia ainda que a maioria dos autores ao interior do campo científico não possuem a satisfação de usuário como principal temática de investigação ou como linha de pesquisa. Apenas duas docentes (7%) possuem a satisfação como linha de pesquisa. A avaliação em saúde, porém, enquanto linha mais ampla, foi citada por 28,5% dos autores. A grande maioria dos autores (primeiro autor) possui apenas 01 artigo publicado, embora seja possível identificar grupos de pesquisadores interessados na temática que revezam a autoria principal do artigo com co-autorias.

4.7 Tomadas de posição em relação aos estudos

A análise dos artigos evidencia que pesquisadores com maior capital científico realizam, em alguma medida, a discussão do conceito de satisfação e outros termos a ele associados, validam instrumentos e identificam limites dos estudos. É entre os pesquisadores com menor capital científico que encontramos um maior uso irrefletido do conceito, bem como a tomada da satisfação como único indicador da qualidade.

4.8 Satisfação de usuários como temática inserida na Avaliação em Saúde

Uma vez que o espaço dos estudos sobre a satisfação de usuários encontra-se vinculado ao espaço da Avaliação em Saúde, faz-se necessário analisar disputas em jogo neste espaço, relativas aos objetos de estudo e legitimidade dos profissionais, bem como refletir sobre a importância crescente da Avaliação na Saúde Coletiva.

A Avaliação em Saúde se expande no Brasil nos anos 90, a partir de duas vertentes: por um lado, as necessidades relacionadas com o controle das despesas de saúde e com a garantia da efetividade das ações. Por outro, a implantação do SUS, particularmente as diversas experiências de municipalização que geraram uma demanda para avaliação de resultados vinculada à legitimação das políticas e da gestão, apoiando-se sobre conhecimentos e práticas de profissionais especializados em avaliação, sobretudo médicos.

As avaliações de satisfação de usuários constituem-se, em parte, ao interior do espaço da Avaliação em Saúde como temática secundária, sendo, portanto, facilmente dominado por pressões deste espaço. Esta questão verifica-se, por exemplo, nas pesquisas que buscam apoiar-se em desenhos epidemiológicos ou mesmo nos inquéritos, numa tentativa de reproduzir uma lógica própria do espaço da avaliação, onde a epidemiologia e a estatística figuram como métodos legítimos.

Entretanto, definições relativas ao conceito de satisfação e seus significados são desprezados pelos pesquisadores, que assumem a satisfação como medida legítima ou indicador “naturalizado” da qualidade. Como

analisado, o conceito de satisfação usado nesses estudos não é frequentemente explicitado, como se o sentido da palavra já estivesse dado. Trata-se da noção de satisfação oriunda do senso comum que aparece como evidente e dispensa explicitação. Tal simplificação pode trazer igualmente implicações nos resultados, como a elevada satisfação encontrada por tais pesquisas.

Há de fato por parte dos pesquisadores da satisfação uma tentativa explícita de pertencimento ao campo da avaliação da qualidade, em defesa da legitimidade da satisfação como indicador. Grande parte dos artigos investigados defende a satisfação como indicador legítimo da qualidade e importante para melhoria dos serviços de saúde.

Verificam-se ainda disputas relativas à definição das estratégias metodológicas e desenhos de pesquisa, entre métodos estatísticos e técnicas qualitativas, tidas como mais adequadas para a compreensão de um conceito subjetivo.

5. Considerações finais

A análise empreendida identificou que embora existam registros de pesquisas sobre a satisfação dos usuários no Brasil, desde a década de 70, o seu desenvolvimento ocorre principalmente a partir de 2000, período em que ocorre a tomada do problema pela agenda política das instituições governamentais de saúde. Essas investigações caracterizam-se por pequenos inquéritos realizados com administração de questionários voltados para a avaliação da atenção básica e especializada.

Os trabalhos são na sua maioria produzidos por autores oriundos de diversos grupos profissionais com grande participação de enfermeiros e médicos, com baixo capital científico e burocrático. Discute-se provisoriamente a hipótese que os agentes empenhados nesses estudos por serem pesquisadores em início de carreira submetem-se mais facilmente às demandas das agências financiadoras e das instituições de saúde. A dominância da inserção dos mesmos no espaço da Saúde Coletiva fortemente imbricado com a gestão dos serviços de saúde também pode estar na origem dessas opções.

O investimento em estudos que privilegiam a percepção do usuário, ainda que por meio da noção pré-construída da satisfação, pode revelar a busca pela ocupação de uma posição diferenciada no espaço da Avaliação em Saúde. De fato, o debate acerca da subjetividade na avaliação da qualidade em saúde (Traverso-Yépez e Moraes, 2004; Uchimura e Bosi, 2002; Serapioni, 1999) defronta-se com o reconhecimento social do que é científico no campo da avaliação, sua forma de conceber objetos de pesquisa e modalidades de estudo.

O pouco investimento de pesquisadores com elevado capital científico na temática invoca o problema de tornar acadêmico um objeto de pesquisa marcadamente político. As condições sociais de produção dos estudos de satisfação de usuário no Brasil mostram que o tema concerne mais à agenda política que acadêmica. Os estudos de satisfação nascem de uma *démarche* da qualidade orientada para os usuários, como cultura empresarial no âmbito do planejamento e gestão dos governos (Faugeras, 2007). Recomenda-se assim, uma análise das pesquisas de satisfação e seus usos ao interior das

instituições governamentais de saúde.

Conforme discute Bourdieu (2003), uma das grandes questões relativas aos campos (ou subcampos) científicos é justamente sua autonomia em relação ao “macrocosmo” econômico. O modo como os vários campos manifestam resistências frente às demandas e pressões externas caracteriza o seu grau de autonomia. Se não existe ciência pura, liberta de qualquer interesse ou necessidade social, deve-se evitar a “ciência escrava”, submissa às demandas políticas e econômicas (Bourdieu, 2004).

Por uma autonomia crescente do espaço da avaliação em saúde é necessário o afastamento de temáticas interessadas, imposições externas de objetos e problemáticas, ainda que dela só nos livremos parcialmente. No afastamento da “pesquisa avaliativa” da “avaliação normativa” figura os contornos de um campo nascente que, com trabalho teórico, realiza a ruptura fundamental para a construção de objetos científicos.

O presente trabalho, como uma primeira aproximação da discussão sobre as condições sociais de produção das pesquisas de satisfação no Brasil, limitou-se a um estudo exploratório realizado com dados secundários expressos no conjunto de artigos e documentos publicados. Novas pesquisas são indicadas para o aprofundamento da questão, bem como validação das hipóteses ora formuladas.

6. Referências bibliográficas

1. Angelim GP. Sistema nacional de avaliação da satisfação do usuário do serviço público. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de La Administración Pública, Lisboa, Portugal 2002; 8-11.

2. Aspinall F, Addington-Hall, Hughes R e Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of advanced nursing* 2003; 42(4): 324-339.
3. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 44(1): 85-92.
4. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP; 2004.
5. Bourdieu P. Homo academicus. Paris: Les éditions de minuit; 1984.
6. Bourdieu P. La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison. *Science et structure sociales* 1975 ; 7 (1), mai.
7. Bourdieu P. Razões práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus ; 2005.
8. Bourdieu P. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes; 2003.
9. Brasil. Presidência da República. Decreto no. 3.507, de 13 de junho de 2000. Publicado no Diário Oficial da união de 14 de junho de 2000. Presidência da República. Brasília, 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.511 de setembro de 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários do SUS. Brasília: relatório técnico; 2006
12. Brasil. Agência nacional de Saúde Suplementar. Relatório de pesquisa de opinião. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/site/home2/pesquisas.asp#usuarios. Acesso em: outubro de 2008.
13. Bresser-Pereira LC, Spink, P. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial (coletânea)*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1998.
14. Carr-Hill R.A. The measurement of patient satisfaction. *Journal Of Public Health Medicine* 1992; 14(3): 236-249.
15. Contandriopoulos AP; Champagne F; Denis JR & Inealut R. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, ZMA (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997: 29-47.

16. Deming WE. *Qualidade: A revolução da administração*. Rio de Janeiro: Saraiva; 1990.
17. Edwards C, Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health & Social care in the Community* 2000; 8(6): 417-424.
18. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações metodológicas. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10 suppl.0.
19. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22:6.
20. Estcourt S, Hickey J, Perros P, Dayan C, Vaidya B. The patient experience of services for thyroid eye disease in the United Kingdom: results of a nationwide survey. *Eur J Endocrinol. Epub* 2009; 19.
21. Faugeras S. L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et medico-social. *Paroles d'usagers et demarche qualité*. Paris: Éditions Seli Arslan; 2007.
22. Goupy F. *Le point de vue du chercheur specialist des enquêtes de satisfaction des maladies*. Paris: mimeo;1991.
23. Horta WA, Kamiyama Y. Estudo preliminar sobre o grau de satisfação do paciente hospitalizado em relação à assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 1973; 6 (1/2):81-92.
24. Houts PS, Yasko JM, Benham Kahn S, Schelzel GW, Marconi KM. Unmet psychological, social, and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania. *Cancer* 1986; 58: 2355-2361
25. Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Ver. Saúde. Pública* 1991; 25(1): 41-6.
26. Owens DJ, Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine* 1996; 42 (11): 1483-1491.
27. Ribeiro PAS. Estudo de caso: a avaliação de satisfação do usuário na área de saúde do governo federal. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de La Administración Pública, Lisboa, Portugal; 2002: 8-11.
28. São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Programa de Satisfação dos Usuários do SUS do Estado de São Paulo. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/content/cidadao_destaque_programa_satisfacao.mmp. Acesso em: 18/11/08.
29. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos

- usuários e a perspectiva dos profissionais em saúde. *Saúde em Debate* 1999; 23 (53):81-92, set-dez.
30. Thiedke C. What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice Management* 2007, jan.
31. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6): 1561-1569 nov-dez.
32. Yépez-Traverso M. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(1):80-88, jan-fev.

Anexos

Anexo 1- Critério para julgamento das bolsas de produtividade

Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva e Nutrição – CA-SN

Critérios de Julgamento – CA-SN

Vigência: 2009 a 2011

Os critérios que estruturam este processo de avaliação seriam utilizados por todos os CAs da Área de Ciências da Vida. Entretanto, devido a particularidades dos diferentes CAs, a definição de eventuais parâmetros específicos para cada critério empregado ficaria a cargo de cada CA.

1. Normas gerais:

- a) O desempenho do pesquisador é avaliado por meio de indicadores referentes ao quinquênio anterior, no caso do nível 2, e do decênio anterior no caso dos níveis 1A-D.
- b) Os critérios incluem sua produção científica, formação de recursos humanos, contribuição para a inovação, coordenação ou participação em projetos de pesquisa, participação em atividades editoriais e de gestão científica.
- c) A avaliação enfatiza a qualidade da produção científica e tecnológica de acordo com critérios internacionais.
- d) Os solicitantes serão classificados pelos critérios a seguir, exclusivamente com a finalidade de adequar a demanda às cotas de bolsas PQ disponibilizadas pelo CNPq.

2. Requisitos mínimos para os diferentes Níveis

2.1. Requisitos mínimos para acesso ao Nível 2

Este nível é a porta de entrada convencional para obtenção de Bolsa PQ. Para ser classificado neste nível o pesquisador deverá satisfazer os seguintes requisitos mínimos no quinquênio anterior:

- a) **Ter publicado pelo menos 5 trabalhos científicos em periódicos ou na forma de livros ou capítulos nos últimos 5 anos. Para esta produção, serão considerados artigos Nacional-A ou superior e livros ou capítulos publicados em editoras pertencentes ao grupo destacado de editoras do critério Capes. Livros completos contam como 2 produtos.**
- b) ter concluído a orientação de pelo menos 1 (um) Mestre;
- c) **estar em atividade de orientação em pós-graduação estrito senso**
- d) ter linha de pesquisa definida e apresentar projeto de pesquisa de mérito científico, conforme avaliação do CA com base nos pareceres dos consultores ad hoc, e
- e) atingir classificação compatível com a cota de bolsas disponíveis nesta categoria.

2.2. Critérios de acesso ao nível 1D:

Para ser classificado neste nível o pesquisador deverá satisfazer os seguintes requisitos mínimos no decênio anterior:

a) Ter publicado pelo menos 20 trabalhos científicos em periódicos ou na forma de livros ou capítulos nos últimos 10 anos. Para esta produção, serão considerados artigos Nacional -A ou superior e livros ou capítulos publicados em editoras pertencentes ao grupo destacado de editoras do critério Capes. Livros completos contam como 2 produtos.

b) Ter concluído a orientação ou co-orientação de pelo menos 10 mestres ou doutores nos últimos 10 anos, sendo pelo menos 5 como orientador principal

c) Estar em atividade de orientação em pós-graduação estrito senso

d) ter linha de pesquisa definida e apresentar projeto de pesquisa de mérito científico, conforme avaliação do CA com base nos pareceres dos consultores ad hoc;

e) haver disponibilidade de bolsas novas ou liberadas nesta categoria.

2.3. Critérios para progressão os níveis 1C , 1B e 1A:

Para ser classificado nestes níveis o pesquisador deverá satisfazer os seguintes requisitos mínimos, no decênio anterior:

a) Ter publicado pelo menos 20 trabalhos científicos em periódicos ou na forma de livros ou capítulos nos últimos 10 anos. Para esta produção, serão considerados artigos Nacional -A ou superior e livros ou capítulos publicados em editoras pertencentes ao grupo destacado de editoras do critério Capes. Livros completos contam como 2 produtos.

b) Ter concluído a orientação ou co-orientação de pelo menos 10 mestres ou doutores nos últimos 10 anos, sendo pelo menos 5 como orientador principal

c) Estar em atividade de orientação em pós-graduação estrito senso

d) ter linha de pesquisa definida e apresentar projeto de pesquisa de mérito científico, conforme avaliação do CA com base nos pareceres dos consultores ad hoc, e

e) atingir classificação compatível com a cota de bolsas disponíveis nesta categoria.

3. Comparações entre os pares da demanda:

Considerando-se a oferta limitada de bolsas novas e/ou liberadas, serão utilizados como parâmetros de classificação e desempate para todas as Categorias/Níveis, os seguintes critérios, na seguinte ordem de prioridade:

1. Número de publicações e índice de impacto dos respectivos periódicos científicos.

2. Número de teses de Doutorado orientadas e aprovadas.

3. Número de dissertações de Mestrado orientadas e aprovadas.

4. Nucleação de grupos de pesquisa.

5. Índice "h";

6. Qualificação do projeto de pesquisa apresentado na solicitação da bolsa PQ, conforme avaliação do CA com base nos pareceres dos consultores ad hoc.

7. Número de Pós-Doutores supervisionados.
8. Número de orientações de Doutorado em andamento.
9. Número de orientação de Mestrado em andamento.
10. Número de orientações em andamento de bolsistas de Iniciação Científica do CNPq, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa e outras entidades equivalentes.

4. Reconhecimento de Notória Liderança Científica:

Em casos excepcionais, parte dos requisitos mínimos acima poderá ser dispensada e critérios adicionais de comparação entre pares poderão ser utilizados para candidatos que possuem liderança científica amplamente reconhecida pela sua obra. Essa qualidade leva em consideração o fazer escola de pensamento científico, a disseminação nacional e internacional de uma área de investigação e a criação de instituições científicas ou tecnológicas de excelência. Na caracterização desta excepcionalidade serão considerados os seguintes critérios:

1. Produção científica da carreira;
2. Impacto da produção científica ou tecnológica, utilizando-se critérios qualitativos e quantitativos;
3. Contingente de recursos humanos formados em nível de Pós-Graduação (Mestres e Doutores);
4. Destino dos recursos humanos formados e sua contribuição científica;
5. Nucleação de grupos de pesquisa;
6. Atividades de gestão científica e tecnológica e de administração de instituições e núcleos de excelência científica e tecnológica.

Nota: A concessão de excepcionalidade neste caso deverá obrigatoriamente ser apoiada por pelo menos 2/3 dos membros do CA.

Para os cálculos de indicadores quantitativos serão utilizados os bancos de dados da Plataforma Lattes do CNPq, Thomson ISI Web of Science, Sociological Abstracts, Scielo.

As diferentes abreviaturas do nome de determinado pesquisador deverão ser conhecidas pelo CA e pelos técnicos do CNPq para evitar subestimar os parâmetros relacionados.

Artigo III

Distâncias sociais e o julgamento dos serviços de saúde

Sumário do Artigo 3

Resumo	125
Abstract	126
1. Introdução	127
2. Objetivos	129
3. Metodologia	130
3.1 <i>Hipóteses e referencias teóricos</i>	130
3.2 <i>Desenho do estudo</i>	132
4. Resultados e Discussão	136
a. <i>Posição ocupada no espaço social pelos usuários</i>	136
b. <i>Critérios de classificação e lógicas de distinção</i>	141
4.2.1 <i>Habitus de classe e a escolha do médico</i>	141
4.2.2 <i>A escolha do necessário</i>	145
4.2.3 <i>Os discursos sobre o médico e a “disposição crítica”</i>	148
4.2.4 <i>As categorias de percepção do médico: entre a competência técnica e a sensibilidade</i>	151
4.2.5 <i>Trocas lingüísticas e o exercício do poder</i>	153
4.2.6 <i>O ajuste das práticas e as estratégias de distinção</i>	157
4.2.7 <i>A distância entre a necessidade de cuidados médicos e o julgamento crítico dos serviços</i>	161
4.3 <i>Relações de continuidade ou de ruptura</i>	162
5. Considerações finais	163
6. Referências bibliográficas	166
Anexo 1- Roteiro de entrevista (profissionais)	170
Anexo 2- Roteiro de entrevista (populares)	171

Distâncias sociais e o julgamento dos serviços de saúde

Resumo

O estudo teve por objetivo analisar o julgamento dos serviços de saúde pelos usuários a partir de sua posição no espaço social. Partiu-se do pressuposto que o julgamento do serviço pelos usuários pode estar orientado por um *habitus* de classe e de campo, portanto, dependente das posições ocupadas pelos agentes no espaço social. Foram entrevistados 22 indivíduos, entre professores universitários e ocupações populares, com diferentes espécies de capital (econômico e cultural), a partir de entrevistas em profundidade, realizadas no domicílio ou local de trabalho do respondente. A análise das entrevistas foi mediada por categorias analíticas, formuladas a partir do referencial teórico de Bourdieu, tais como capital cultural, capital econômico, origem e trajetória social. Utilizou-se ainda o capital científico, como espécie de capital cultural, para refinamento da análise entre o grupo de professores. Foram encontradas diferenças quanto ao modo de escolher e julgar tanto o serviço de saúde quanto os médicos, nos dois grupos pesquisados, bem como ao interior dos grupos. As condições de possibilidade da escolha do médico entre o grupo com elevado capital global também variam conforme a posição no espaço social e envolve a mobilização tanto de critérios técnicos quanto simbólicos. Em contrapartida, o universo dos possíveis para as classes populares é bastante limitado por constrangimentos econômicos e sociais e a escolha, neste grupo, é motivada por critérios de acesso. Discute-se ainda que a distância da situação de sofrimento ou de adoecimento também contribui para aumentar a margem de liberdade para a escolha e julgamento. Analisa-se que a tomada de posição em relação ao serviço corresponde a um ajuste inconsciente das necessidades às possibilidades dos usuários e identifica-se na relação médico-paciente o encontro entre agentes de distintos capitais, o que coloca conflitos e resistências. São discutidas as implicações das evidências como elementos explicativos para a alta satisfação de usuário reportado na literatura internacional.

Palavras-chave: Julgamento dos serviços de saúde. *Habitus* de classe. Relação médico-paciente. Satisfação do usuário.

Social distances and the health services judgment

Abstract

The study aimed to analyze the user's health services judgment from their position in the social space. It was estimated that the judgment of the service by the users can be guided for social class and field *habitus*, therefore, it depends on the positions in the social space. Twenty-two individuals had been interviewed, between university professors and agents with popular occupations, with different species of global capital (economic and cultural), from depth interviews developed in the domicile or workstation of the respondent. The analysis of the interviews was mediated by analytical categories, formulated from the theoretical reference of Bourdieu, such as capital cultural, capital economic, origin and social trajectory. The scientific capital was also used, as species of cultural capital, to refine the analysis into the professors group. Differences in the way of choosing and judging the health service and doctors were identified in the two searched groups, as well as in the interior of the groups. The condition of choosing a doctor in the group with high global capital vary with technical and symbolic criteria. On the other hand, the universe of possibilities for the popular ones is limited by economic and social constraints and the choice, in this group, is motivated by access criteria. Still, it is argued that in the distance of the illness or suffering also contributes to increase the edge of freedom of choice and judgment. It is analyzed that the *taking of position* in the services corresponds to an unconscious adjustment of necessities to possibilities. It was also identified that the doctor-patient relation is a meeting between agents of distinct capitals, what places conflicts and resistances. The evidences implications are argued as clarifying elements for the high user satisfaction reported in international literature.

Key-words: Health services judgment. Social class *habitus*. Doctor-patient relationship. User satisfaction.

Distâncias sociais e o julgamento dos serviços de saúde

Dêem-lhe todas as satisfações econômicas de maneira que não faça mais nada senão dormir, devorar pastéis e esforçar-se por prolongar a história universal (Dostoievski, No meu subterrâneo)

1. Introdução

As desigualdades em relação ao uso dos serviços de saúde têm sido evidenciadas por diversos estudos brasileiros (Chaves e Vieira-da-Silva, 2008; Silva *et al.*, 2000; Costa e Facchini, 1997; Cesar e Tanaka, 1996). A relação entre o julgamento do usuário e sua posição no espaço social, em contrapartida, não se encontra bem estabelecida na literatura.

De modo geral, os estudos de satisfação não diferenciam os usuários dos serviços, desprezando características sobre condições sócio-econômicas, redes sociais, tipos de capitais que acumulam e posição no espaço social. Pode-se dizer, sem exagero, que há uma hipótese implícita comum aos estudos, que considera que todos os usuários são homogêneos do ponto de vista social, estão aptos e interessados em avaliar os serviços e que o fazem segundo os mesmos critérios.

A literatura especializada apresenta ambigüidades e baixo consenso quanto às relações entre a satisfação do usuário e suas características sociais. As variáveis sócio-econômicas e demográficas não foram suficientemente investigadas (Carr-Hill, 1992) ou apresentam baixa correlação com a satisfação (Hall e Dornan, 1990, Fox e Storms, 1981; Fitzpatrick, 1983, 1991). Os resultados são contraditórios: entre satisfação e renda, por exemplo, há relatos

de associação direta (Khayat e Salter, 1994) bem como inversa (Hall e Dornan, 1990). A variável mais consistente entre as pesquisas é a idade, variando na mesma direção da satisfação (Sitzia e Wood, 1997, Houts *et al.*, 1986; Blanchard *et al.*, 1990).

No Brasil, a maioria das pesquisas investigou serviços públicos de saúde, avaliando a satisfação de usuários de classes populares. Poucos estudos avaliaram a satisfação de usuários com o serviço privado (Gerschman *et al.*, 2007; Cartaxo e Santos, 2007).

Evidencia-se assim que os estudos sobre satisfação e posição ou classe social são contraditórios e o objeto satisfação mal definido pela literatura. As pesquisas empíricas sobre a relação médico-paciente por sua vez, apesar de mobilizarem abordagens psicológicas para a interpretação da questão (Balint, 1988), também desprezam as diferenças sociais envolvidas neste tipo de encontro. Referenciais sociológicos, por sua vez, evidenciam a relação doente-médico como uma relação de dominação entre classes sociais (Boltanski, 2004), da ordem médica sobre a sociedade, sendo o médico o representante da instituição médica, cabendo-lhe o papel de defender suas leis e estatutos (Fernandes, 1993). Conforme Foucault (2004), a clínica nasce em meio à política e ao poder, como subproduto do saber, da ciência.

Boltanski (2004) identifica que um dos principais instrumentos da dominação da prática médica é a linguagem dos médicos. Médico e paciente são separados pela barreira lingüística que distingue, em última instância, as classes cultas das classes populares. O vocabulário especializado utilizado pelo médico redobra a distância lingüística, separando mundos e afirmando a distância entre as classes.

O presente trabalho pretende contribuir com evidências sobre as questões que envolvem a apreciação dos serviços de saúde, a partir do deslocamento da problemática da “satisfação” para a indagação sobre os processos sociais relacionados com o julgamento dos usuários sobre os serviços de saúde e seus significados. Como usuários de diferentes posições sociais avaliam suas experiências em relação aos serviços de saúde?

Interessa-nos, ainda, verificar na relação entre médico e paciente o encontro estabelecido entre especialista e leigo, modificando-se a atitude do médico em função da posição social do usuário. Quem está autorizado a criticar os atos médicos? Como essas diferenças se expressam entre agentes pertencentes a um mesmo campo ou espaço social separados pela distância das posições ocupadas (de dominação, de subordinação ou de homologia), e como ela se define em relação a membros de classes populares, desprovidos das diversas espécies de capital e essencialmente de capital cultural?

2. Objetivos

- 1- Caracterizar os grupos de indivíduos investigados segundo sua posição no espaço social (origem, trajetória social e acumulação de capitais);
- 2- Descrever as experiências dos usuários em relação aos serviços;
- 3- Identificar critérios utilizados por cada grupo (usuários com alto e baixo capital global) para julgamento dos serviços.

3. Metodologia

3.1 Hipóteses e referenciais teóricos

O presente estudo utiliza referências teóricas de Bourdieu (1975, 2001, 2004, 2006) para a construção do problema, particularmente o conceito de *habitus* e a discussão sobre a formação do *gosto*, tal qual analisado na obra “A Distinção” (Bourdieu, 2006). Nesta obra o espaço social é estruturado pelo volume global do capital econômico e cultural e pela estrutura deste capital que determina frações de dominância cultural e econômica em classes dominantes e populares.

Por *habitus* entende-se um sistema de disposições duráveis e transponíveis, que funcionam como princípios geradores e organizadores de práticas e representações (Bourdieu, 2006). O *habitus* é o produto da internalização, pelo indivíduo, das condições históricas e sociais realizadas ao longo de sua trajetória pessoal e social. É, portanto, produto de um campo ou condição de classe e opera como estruturas estruturantes das práticas. O *habitus* pode ser entendido como um conceito que permite articular as “condições objetivas” às “disposições subjetivas”, analisadas a partir de uma *estrutura* e de uma *conjuntura* nas quais os sujeitos constroem suas representações e práticas, sintetizando *histórias de vidas* individuais e coletivas (Bourdieu, 2001).

A idéia de *disposições* pressupõe as propensões para perceber, sentir, fazer e pensar de uma determinada maneira, interiorizadas e incorporadas, sobretudo de forma não consciente, pelos indivíduos, como resultado de suas

condições objetivas de existência e da sua trajetória social. As disposições são *duráveis*, pois são fortemente interiorizadas e tendem a resistir às mudanças, tornando-se contínuas. As disposições são ainda *transponíveis*, pois possuem efeitos sobre outras esferas de experiências.

O *habitus* funciona assim como disposição geral e transponível, cuja aplicação sistemática e universal é estendida para além dos limites onde foi adquirido, resultando em práticas constitutivas de um estilo de vida (Bourdieu, 2006).

O gosto para Bourdieu (2006) pode ser entendido como uma *disposição*; não consiste em uma qualidade inata, mas em uma produção social, onde a herança familiar e da escola exercem papel preponderante. Para Bourdieu (2006) é a formação de um *habitus* que proporciona a incorporação, não intencional, de disposições, inclinações e esquemas avaliativos/classificatórios, que possibilitam ao indivíduo perceber e classificar os bens e produtos culturais.

O gosto funciona então com o sentido de distinção, operando em todas as dimensões da vida social que implicam em escolha – vestuário, comida, formas de lazer, opções de consumo – e, por extensão, na escolha e consumo de serviços de saúde. O gosto emerge como escolhas feitas entre práticas e propriedades. São princípios de classificação, princípios de divisão e capacidade de distinção que permitem a classificação dos bens como “bom gosto”, “mau gosto”, “distinto” ou “vulgar”.

Desse modo, pretende-se responder às questões formuladas por meio da teoria social de Pierre Bourdieu, a partir da hipótese que o julgamento do serviço pelos usuários pode estar orientado por um *habitus* de classe e de

campo, o que implica dizer que depende das posições ocupadas pelos usuários num determinado espaço social bem como pela dinâmica das relações ali existentes, correspondendo a um ajuste inconsciente das necessidades às possibilidades dos usuários. Os esquemas geradores de *habitus* aplicam-se por simples transferência aos mais diversos domínios da prática, como aqui tomaremos as práticas e julgamentos relativos aos serviços de saúde.

3.2 Desenho do estudo

Foram entrevistados 22 indivíduos (ou agentes) com diferentes espécies de capital global, entre econômico e cultural, selecionados no município de Salvador. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas entre janeiro e setembro de 2008.

Para caracterização do grupo considerado com alto capital global foram selecionados intencionalmente 12 professores universitários da UFBA. A escolha dos professores universitários se deu em razão do papel preponderante que ocupa o capital cultural nos processos de hierarquização e diferenciação social, conforme se observa nos trabalhos de Bourdieu. Para entendimento das relações de dominação presentes numa dada estrutura social (como na relação do paciente com seu médico e mesmo na relação estabelecida numa situação de pesquisa), o capital cultural serve como instrumento conceitual que permite diferenciar os grupos pela posse da cultura dominante ou “legítima”, como por meio da análise da competência linguística, elemento de distinção social.

Os agentes foram localizados através do método *snow ball*. Lideranças comunitárias e ligadas ao serviço de saúde também colaboraram na identificação de respondentes com baixo capital global. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas pela pesquisadora (doutoranda) no domicílio do respondente ou em seu local de trabalho (Anexo 1 e 2). Os respondentes participaram da pesquisa por meio de livre concordância. A entrevista continha questões gerais acerca da trajetória social do respondente, sobre seu trabalho, uso recente de serviços de saúde e sua percepção sobre o mesmo, bem como sobre o plano de saúde, quando este era o caso. Foi demandado aos participantes que narrassem uma experiência recente com o serviço de saúde e sua percepção sobre a mesma. Questões relativas à posição social e rede de relações também foram investigadas. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos respondentes e posteriormente transcritas para análise dos dados. O nome dos usuários foi preservado da publicação, assim como foram substituídos os nomes dos médicos.

A análise das entrevistas foi mediada pelas seguintes categorias, formuladas a partir do referencial teórico de Bourdieu (1975, 2004, 2005, 2006):

1) Capital cultural: conjunto de bens simbólicos que se expressam, como estado incorporado; oriundos dos conhecimentos adquiridos como disposições duráveis (ser competente em algum domínio do saber, ser cultivado, possuir domínio da língua, da retórica, conhecer e reconhecer no mundo social seus códigos) e estado institucionalizado (títulos, diplomas, concursos que objetivam o reconhecimento de competências pela sociedade). Aqui serão analisados indicadores de desigualdades escolar, como escolaridade, titulação e domínio da língua.

2) Capital econômico: refere-se à renda familiar do indivíduo e dados sobre a ocupação do mesmo.

3) Capital global: refere-se à acumulação das diversas espécies de capital.

4) Origem social: medida a partir da ocupação e escolaridade do pai do respondente, classificada em alta, média ou baixa.

5) Trajetória social: mobilidade social medida pela distância entre a posição social do indivíduo e sua origem social. A trajetória poderá ser estável (não há variação entre a posição e a origem social), ascendente (indicando progressão na ocupação do espaço social, com maior acúmulo de capital e seus tipos) ou descendente (no caso contrário).

6) Capital social: representa conjunto de contatos, relações interpessoais e amizades de um agente; um poder de ação e de reação mais ou menos importante em função da qualidade e quantidade de suas conexões; ligações entre agentes de volume e estrutura de capitais semelhantes.

7) Tomada de posição: conjunto de decisões, escolhas, pronunciamentos (no sentido de *“prendre la parole”*, tomar a palavra) de um agente como produto da relação entre o *habitus* (disposições) e suas posições sociais ou de campo.

O grupo de professores mostrou-se heterogêneo o que motivou a análise de seu capital científico como elemento do capital cultural. Para classificação do capital científico dos professores foi analisado o Currículo Lattes disponível no site do CNPq e foram agregadas à análise as seguintes categorias:

8.1) Capital científico “puro” (investimento na carreira acadêmica/produção intelectual): adquire-se principalmente pelas contribuições reconhecidas ao progresso da ciência; refere-se à bolsa de

produtividade do CNPq, produção intelectual (artigos, livros e capítulos de livros publicados em periódicos brasileiros e internacionais), orientação de mestrado e doutorado e ser líder de diretório de pesquisa¹⁸.

8.2) Capital científico do tipo institucionalizado (poder institucional ou capital universitário): adquire-se essencialmente por estratégias políticas, tomadas de posição no interior do campo; refere-se à ocupação de postos em universidades, tais como chefias, coordenações, direções, pró-reitorias; reitoria; membro de comissão administrativa e membro de conselho superior.

8.3) Capital científico do tipo simbólico (prestígio científico e notoriedade intelectual): relacionado ao reconhecimento dos pares (membro de comissão da Cape/CNPq, prêmios de mérito científico, membro de corpo editorial e revisor de periódicos) e pelo reconhecimento da sociedade (artigos publicados em grandes jornais, participação em programas televisivos).

Foi analisado também o “**Capital científico acumulado ou global**” que se refere à soma das contribuições dos capitais científicos definidos como:

- a. Alto: possuir elevado capital científico do tipo puro (bolsa de produtividade científica 1- 1A, 1B, 1C, 1D), ou ter publicado pelo menos 20 trabalhos em periódicos científicos, ter concluído a orientação de pelo menos 14 mestres/doutores, estar em orientação de pelo menos 4 mestres/doutores, ter linha de pesquisa definida (líder de diretório) ou capital científico do tipo simbólico (publicações de artigos em jornais de grande circulação, aparição em programa televisivos, premiações de mérito científico);

¹⁸ Conforme descrito no artigo 2, esse indicador mede o grau de investimento na carreira acadêmica podendo corresponder ou não a capital científico puro.

- b. Médio: possuir médio capital científico do tipo puro (bolsa de produtividade 2 ou ter publicado pelo menos 5 trabalhos científicos em periódicos, ter concluído orientação de pelo menos 1 mestre, estar em atividade de orientação de pelo menos 4 mestres/doutores; ter linha de pesquisa definida (líder de diretório), ou possuir capital universitário (diretor ou coordenador de instituição);
- c. Baixo: possuir baixo capital científico puro (menos de 5 artigos nacionais, orientação apenas de monografias) e não possuir capital universitário.

É importante reforçar que neste artigo, o capital científico está sendo estudado como forma de capital cultural. Não se trata de tomar o capital científico para analisar tomadas de posição em relação ao interior do campo científico. Os professores entrevistados pertencem a subcampos científicos distintos, como psicologia, química, física, odontologia, sociologia, arquitetura, história ou filosofia.

4. Resultados e Discussão

4.1 Posição ocupada no espaço social pelos usuários

Do total de 22 indivíduos entrevistados, 12 eram professores universitários e 10 agentes de classes populares. Entre os professores universitários, 8 (66,7%) eram mulheres e 4 (33,3%) homens. A média de idade neste grupo foi de 50 anos. Entre o grupo de classe popular, 6 eram mulheres (60%) e 4 (40%) homens com média de idade de 35 anos.

O quadro 01 apresenta características quanto ao sexo, idade, origem social e capital econômico e social de todos agentes entrevistados. A origem social foi classificada em alta, média e baixa, a partir da escolaridade e ocupação do pai.

O quadro 02 apresenta o número e distribuição dos entrevistados conforme tipos de capital. Nota-se que entre o grupo com baixo e médio capital econômico, há agentes com baixo (60%) e médio (30%) capital cultural e ainda um professor de ensino fundamental com nível superior completo. Essa diferença mostrou-se importante para a interpretação das respostas, evidências de disposições e tomadas de posição em relação ao serviço de saúde e ao médico.

O quadro 03 apresenta a distribuição dos professores universitários segundo capital científico e titulação, sendo 03 professores com alto, 04 com médio e 05 professores com baixo capital científico.

Os grupos de entrevistados ficaram assim formados: agentes com alto capital global (diferenciando-se internamente conforme alto, médio ou baixo capital científico) e agentes com baixo capital global (diferenciando-se internamente segundo baixo e médio capital cultural). Os professores são assim representantes de frações da classe dominante, onde o peso do capital cultural é maior que o econômico (Bourdieu, 2006) ou considerado classes médias; os demais agentes representantes de posições dominadas ou classes populares.

Quanto à trajetória social, comparando os quadros 01 e 03, é interessante observar que a origem social (ocupação do pai) dos professores com médio e alto capital científico é alta, possuindo os pais, em sua maioria,

Quadro 01 - Sexo, idade, origem social, capital cultural e econômico dos agentes entrevistados. Salvador, 2008.

Agente	Idade	Sexo	Capital cultural (Escolaridade)	Capital econômico (Ocupação e Renda familiar)	Origem social (Ocupação e escolaridade do pai)
P1	53	F	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 15 SM	Média, pai bancário, superior completo.
P2	54	F	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 25 SM	Alta, pai professor universitário, sociólogo, superior completo.
P3	62	M	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 20 SM	Alta, pai advogado, superior completo.
P4	41	M	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 25 SM	Alta, pai presidente de partido político, superior completo.
P5	47	F	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 16 SM	Alta, pai advogado, superior completo.
P6	48	M	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 20 SM	Alta, pai administrador público, trabalhava no Ministério da Fazenda, superior completo.
P7	54	F	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 15 SM	Média, pai gerente de loja, ensino médio completo, nível técnico.
P8	46	M	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 20 SM	Média, pai pequeno comerciante, ensino fundamental completo.
P9	37	F	Superior completo, doutorado	Professor universitário, 12 a 15 SM	Média, pai comerciante, ensino fundamental incompleto.
P10	54	F	Superior completo, doutoranda	Professor universitário, 10 SM	Média, pai advogado, trabalhava na chácara, superior completo.
P11	56	F	Superior completo, doutoranda	Professor universitário, 10 SM	Média, pai funcionário público, ensino médio completo, ligado à Marinha.
P12	47	F	Superior completo, doutoranda	Professor universitário, 10 SM	Alta, pai contador, superior completo.
E1	41	M	Superior completo	Professor primário, 04 SM (complementa a renda com pesquisa)	Média, pai servidor público, trabalhava na Secretaria da Fazenda, ensino médio completo.
E2	33	F	Ensino médio completo	Empregada doméstica, 02 SM	Média, pai eletricitista, fundamental completo.
E3	47	M	Ensino médio completo	Vende plano de saúde, 02 SM	Média, pai trabalhava na Coelba, fundamental completo
E4	26	F	Ensino médio completo	Empregada doméstica, 01 SM	Baixa, pai pedreiro, fundamental completo
E5	50	F	Fundamental incompleto (até a 6ª série)	Diarista, 03 SM	Baixa, pai lavrador, analfabeto.
E6	33	F	Fundamental incompleto (até a 7ª série)	Empregada doméstica, 02 SM	Baixa, pai pedreiro, fundamental completo

E7	28	M	Fundamental incompleto (até a 3ª série)	Desempregada	Baixa, pai dono de oficina, semi-analfabeto
E 8	48	M	Fundamental incompleto (até a 4ª série)	02 SM	Baixa, pai lavrador, semi-analfabeto
E 9	34	F	Fundamental incompleto (até 4ª série)	Diarista, 01 SM	Baixa, pai lavrador, analfabeto.
E10	47	F	Fundamental incompleto (até a 6ª série)	Empregada doméstica, pensionista, 02 SM	Baixa, pai analfabeto trabalhava na roça.

Valor de referência: 01 SM: R\$ 415,00 (2008)

P – entrevista com professores universitários

E – entrevista com agentes de classe popular.

Quadro 02 – Agentes entrevistados segundo tipo de capital econômico e capital cultural. Salvador, 2008.

Capital econômico ²	Capital cultural ¹			
	Baixo	Médio	Alto	Total
Baixo	6	1		7
Médio		2	1	3
Alto			12	12
Total	6	3	13	22

¹ Capital cultural: a)Baixo: sem alfabetização e primeiro grau completo ou incompleto;

b)Médio: segundo grau completo ou incompleto;

c)Alto: terceiro grau completo ou incompleto e/ou pós-graduação.

² Capital econômico relacionado com a ocupação: a)Baixo: ocupações de baixa especialização como pedreiros, setor de limpeza, emprego doméstico.

b)Médio: funcionários públicos técnicos administrativos, comerciários, professor do ensino fundamental.

c)Alto: professores universitários.

Quadro 03 – Professores universitários (Px) segundo titulação e tipo de capital científico. Salvador, 2008.

Titulação	Capital científico ¹		
	Baixo	Médio	Alto
Doutor com pós-doutorado no exterior	P8	P4, P5, P6, P7	P1, P2, P3
Doutor	P9		
Mestre, doutorando	P10, P11, P12		

Capital científico¹:

- a) Alto: possuir elevado capital científico do tipo puro (bolsa de produtividade científica 1-1A, 1B, 1C, 1D), ou ter publicado pelo menos 20 trabalhos em periódicos científicos, ter concluído a orientação de pelo menos 14 mestres/doutores, estar em orientação de pelo menos 4 mestres/doutores, ter linha de pesquisa definida (líder de diretório) ou capital científico do tipo simbólico (publicações de artigos em jornais de grande circulação, aparição em programa televisivos, premiações de mérito científico);
- b) Médio: possuir médio capital científico do tipo puro (bolsa de produtividade 2 ou ter publicado pelo menos 5 trabalhos científicos em periódicos, ter concluído orientação de pelo menos 1 mestre, estar em atividade de orientação de pelo menos 4 mestres/doutores; ter linha de pesquisa definida (líder de diretório), ou possuir capital universitário (diretor ou coordenador de instituição);
- c) Baixo: possuir baixo capital científico puro (menos de 5 artigos nacionais, orientação apenas de monografias) e não possuir capital universitário.

nível superior completo e ocupação ligada a profissões liberais (como advogados) ou professores universitários. Os professores com baixo capital científico possuem origem social considerada média, ou seja, pais apenas com ensino fundamental em ocupações como pequenos comerciantes ou funcionário público de nível médio. Essa constatação confirma a tese de Bourdieu que as hierarquias escolares reproduzem as hierarquias sociais.

Entre o grupo dos populares, a origem social média coincide com capital cultural diferenciado neste grupo (considerado médio), enquanto que a origem social baixa foi acompanhada de capital cultural e econômico baixo, traduzindo baixa mobilidade social entre o grupo.

4.2 Critérios de classificação e lógicas de distinção

4.2.1- *Habitus de classe e a escolha do médico*

A análise empreendida na presente pesquisa revelou que a escolha do médico difere consideravelmente conforme a posição dos agentes no espaço social, de modo mais amplo, e também ao interior dos subgrupos estudados. Esses achados são consistentes com aqueles de Boltanski sobre as relações entre as classes sociais e o cuidado médico (2004).

Para aquele autor, a escolha do médico é motivada por diversos fatores e se distingue entre as classes sociais. Os agentes com posição social distintas mobilizam recursos diferenciados na escolha do médico. Enquanto as classes dominantes buscam informações sobre títulos e reputação dos médicos, as classes populares parecem desprovidas de um critério objetivo e escolhem “ao acaso”, como a partir da distância geográfica (Boltanski, 2004).

Assim, professores universitários melhor posicionados selecionaram segundo os títulos e a reputação do médico, priorizando aqueles que ocupam as posições dominantes do campo médico, configurando-se como verdadeiro *gosto de luxo* (Bourdieu, 2006). Esta escolha é feita por indicação de colegas, de outros médicos, ou segundo o reconhecimento social do médico.

Professores com menor capital científico escolhem, muitas vezes, ao acaso, segundo a disponibilidade na lista de referência, ou, em algumas situações mais privilegiadas, consultando a assistente social do plano. A consulta a uma rede social de referência foi mencionada com menor frequência entre esses professores. Como acumulam menor capital global, ajustam suas escolhas conforme as possibilidades, escolhendo médicos do plano ou, no limite, médicos que cobram o valor do plano.

De modo geral, a escolha do médico entre professores universitários com alto capital científico pressupõe, em primeira instância, um reconhecimento prévio acerca da competência do médico. Este reconhecimento pode ter sido induzido por outro médico que indica o colega, pela reputação do médico ou por pacientes bem sucedidos, muitas vezes parentes e amigos. A rede familiar foi mobilizada por quase todos os respondentes com médio e alto capital científico, marcadamente aqueles do sexo feminino.

A indicação via outro especialista de confiança foi referida por professores homens, sendo este um critério considerado “técnico” e “racional”, que seleciona conforme a competência médica, afinal “bons médicos, os poucos, se conhecem” (P4, professor universitário, 47 anos, alto capital global e médio-alto capital científico) ou “peço informação a minha médica [...] eles se

indicam, eles mesmo se escolhem” (P3, professor universitário, 64 anos, alto capital global e alto capital científico).

A indicação a partir da assistente social do plano, referida por três professoras, também indica a eleição de um critério técnico, pois a mesma foi considerada “alguém que trabalha há muitos anos no plano” e conhece os mais disputados e melhores médicos, embora este critério tenha sido questionado por uma professora com alto capital científico: “nem sempre os mais disputados são os melhores” (P1, professora universitária, 53 anos, alto capital global e alto capital científico), o que aponta fragilidades na relação com a assistente social.

Observamos ainda uma escolha aleatória do médico, onde não há inicialmente uma relação de confiança, em professores com baixo capital científico, que escolhem conforme a lista de referência: “pego o livro e arrisco: se eu for com a cara, eu fico” (P11, professora universitária, 56 anos, baixo capital científico) e secundariamente por critérios de acesso, como localização e curto tempo de espera.

O recurso ao médico de boa reputação, afamado, apresenta-se não apenas como critério técnico, mas pode representar status, propriedade de distinção entre os diversos grupos sociais. O quadro 04 sintetiza as análises quanto à escolha do médico, entre professores universitários conforme acumulações distintas de capital científico.

O capital social também se mostrou como elemento importante na escolha do médico. O processo de tomada de decisão está em grande medida influenciado pela rede de relações dos indivíduos. Trocas cotidianas entre indivíduos representam o modo mais influente e eficaz de formação das

Quadro 04 - Critérios para escolha do médico segundo volume do capital global de professores universitários, Salvador, 2008.

Critérios de escolha do médico	Professores com baixo capital científico e trajetória ascendente de origem popular	Professores com médio e alto científico e trajetória ascendente/estável de origem média/alta
Só escolhem médicos do Plano	+++	
Escolhem com o catálogo	+++	
Pedem indicação a assistente social do Plano	+++	+
Escolhem o médico por critérios de acesso (localização e tempo de espera)	++	+
Escolhem o médico pela rede de relações	++	++++
Escolhem médicos particulares, apesar do plano.	+	++++
Escolhem o médico pela reputação	+	++++
Escolhem médicos a partir de outros médicos		++
Usa o plano apenas para hospital e exames médicos		+

Adaptado de Chaves e Vieira-da-Silva (2008).

- + Presença dessa característica em até 25% dos agentes do grupo
- ++ Presença dessa característica em até 50% dos agentes do grupo
- +++ Presença dessa característica em até 75% dos agentes do grupo
- ++++ Presença dessa característica em até 100% dos agentes do grupo

escolhas e decisões. Os meios de comunicação de massa são menos automáticos e fortes do que o senso comum supõe, operando a partir de um fluxo em dois tempos. Ou seja, a influência dos meios de comunicação de massa atinge os líderes de opinião, que transmitem ao grupo de pessoas o qual exercem influência (Katz *apud* Bourdieu, Chamboredon e Passeron, 2004).

O papel das relações sociais na elaboração da decisão da escolha de serviço médico é central e esteve presente nos dois grupos investigados e suas clivagens. No caso dos agentes com alto capital global, inclui em primeiro lugar a família e amigos próximos, amigos médicos bem como o próprio médico, como informante de novos colegas.

4.2.2- A escolha do necessário ou o gosto de necessidade

Por outro lado, a escolha do médico nas classes populares não depende necessariamente das características da prática médica, mas de critérios relacionados ao acesso, como fácil localização dos serviços de saúde (Quadro 05). De fato, trabalhos mostram que a população com piores condições de vida dispõe do sistema público como única alternativa para cuidar de sua saúde (Silva *et al.*, 2000).

Quadro 05 - Critérios para escolha do médico por usuários de classes populares segundo volume do capital global e escolar. Salvador, 2008.

Práticas	Usuários com baixo capital global e baixo capital cultural	Usuários com baixo capital global e médio e alto capital cultural
Só escolhe e usa médicos do SUS	++++	
Escolhe os médicos e unidades de saúde próximas de casa	++++	++
Escolhe o médico pela rede de relações	+	+++
Escolhe médicos de clínicas populares		+++
Possui plano de saúde		+

Adaptado de Chaves e Vieira-da-Silva (2008).

- + Presença dessa característica em até 25% dos agentes do grupo
- ++ Presença dessa característica em até 50% dos agentes do grupo
- +++ Presença dessa característica em até 75% dos agentes do grupo
- ++++ Presença dessa característica em até 100% dos agentes do grupo

Nota-se que as escolhas são ajustadas às condições que são produto. O gosto das classes populares ou *gosto de necessidade* (em oposição ao *gosto de luxo*) engendra todo um estilo de vida definido em sua forma negativa, por falta, relação de privação que mantém com outros estilos de vida. Como veremos a seguir, os agentes com baixo capital global percebem o serviço como “negação”, significante que revela ao mesmo tempo baixa qualidade e privação.

Entre os agentes com baixo capital global, a rede de relações foi referida com menor força. Nestes casos, destaca-se o agente comunitário como alguém capaz de facilitar o trânsito na unidade, indicar os profissionais e, em alguns casos, marcar a consulta. Refere-se também aos agentes oriundos de classes médias e altas (conhecidos do ambiente de trabalho, como patrões e chefes) que indicam nomes e serviços ou facilitam o acesso ao médico, ampliando, ainda que em pequeno grau, o universo de possibilidades destes agentes.

Em síntese, Bourdieu (2006) discute que a conformação do gosto (popular ou distinto) é resultado da distância à necessidade, sendo definido pela composição do capital e a trajetória social do agente, que influi no modo de aquisição do capital. Em analogia ao trabalho de Bourdieu (2006), analisamos que a escolha do médico e as tomadas de posição em relação ao serviço de saúde diferem consideravelmente conforme a posição social do paciente e à distância da necessidade. A escolha do médico ocorre de forma deliberada entre os detentores de alto capital global, conforme títulos e reputação dos médicos, enquanto que os agentes com baixo capital global limitam-se a escolher conforme critérios geográficos. Nota-se que enquanto

para os primeiros a qualidade é um elemento de distinção das práticas, para os últimos, é o acesso o critério mais importante.

4.2.3- Os discursos sobre o médico e a “disposição crítica”

Convém lembrar que está em jogo na determinação das tomadas de posição em relação ao serviço e formação da "disposição crítica", considerada produto do capital cultural acumulado e secundariamente a origem social.

O que se está chamando de "disposição crítica" não é a enumeração de queixas sobre os serviços, não se trata de “falar mal” dos serviços. Mas, refere-se à disposição ou atitude crítica frente à experiência, ser capaz de “fazer face à” autoridade médica ou à ordem médica, o que poderá ajudar na explicação da alta satisfação por vezes reportada em pesquisas de usuários que não se sentem autorizados a criticar o médico. Há que se considerar ainda a distância da necessidade, o que será tratado mais à frente.

O discurso sobre o médico, e a experiência com serviços de saúde mostra-se ambivalente e cheio de contradições nos dois grupos investigados. É hesitante, oscila entre a submissão incondicional ao médico e a enumeração de suas críticas e queixas (Boltanski, 2004).

Espera-se do médico que eles tratem os pacientes de modo especial, como únicos. Lembrar o nome do paciente, dedicar tempo à consulta, atender de modo personalizado são características valorizadas pelos professores. O paciente escolhe o médico que julga habilitado para o tratamento e aceitando-o, ratifica suas impressões e julgamento a respeito do médico.

Os agentes com maior capital global tendem a formular o maior número de críticas aos médicos e seus atos, ao passo que os agentes com baixo

capital global possuem postura menos crítica em relação à prática médica e tendem a fazer elogios com maior regularidade. Esta observação nos faz indagar sobre os processos de saber-poder envolvidos na relação médico-paciente e colocar a questão sobre quem está legitimado a criticar o médico, suas condutas e atos.

A percepção do médico pelos professores universitários é marcada por uma ambivalência: de um lado, uma atitude cética que considera que os médicos “são portadores de sentenças de morte” (entrevista P1) e “donos da verdade” (entrevista P8), gente a quem não se deve confiar; e por outro lado, uma atitude de submissão incondicional ao saber e a prática médica.

À primeira vista, os médicos são percebidos como aqueles que não se recusam a transmitir informações sobre o estado do paciente, sobre o prognóstico, bem como explicações sobre o surgimento do problema. Também a linguagem médica não é questionada, sendo compreendida pelos professores que são capazes de reproduzi-la ao narrarem suas experiências clínicas.

Entretanto, a análise dos discursos mostra que há, a todo tempo, questionamentos acerca do poder médico, e mesmo o “abuso” do poder como na omissão de informações, por acreditar que o paciente não é capaz de compreender a situação, ou mesmo, na administração de medicamentos sem a devida explicação sobre a terapêutica e o problema de saúde ou, ainda, sem o seu consentimento:

Então eu fico horrorizado quando o médico é absolutista. Ele é o dono da verdade, que ele é o dono do conhecimento, e que ele... Então, me dá arrepios quando os médicos tratam você como se eles fossem o dono da verdade! (P8, professor universitário, 46 anos alto capital global, baixo capital científico).

De modo bastante diferenciado dos agentes com alto capital global, as críticas dos agentes das classes populares são dirigidas ao serviço de saúde e referem-se, sobretudo ao acesso. O serviço é visto como uma “negação”, metáfora para privação, falta de acesso, iniquidade. Quando há acesso aos médicos, a avaliação é quase sempre positiva. Os agentes com baixo capital global não apresentam relatos negativos dos médicos: “não tenho queixas do doutor” (entrevista E10). Com o aumento do capital cultural (e aumento relativo do capital global), nota-se um maior número de críticas dirigidas ao médico.

A relação entre o médico e o paciente é uma relação assimétrica na qual a expectativa do paciente é dificilmente percebida e atendida pelo médico, sendo essa contradição tanto maior quanto maior a distância entre médico e paciente no espaço social (Canguilhem, 2005). Para este autor, a cura é o que a medicina deve aos pacientes, enquanto que para os médicos, o que a medicina pode oferecer é “o tratamento mais bem estudado, experimentado e testado até o momento” (Canguilhem, 2005: 50).

A expressão relatada “médicos são portadores de sentenças de morte” (entrevista P1) evidencia a enorme distância que separa o leigo, desconhecedor ou desapropriado de seu corpo, do saber médico, poderoso, oracular, decifrador. Revela ainda uma representação negativa do médico.

Pode acontecer que o médico não compreenda na atitude do paciente, ao final do tratamento bem sucedido e desaparecimento do sintoma, que este não se considere livre da doença, recusando dizer-se curado. Por outro lado, do ponto de vista da prática médica, considera-se que muitos pacientes se satisfazem menos do que deveriam, recusando em reconhecer que por eles se fez tudo o que se podia (Canguilhem, 2005).

4.2.4- As categorias de percepção do médico: entre a competência técnica e a sensibilidade

Há ainda uma dissociação entre a expectativa dos pacientes de um cuidado global voltado para o indivíduo na sua integralidade, e a estrutura de organização da prática médica fragmentada em especialidades.

“O bom médico é aquele que tem competência clínica, que consegue conhecer o corpo das pessoas e que tem uma visão um pouco mais geral do que a sua única especialidade, porque a gente está **partido**, impressionante, a gente está **partido**... um manda pro outro, todo mundo te trata enquanto sistemas autônomos” (P3, professor universitário, 62 anos, alto capital global e alto capital científico).

“Pois é, você chega lá o medico olha pra sua cara e diz “já descobri, já sei o que você tem”. Eu acho que por mais que os sintomas sejam parecidos, vai ter sempre algum elemento diferenciador. O médico tem que estar atento a isso. E eu acho que a maioria não está, eles estão preocupados em cumprir um tempo, um horário, resolver um problema lá.. tratam você como se trata uma maquina de calcular, alguma coisa que dá resultado automático. O ser humano eu acho que não é isso. E eu não vejo isso na maioria dos médicos. Essa idéia que cada paciente, cada sintoma, cada doença, cada clima, tudo isso está presente, quando você se apresenta pra ele. Você tem que olhar com esse método de olhar. Esse diferencial pra cada pessoa, ninguém nunca é a mesma coisa. Quando eu vou a médico, a idéia é sempre essa.” (P8, professor universitário, 46 anos, alto capital global, baixo capital científico).

Os dois atributos médicos mais valorizados entre os professores são: a competência clínica e a confiança, sendo esta última diretamente associada à primeira. Sobre a competência clínica, destacam-se os fragmentos ilustrativos:

“Você percebe que ele conhece o que está fazendo, sabe? Orestes, por exemplo, que é endocrinologista, levei minha filha lá, ela está preocupada com a tireóide, ele botou a mão e disse o que o exame tinha dito sem olhar o exame...Então, isso mostra uma capacidade e uma **sensibilidade**...um conhecimento de profissional. Arlindo (cardiologista): a mesma coisa” (P1, professora universitária, 53 anos, alto capital global, grifos nossos).

Eu sou hoje um paciente crônico e muito bem atendido pela competência e pela delicadeza. Um **bom médico não é um técnico** [...] o seu saber está subordinado a sua condição humana, o saber para outro e não para si. (P3, professor universitário, 62 anos, alto capital global e alto capital científico).

A competência, destacada como característica importante da prática médica verifica-se também na identificação da medicina como ciência ou do médico como cientista e pesquisador:

Acho que a medicina é uma ciência como outra qualquer, é uma ciência como outra qualquer. Não tem nada diferente dos outros, nada de especial dos outros. Assim como odontologia, assim como Ciências Sociais. É uma ciência como outra qualquer e tem que ter uma referencia de que a linha empírica ela apresenta resultados, ela resolve nossos problemas, mas ela não um coisa ultima, definitiva. Ou você trabalha com a possibilidade do que o que você ta trabalhando é provisório, mesmo que esse provisório possa ser definitivo pra gente. Então, as pessoas absolutistas, que acha que é dona da verdade, acha que é dona do conhecimento, pra mim em qualquer campo, na medicina principalmente, me provoca estranheza e desconfiança. Então a postura do médico pra mim é muito importante. E que eu acho que infelizmente as nossas faculdades hoje não estão formando bons médicos. Eu conheço bons médicos. Quando eu converso com Marcos [médico, professor e pesquisador] é uma outra história. É uma outra história. É um cara que, pra mim, que conhece meio mundo, mas tem... não diria humildade, humildade é um coisa de cristão, mas tem uma atitude diante da questão do conhecimento. Sabe que por mais que ele sabe, sempre tem alguma coisa que vai ser diferente, que pode ser diferente. Tem que desconfiar do que ele sabe (P8, professor universitário, 46 anos, alto capital global, baixo capital científico).

Vale dizer que o fragmento acima “a medicina é uma ciência como outra qualquer” pode sugerir uma tentativa de equiparação de saberes e práticas entre o agente (professor universitário e pesquisador) e seu médico e mesmo de desqualificação da medicina.

A confiança no médico aparece como atributo bastante valorizado entre os dois grupos, mais citado entre o grupo com maior capital global. A confiança é tida como condição para estabelecimento da relação médico-paciente e considerada um atributo relacionado com a competência técnica:

Esse é um aspecto importante, porque o médico é um alguém que você tem que ter uma certa confiança, não é?!...Porque o maior bem que a gente tem é a vida, é o patrimônio que a gente tem, a gente tem cuidar bem da vida (P7, professora universitária, 54 anos, alto capital global e médio capital científico).

A idéia que cada classe faz do corpo (força, saúde, beleza) também é importante para entender seu gosto e preferências, sendo o próprio corpo a forma de objetivação mais radical de um *habitus*, onde mais perfeitamente se observa o gosto de classe (Bourdieu, 2006). No trecho abaixo, a professora descreve a compreensão que tem do corpo, com a qual podemos visualizar elementos de privacidade e intimidade, próprio das classes médias:

Eu prefiro consultar pessoas com que eu tenho um mínimo... enfim...com quem eu possa estabelecer uma relação de confiança [...] porque é assim...veja...**o corpo eu acho é algo extremamente íntimo, é um espaço que só pode ser atravessado com o consentimento.** Para mim, pelo menos, para dar esse consentimento, tem que ter uma relação de confiança estabelecida. Essa relação de confiança se estabelece pela capacidade que eu vejo no médico de compreensão desse corpo, de auscultar e entender esse funcionamento (P1, professora, 53 anos, alto capital global e alto capital científico, grifos nossos).

4.2.5- Trocas linguísticas e o exercício do poder

As explicações dadas aos pacientes diferem consideravelmente entre as classes sociais (Boltanski, 2004). O médico é aquele que pensa sua ciência como uma língua bem feita, enquanto que o paciente se expressa por meio de jargões (Canguilhem, 2005). Médicos apenas dão longas explicações para aqueles que julgam detentores de determinado capital cultural ou “bastante evoluídos para compreender o que será explicado” (Boltanski, 2004). Mesmo entre os professores com alto capital científico, verificou-se situações de ausência de explicações:

“Mas eu fui perguntar para um plantonista o que era [o problema da mãe dela], ele me disse: **“ah, sinto muito, mas a senhora não vai poder entender”**. Você pode imaginar o que aconteceu na sequência, né? Porque eu queria matar o cara... **Como é que alguém te responde uma coisa dessas, entendeu? É insuportável, insuportável...** então, eu acho tem aí um esquema aí de partição do conhecimento que é... nossa.. e assim eles tem uma coisa, um tratamento que é assim...é...minha mãe tava passando mal, tava

com mal-estar, etc e dificuldade pra falar...eu pensei que podia ser uma AVC, uma coisa assim, corremos para o hospital, pra emergência do Português. Ai, ela foi agitada, agitada, agitada, não conseguia dizer o que era e ai vieram e deram uma injeção nela..e o que era essa injeção, perguntei...a moça me disse que era fenergan...como fenergan? Minha mãe não tem alergia a nada, como é que é essa história de ela tomando fenergan? ah não, chamei a enfermeira...em cinco minutos ela [a mãe da entrevistada] teve uma convulsão. (P1, professora, 53 anos, alto capital global, grifos nossos).

As classes populares queixam-se do mutismo do médico, em não dar “todas as informações”, pois para o médico estas representariam classes inferiores, populações de baixo nível de instrução, incapazes de compreender as explicações, a quem se deve relacionar por meio de ordens, a quem se deve afirmar a autoridade médica (Boltanski, 2004).

As relações de poder-saber se exercem por meio da dominação linguística e cultural. Quanto mais assimétricas são as trocas linguísticas mais elas se constituem em mecanismo de dominação e de exercício de poder. Daí o fato de as queixas dirigidas ao médico entre os agentes de baixo capital cultural estarem relacionadas ao padrão de comunicação estabelecido com o paciente. De fato, o usuário queixa-se da comunicação com o médico e não da competência técnica (Caprara e Rodrigues, 2004):

Ele não escutou, não reparou, nem viu o que o menino tinha na realidade, nem perguntou o que ele tinha pra falar o que estava sentindo. Quando chegou à tarde, que eu fui lá na sala dele, entrei e fui conversar com ele e **ele me perguntou se eu era formada em alguma coisa, eu disse que não preciso ser formada para saber o que meu filho tem** e disse que ele fez o diagnostico errado, por isso me alterei com ele, lasquei a receita, lasquei tudo na cara dele, disse que ele comprou diploma na Baixa de Sapateiros, que isso pra mim não é um médico formado. (E2, doméstica, 37 anos, baixo capital global, médio capital cultural, grifos nossos).

Chama a atenção a expressão “lasquei a receita” (Entrevista E2), o que demonstra a reação do dominado à situação de exercício de poder na relação com o médico. A situação, sobre a qual não se dispõe de alternativa, traduz-se

em reações de violência, um sintoma da impotência diante do exercício do saber-poder médico.

Para Boltanski (2004) estas observações são ainda mais presentes na medicina preventiva, espaço privilegiado para a transmissão de conhecimentos sobre os processos de saúde-doença, mas que se reduz a um conjunto de regras de higiene que os membros das classes populares devem por em prática, acompanhado do anúncio de sanções decorrentes da desobediência ao médico (Boltanski, 2004: 39).

Assim, vê-se que a medicina recusa-se em transmitir princípios médicos que fundamentam sua prática, mas a dar ordens e prescrições médicas, sendo a educação sanitária feita de modo autoritário e contribuindo para inculcar a culpa e a sanção àqueles que a desrespeitarem. No fragmento abaixo, a usuária reproduz a fala do médico que, longe de ser uma orientação, aparece como uma determinação, um “dever ser” da conduta. Destaque-se a expressão “você vai morrer rápido” como exemplo das sanções de que fala Boltanski:

“Você não fale alto, não brigue com seu marido nem com seus filhos, procure uma maneira de você viver melhor, quanto mais você viver melhor, você vai durar mais. Se você não procurar uma maneira de você viver, você vai morrer rápido. Porque a pressão é uma coisa muito "traente" você pensa que está boa, aí ela vem, dá uma sacudida e aí você vai embora”. (E5, faxineira diarista, 50 anos, baixo capital global e baixo capital cultural, reproduzindo o que escutou do médico).

Mas o poder não existe descolado da resistência. Contestar o saber médico dominante releva-se também com a escolha de práticas médicas alternativas, como a homeopatia ou a acupuntura, referidas, sobretudo por professores com médio e alto capital global. Conforme Loyola (1987), a clientela da medicina homeopática contesta ou nega a medicina alopática e as

idéias e o estilo de vida que lhe fundamentam (racionalismo, anonimato, artificialismo, poluição, urgência, consumismo, violência, busca do lucro, inflação, custo de vida) típicos da sociedade industrial e de massa. Segundo Monteiro e Iriart (2007), diferente da motivação das classes médias, as classes populares escolhem a homeopatia por motivações práticas, como falha da terapêutica convencional.

Ainda sobre o capital cultural como competência linguística, vale referir que os membros das classes populares descrevem suas experiências quase sempre como uma reprodução exata do que foi visto, com pouco distanciamento das percepções registradas. Isto resulta numa narração direta sobre como os acontecimentos se passaram (Schatzman & Strauss *apud* Bourdieu, Chamboderon e Passeron, 2004). É comum nestes discursos a reprodução das falas, operando a reconstituição dos acontecimentos. Na entrevista com os agentes com baixo capital cultural observou-se que o agente, ao narrar sua experiência, revive a situação e “transcreve” os diálogos com o médico ou outros profissionais. Há riqueza de detalhes nas descrições, mas a simbolização da experiência parece prejudicada. Ainda, vê-se que a faculdade de colocar-se no lugar do outro é limitada (Schatzman & Strauss *apud* Bourdieu, Chamboderon e Passeron, 2004).

Os membros das classes médias por sua vez são capazes de situar as várias perspectivas, reproduzindo os diversos pontos de vista apresentados na situação, sendo capaz inclusive de descrever seus comportamentos segundo uma ótica diferente da sua e analisar elementos do contexto envolvidos na situação. Em seu relato, o membro das classes médias mostra que tem consciência do outro e de si próprio (Schatzman & Strauss *apud* Bourdieu,

Chamboderon e Passeron, 2004). Essa última consideração permite compreender como entre agentes de mesma classe social, ou agentes com alto capital cultural, a situação de entrevista produz menos efeitos de violência simbólica, sendo as perguntas do pesquisador interpretadas pelo respondente em uma atitude crítica que é capaz de diferenciar pontos de vista.

4.2.6- O ajuste das práticas e as estratégias de distinção

A análise do discurso dos entrevistados apontou para um diferenciado grau de ajuste entre os agentes em relação às escolhas e às práticas relativas aos serviços de saúde. Foi analisado o grau de ajuste ao plano de saúde e aos médicos consultados, no caso dos professores universitários, assim como aos serviços de saúde e médicos, no caso dos agentes com posições populares.

Entre o grupo de professores com maior capital científico, a motivação para escolha do plano de saúde APUB relaciona-se à adesão ao plano da associação de professores (“É o plano da associação dos professores” - entrevista P2, P3 e P5) ou “é o nosso plano” (entrevista P1). Esta consideração remete ao mecanismo de justificação e ajuste, sugerindo uma razão nobre de pertencimento, a despeito de reconhecerem que este não seria o melhor plano.

É nítida a diferença percebida entre professores com menor capital científico que referiram poucas críticas ao plano bem como manifestaram maior vontade de permanecer nele. Neste grupo, a razão de escolha do plano esteve mais associada à possibilidade de cadastrar toda a família. São professores que estão filiados a APUB há mais de 10 anos. Os professores deste grupo também referiram utilizar somente os médicos do plano e apenas em casos isolados, procurar médico particular:

Eu estava querendo marcar um dermatologista, foi um dos mais difíceis pra encontrar, porque eu não tinha, não tinha indicação...ai uma indicação que eu tive de uma pessoa que eu ia procurar, ela não atendia pela APUB, ai eu pensei assim: 'bom, se eu tenho plano, se tem médicos que podem ser bons, por que eu vou para particular?'. Eu pedi pra minha filha: 'marca um dermatologista pra mim.'. Ela então achou um, uma que é no mesmo prédio que trabalha a ginecologista, inclusive é próximo da minha residência. Ai ela disse: 'olha eu achei uma aqui, tal' e ai marcou, fui e também me dei bem. (P10, professora universitária, 54 anos, alto capital global e baixo capital científico).

Como se expressa no trecho a seguir, a professora escolhe o médico “meeiro”, nem o “medalhão”, nem o “desconhecido”. A escolha do meeiro revela um ajuste de preferências às condições objetivas de possibilidades e uma posição que se distingue tanto da posição superior como daquela imediatamente inferior – nem burguesia, nem proletariado: classe média:

Se você pega um médico muito bom, muito medalhão, você tem dificuldade de ser atendida por ele. Mas aí você pega um médico ruim também não é bom. Então, você tem que pegar um meeiro, que nem seja medalhão, nem seja ruim pra conseguir ser atendida e não ser mal atendida. Então, tem que ser um médico meeiro. (P12, professora universitária, 47 anos, alto capital global e baixo capital científico).

Em contrapartida, o grupo de professores com alto capital científico possuía muitas críticas ao plano da APUB, e em um caso, observou-se o desligamento do professor do plano. Outro professor utiliza somente o plano para realizar exames clínicos e laboratoriais e em caso de necessidade de internação. Todos os médicos consultados por esse professor são particulares, médicos renomados, apesar do plano (evidência do *gosto de luxo*).

O princípio de classificação, produto da incorporação da estrutura do espaço social, é o princípio de ajuste das práticas às regularidades inerentes a uma dada condição (Bourdieu, 2006). É o gosto que opera continuamente a transfiguração de necessidades em preferências, engendrando, fora de qualquer tipo de determinação mecanicista, o conjunto de eleições constitutivas

dos estilos de vida (Bourdieu, 2006). Este efeito de ajuste ocorre sem que haja consciência dos agentes. A necessidade é assim feita virtude, “o *habitus* inclina continuamente a fazer da necessidade virtude, inclinando às eleições ajustadas à condição de que é produto” (Bourdieu, 2006).

O grau de ajuste aos médicos renomados é alto, e os pacientes estão dispostos a aceitar sem maiores questionamentos as opiniões dos médicos. Em casos de insucesso no tratamento, manobras de raciocínio são mobilizadas para justificar o insucesso do médico (Moreira Filho, 2005). As “manobras” referidas por este autor remetem ao grau de ajuste ao médico, sedimentado na relação de confiança pressuposta pelo valor simbólico da reputação.

A formação social dos gostos e preferências, muitas vezes se expressam por meio do regozijo (asco, desprezo) dos valores “dos outros” (representantes posições sociais opostas ou afastadas). O gosto assim se revela “pelo desgosto”. O fragmento abaixo ilustra um exemplo deste efeito onde a afirmação do gosto se dá contra o gosto de outros grupos. A usuária, com baixo capital global, mas com maior capital cultural (em relação ao grupo), após realizar diversas queixas sobre serviços do SUS, responde à entrevistadora sobre interesse em possuir plano de saúde:

[- Você já fez algum plano de saúde?] **Deus que me livre! O plano de saúde não cobre tudo, você chega lá, daqui que o plano autorize você já morreu [...].** Porque se você for esperar um plano, daqui que ele autorize... como eu já vi muito casos [...] **prefiro pagar particular, prefiro tirar um dinheiro assim... R\$ 200,00, R\$300,00 pagar mas ver efeito,** do que ficar pagando plano e quando chega na hora ou não dar cobertura total, você vai ter que tirar do seu bolso do mesmo jeito, ou se lhe atender usa medicamentos vagabundos, medicamentos ruins que não valem nada. Que em vez de lhe ajudar lhe prejudica. Pensando assim: aqui não tem cobertura total, tem parcial, você vai pagar metade. Já pensando em comer o dinheiro. Então pra mim eu prefiro pagar particular, pago uma consulta, é bem melhor. (E2, doméstica, 37 anos, baixo capital global e médio capital cultural, grifos nossos).

Na fala da entrevistada nota-se mais uma vez a situação de ajuste, numa tentativa de diferenciação da posição superior (ter plano de saúde) da imediatamente inferior (só poder usar o SUS). De um lado, uma atitude de superioridade em relação a seu grupo (“pago R\$ 200, 300”) e ao mesmo tempo uma atitude ressentida de uma classe econômica desfavorecida (que não pode ter o plano de saúde). A utilização de clínicas populares é tida assim como marca distintiva, entre agentes de baixo capital global, revelando estratos ascendentes dessa classe.

O rechaço do plano pode ser interpretado também como forma do materialismo prático da ética popular; filosofia compatível com aqueles que não têm futuro (Bourdieu, 2006). Difere-se em larga medida do senso de planejamento e orientação para o futuro típico das classes médias e dominantes, representados nesta pesquisa com a atitude de possuir um plano de saúde.

A operação de diferenciação entre os agentes, estratégias de distinção, revelaram-se reguladas com princípios aproximados. Ir ao médico renomado e particular é uma estratégia de distinção entre os professores universitários, assim como as clínicas (populares) privadas são marcas distintivas para os agentes com baixo capital global.

O *habitus* ascético dos professores faz com que tenham despesas com saúde bem elevadas (Bourdieu, 2006). A noção de que “saúde não tem preço”, e ao mesmo tempo, a monetarização do cuidado, parece funcionar como lógica. Vale citar o relato de uma professora com médio capital científico que declara não comprar medicamentos genéricos, preferindo os remédios de marca dos grandes laboratórios. As preocupações com a saúde neste grupo

figuram em primeiro plano e os gastos com o plano de saúde e medicamentos foram eles mesmos referidos pela maior parte dos professores como responsáveis por grande parte de seus orçamentos mensais.

4.2.7- A distância entre a necessidade de cuidados médicos e o julgamento crítico dos serviços

A análise das entrevistas revelou uma categoria importante para o entendimento das relações estabelecidas entre os agentes e seus médicos, qual seja: a distância da necessidade de cuidados médicos. Quanto mais distante da necessidade imediata de cuidado, ou seja, quanto mais saudável for o agente, maior a disposição para a crítica. Ao contrário, quanto mais doente, mais dependente e vulnerável frente ao médico e seu saber/poder.

Os agentes adoecidos avaliam a relação com o médico como de grande dependência. Nestes casos, mesmo quando o agente possui alto capital cultural, a situação de fragilidade e dependência é iminente. Os agentes descrevem sua situação como “sem escolha”, sem poder de decisão:

Eu gostei da forma como eu fui atendido. Eles foram muito gentis e competentes. A minha relação de um paciente com o médico é uma relação de dependência. Se você consegue ter uma empatia você se entrega. O que dizem que eu tenho que fazer, eu faço (P3, professor universitário, 62 anos, alto capital total e médio capital científico, paciente oncológico).

Eu não tenho muita opção, não tenho opção. Quando eu estou doente, eu não consigo entender minha doença, então, em princípio eu confio ou tento confiar [no médico]. (P8, professor universitário, 46 anos, alto capital global, baixo capital científico)

Quando você está fragilizado, você não tem decisão, você está entregue. Eu disse que a minha vida... Agora mesmo a Gisélia me intimou a fazer um segundo ciclo de quimioterapia. Perguntou: “E então?” Eu disse: “Eu tenho escolha?”. Ela disse: “não, não tem”. “Então, não me pergunte”. E eu me

submeto (P3, professor universitário, 62 anos, alto capital total e médio capital científico, paciente oncológico)

Evidencia-se o encontro entre o médico, alguém que detém o conhecimento clínico, e o doente, fragilizado pela doença e seu desconhecimento.

4.2.8- Relações de continuidade ou de ruptura

A análise do *habitus de classe* permite apreender a incorporação não consciente feita ao longo da trajetória de vida pelos indivíduos, das estruturas sociais. As preferências, gostos e ações dos indivíduos passam pela interiorização de estruturas sociais que legitimam para cada classe um repertório de práticas, condutas e esquemas de percepção e definem o que é possível e desejável esperar para sua posição social.

Assim o modo como as estruturas são incorporadas especificam padrões de exigências em relação aos serviços, produzindo regularidades afinadas com as condições de classe. Os diferentes agentes vivenciam ao longo da vida uma série de experiências em relação às instituições, em função de sua posição nas estruturas sociais, constituindo uma espécie de “matriz de percepções e apreciações”, orientadoras de suas ações e percepções futuras.

Isso implica dizer que o horizonte de expectativas do usuário está produzido histórica e socialmente. Quando a história de interação com o serviço público é marcada por forte inacessibilidade - traduzida pelos entrevistados como “negação” (entrevistas E1, E4, E8) - impõe-se uma lógica de baixo padrão de percepção dos direitos e exigência da qualidade dos

serviços. Um efeito de naturalização e familiaridade é construído em relação aos serviços recebidos, que passam assim a serem pouco questionados.

5. Considerações finais

O julgamento sobre os serviços de saúde é distribuído desigualmente entre grupos e classes a depender da posição ocupada pelos agentes no espaço social. As condições de possibilidade da escolha do médico pelos agentes dotados de elevado capital global, no caso os professores universitários, é dada não apenas pelo capital econômico que lhes permite pagar uma consulta particular ou mudar de plano de saúde, mas também pela rede de relações sociais que lhes permite escolher, julgar, quais seriam os melhores médicos de acordo com critérios variados, técnicos ou simbólicos.

Além disso, a distância da situação de sofrimento ou de adoecimento também contribui para aumentar a margem de liberdade para a escolha e de crítica. Em contrapartida, o universo dos possíveis para as classes populares é bastante limitado por constrangimentos econômicos e sociais.

Discutem-se como limites do estudo, em primeiro lugar, a sua abrangência, visto que o trabalho realizou entrevistas com um grupo reduzido de agentes. Como perspectiva futura, indica-se a realização de estudos populacionais mais extensivos onde possam ser evidenciadas relações entre o julgamento e a posição no espaço social em amostras representativas deste espaço.

Novas evidências poderão ser fornecidas sobre os mecanismos de escolha do médico e do serviço com pesquisas que reconstituam as redes de relações dos entrevistados e interroguem o par “consulente-consultor”,

analisando as influências nas tomadas de posição. O presente estudo limitou-se a estudar os “consulentes”.

O presente estudo traz contribuições à explicação da elevada satisfação do usuário reportada pelas pesquisas publicadas na literatura por duas razões. Em primeiro lugar, na medida em que analisa a formação da “disposição crítica” como produto da posição social do indivíduo, resultado da acumulação de diferentes capitais, sobretudo cultural, assim como da trajetória social dos agentes. A atitude crítica das classes médias (agentes “esclarecidos” ou de elevado capital cultural) diverge do sentimento de resignação e fatalismo das classes populares.

A possibilidade de julgamento crítico do médico mostrou-se associada ao capital cultural do usuário. As críticas ao médico são mais evidenciadas entre professores com alto capital global e médio e alto capital científico. Poucas críticas endereçadas ao médico foram evidenciadas entre os agentes de baixo capital global. O julgamento crítico articula-se diretamente com a distância à necessidade de saúde. As situações de doenças colocam fragilidades e redobram a dependência da figura do médico.

Em segundo lugar, o estudo evidencia a situação de ajuste das práticas aos recursos, no sentido dado por Bourdieu (2006). Esse ajuste, síntese não consciente entre necessidades e possibilidades é operado pelo *habitus*, que explica a formação dos gostos e preferências, conforme o universo de possibilidades.

Assim usuários com baixo capital global, SUS – dependentes, encontram-se também numa posição de grande dependência e submissão, ajustando-se à estrutura por meio de um conjunto de esquemas de percepção que a validam.

Vale lembrar que o ajustamento à situação não é pensado nem desejado enquanto tal (Bourdieu, 2001), no sentido de uma escolha deliberada ou racional.

O trabalho evidenciou como as escolhas e preferências de médicos e serviços de saúde operam conforme princípios que estruturam estilos de vida (como condições estruturadas e estruturantes) das classes. As classes médias (como parâmetro para os professores universitários) possuem sua identidade marcada pelo apelo ao consumo e à educação (O'Dougherty, 1998). O ascetismo aristocrático dos professores (Bourdieu, 2006) explicou a preocupação com a saúde, objetivada em altos gastos, *gosto de luxo*, implicando escolhas de médicos renomados particulares, a despeito do plano de saúde. O *gosto de necessidade*, ajustando escolhas a recursos, operou entre o grupo de posições dominadas. O *gosto de luxo*, ou de liberdade, engendra o sentimento de livre escolha dessa classe, ao passo que o *gosto de necessidade* traduz as escolhas forçadas (Bourdieu, 2006).

A avaliação do julgamento dos usuários sobre os serviços de saúde deve orientar-se por modelos teóricos que discutam a formação de *habitus* dos usuários em relação ao corpo e cuidados de saúde, no entendimento que estes nem sempre são expressos “como uma opinião”. Mas permanecem imanentes, como disposições duráveis dos modos de andar a vida e construir projetos.

É fundamental dar-se conta que os esquemas de percepção e julgamento aplicados pelos agentes no mundo – em nosso caso, sobre os serviços de saúde - foram eles mesmos elaborados pelo mundo, o que impõe uma análise da estrutura e conjuntura, de forma mais ampla, bem como do universo

particular e das regras próprias que definem as práticas em saúde, suas instituições e espaços.

O gosto em matéria de seleção e práticas de saúde, o que inclui modos de utilização e percepção dos serviços, não pode ser completamente autonomizado das outras dimensões da relação com o mundo. Os espaços das preferências relativas aos serviços de saúde organizam-se segundo a mesma estrutura fundamental, ou seja, a do espaço social determinado pelo volume e estrutura do capital.

6. Referências bibliográficas

1. Balint M. O medico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.
2. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer* 1990; 65: 186-192.
3. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
4. Bourdieu P. A distinção. Crítica social do julgamento. São Paulo: Zouk; 2006.
5. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP; 2004.
6. Bourdieu P. La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison. *Science et structure sociales* 1975 ;7 (1), mai.
7. Bourdieu P. Meditações pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
8. Bourdieu P. Razões práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus; 2005.
9. Bourdieu P. Homo academicus. Paris: Les éditions de minuit; 1984.
10. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. Ofício de sociólogo. Metodologia da pesquisa na sociologia. Petrópolis: Vozes; 2004.

11. Camguilhem G. Escritos sobre a Medicina. Coleção fundamentos do saber. Rio de Janeiro: Forense universitária; 2005.
12. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9(1): 139-146.
13. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *Journal Of Public Health Medicine* 1992; 14(3): 236-249.
14. Cartaxo JL, Santos MLR. Estudo da satisfação do usuário de planos de saúde odontológicos em Salvador no ano de 2004. *Revista Bahiana de Saúde Pública* 2007; 31(1):25-37.
15. Cesar GLC, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região metropolitana de S. Paulo. *Cad. Saúde Pública* 1996; 12, supl. 2:59-70.
16. Chaves SCL e Vieira-da-Silva, LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy* 2008; 119-128.
17. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(4):360-9.
18. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* 1983; 5 (3): 297-311.
19. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *Brith Medical Journal* 1991; 302:1129-1132.
20. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad. Saúde Pública* 1993; 9 (1).
21. Fox JG, Storms DM. A different approach to social demographic predictors for satisfaction with health care. *Social Science and Medicine* 1981; 15: 557-67.
22. Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2004.
23. Gerschman S. *et al.* Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(2): 487-500.

24. Khayat K, Salter B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *British Journal of General Practice* 1994; 44: 215-219.
25. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine* 1988; 27(6): 637-644.
26. Houts PS, Yasko JM, Benham Kahn S, Schelzel GW, Marconi KM. Unmet psychological, social, and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania. *Cancer* 1986; 58: 2355-2361.
27. Loyola MA. Uma medicina de classe média: idéias preliminares sobre a clientela da homeopatia. *Cadernos do IMS* 1987; 1:46-72.
28. Monteiro DA, Iriart, JAB. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (8).
29. Moreira Filho AA. *Relação médico-paciente. Teoria e prática*. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
30. O'Dougherty M. Auto-retratos da classe média: hierarquias de "cultura" e consumo em São Paulo. *Dados* 1998; 41(2).
31. Silva NN da, Glauro C, Pedroso RF, Puccini e Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev. Saúde Pública* 2000, 34 (1): 44-49.
32. Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Health Care* 1998; 10(4):311-7.

Anexos

Anexo 1- Roteiro Semi-Estruturado para entrevista com professores universitários

1. Fale-me um pouco sobre o seu trabalho.
2. Há quantos anos está na UFBA? Com o que trabalha exatamente?
3. Possui plano de saúde? (qual?)
4. Como escolheu o plano de saúde? Possui há quanto tempo?
5. O que acha do plano? (explorar se pretende permanecer ou se tem a intenção de mudar e porquê)
6. Quando foi a última vez que procurou o serviço de saúde/ procurou o médico?
7. Relate-me como foi (a última experiência).
8. Expresse livremente sua experiência em relação ao serviço de saúde.
9. E em outras vezes que o Sr. usou o serviço, foi sempre assim?
10. Outras pessoas de suas relações também utilizam esse mesmo serviço/médico? Explorar experiência como acompanhante.
11. Por que o senhor procurou esse serviço de saúde e não outro? Como o senhor escolheu esse serviço? Alguém lhe indicou?
12. Possui médico habitual? Como chegou até ele?
13. Tem a intenção de mudar de serviço/médico ou pretende ficar com o atual? Por quê?
14. [Se a pessoa tem intenção de mudar]: O que reprova nele?
15. Se não tem o que aprova nele?
16. Conte-me um pouco sobre hábitos alimentares (o que comeu ontem?)
17. Explorar cuidados com o corpo (e atividades esportivas, lazer, terapia/análise)

Para registro dos dados sócio-demográficos utilizados para cálculo dos capitais e posição social foram usadas as mesmas categorias do questionário estruturado (Projeto Avaliação da Melhoria da Acessibilidade que consta do Anexo 1 do artigo 1). As questões foram inseridas ao longo da entrevista.

Anexo 2- Roteiro Semi-Estruturado para entrevista com agentes de classes populares

Roteiro (a ser adaptado na situação de entrevista):

1. Quando foi a última vez que procurou o serviço de saúde/ procurou o médico?
2. Relate-me como foi (a última experiência).
3. Expresse livremente sua experiência em relação ao serviço de saúde.
4. E em outras vezes que o Sr. usou o serviço, foi sempre assim?
5. Outras pessoas de suas relações também utilizam esse mesmo serviço/médico?
6. Por que o senhor procurou esse serviço de saúde? Como o senhor escolheu esse serviço? Alguém lhe indicou?
7. Tem a intenção de mudar de serviço/médico ou pretende ficar com o atual?Por quê?
8. [Se a pessoa tem intenção de mudar]: O que reprova nele?
9. Se não tem o que aprova nele?

Para professores universitários:

1. Possui plano de saúde? (qual?)
2. Como escolheu o plano de saúde?
3. O que acha do plano?

Para registro dos dados sócio-demográficos utilizados para cálculo dos capitais e posição social foram usadas as mesmas categorias do questionário estruturado (Projeto Avaliação da Melhoria da Acessibilidade que consta do Anexo 1 do artigo 1). As questões foram inseridas ao longo da entrevista.