

## Avaliação de satisfação de usuários

### User satisfaction assessment

Monique Esperidião<sup>1</sup>  
Leny Alves Bomfim Trad<sup>1</sup>

**Abstract** *This study is a literature review with qualitative synthesis of the prominent studies that analyses methodological issues of the user satisfaction with the health services. It was analyzed 54 articles present mostly in the databases Medline and Web of Science from 1970 to 2005. It is discussed the methodological approaches, techniques and instruments and the operationalization of the concept satisfaction. Also, it is discussed different kinds of biases and ways of controlling them. It is observed that a large range of approaches can be identified, and there's little consensus among researchers. The most common approach is of quantitative nature, as questionnaires and scales. The qualitative approaches are valorized as the ones that can deal with the subjective nature of satisfaction. It is highly criticized the lack of standardization for the instruments, which compromises the results. It is reflected the pertinence of the development of a proper approach to user satisfaction assessment in Brazil.*

**Key words** *Patient satisfaction, Health service, Methods, Instruments*

**Resumo** *Este estudo é uma revisão de literatura com síntese qualitativa dos estudos voltados para a análise metodológica das avaliações de satisfação de usuários com serviços de saúde. Foram analisados 54 artigos publicados principalmente em revistas indexadas pelo Medline e Web of Science no período de 1970 a 2005. São discutidos os métodos de abordagem das pesquisas, as técnicas e instrumentos e a operacionalização do conceito de satisfação. São apresentados, ainda, os diferentes tipos de vieses das pesquisas e alternativas para sua superação. Observa-se que os métodos e técnicas variam em um largo escopo, havendo pouco consenso entre os pesquisadores. O método mais utilizado é de natureza quantitativa, com predomínio de questionários e escalas. Os métodos qualitativos são valorizados como aqueles capazes de trabalhar os dados subjetivos da satisfação. Critica-se bastante a falta de padronização dos instrumentos, o que compromete a comparação dos achados. Reflete-se sobre a pertinência do desenvolvimento de um referencial próprio de pesquisa de satisfação para o Brasil.*

**Palavras-chave** *Satisfação de usuários, Serviços de saúde, Métodos, Instrumentos*

<sup>1</sup> Instituto de Saúde  
Coletiva da Universidade  
Federal da Bahia.  
Rua Basílio da Gama s/n,  
Campus Universitário,  
Canela, 40110-040,  
Salvador BA.  
moniquesper@yahoo.com.br

## Introdução

A prática de avaliação dos serviços por meio da pergunta aos usuários difundiu-se a partir dos anos 60 na Europa e EUA, inicialmente interessada nos estudos de adesão ao tratamento (Ware & Snyder, 1975) e nas décadas de 1970 e 1980, inserida no movimento da qualidade dos serviços de saúde (Linder-Pelz, 1982; Turrís, 2005). No Brasil, os estudos de satisfação ganham destaque a partir da segunda metade da década de 1990, com a promoção da *accountability* e o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. A literatura, então, tornou-se bastante ampla, complexa e difusa (Aharony & Strasser, 1993; Sitia & Wood, 1997).

Com efeito, a incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (Trad *et al.*, 2001). Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem ser identificados como resultantes do engajamento do usuário como responsável pela avaliação (Ware *et al.*, 1983; Weiss, 1988; Zastowny *et al.*, 1989; Aharony & Strasser, 1993; Bernhart *et al.*, 1999; Baron-Epel *et al.*, 2001; Trad *et al.*, 2001; Johansson *et al.*, 2002), o que articula, além dos aspectos econômicos de eficiência e eficácia dos serviços, a aceitabilidade social dos mesmos (Williams, 1994; Trad *et al.*, 2001).

Na literatura sobre satisfação de usuários, é bastante peculiar observar que, a despeito de variabilidade de formas de se conceber e de medir a satisfação de usuários, a maioria dos estudos, em três abordagens quantitativas e qualitativas, traz como resultado altas taxas de satisfação (Carr-Hill, 1992; Owens & Bachelor, 1996; Avis *et al.*, 1997; Souza, 1997). Este fenômeno é conhecido na literatura como efeito de “elevação” das taxas de satisfação e é reportado mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Tal fato tem levado os pesquisadores a questionar a validade de tais estudos, uma vez que, é pouco provável que os profissionais de saúde realizem sempre um “cuidado perfeito” (Staniszewska & Ahmed, 1999). Era de se esperar que em países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo, onde o acesso a serviços de saúde de boa qualidade ainda é privilégio de poucos, os usuários manifestassem mais insatisfação com os serviços que lhes são oferecidos.

A falta de atenção a aspectos metodológicos das pesquisas de satisfação pode ser entendida pelo fato de a satisfação de usuários representar um objeto de interesse apenas para gerentes e administradores preocupados em melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Aharony & Strasser, 1993), sendo, de modo geral, desprezada pela comunidade “médica” e pela comunidade “científica” (Hudack & Wright, 2000). Destaca-se ainda na literatura um largo consenso em considerar que a satisfação do paciente é um conceito pouco teorizado (Turrís, 2005).

Partindo de um baixo consenso entre pesquisadores sobre as diversas estratégias metodológicas para a avaliação da satisfação de usuários e da possibilidade de vieses metodológicos influenciarem o fenômeno da alta de satisfação, consideramos importante uma análise reflexiva da produção metodológica atualmente existente. Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é apresentar as considerações metodológicas formuladas na literatura sobre a satisfação de usuários, evidenciando as principais abordagens disponíveis, discutindo seus limites e possibilidades.

Paralelamente, foi conduzida uma revisão de literatura, com síntese qualitativa dos estudos voltados para a análise metodológica das avaliações de satisfação de usuários com serviços de saúde. Foram analisados 54 artigos publicados em revistas indexadas pelo Medline e Web of Science no período de 1970 a 2005. De modo complementar, visando capturar artigos brasileiros, acessou-se as bases de dados LILACS. Pesquisas manuais também foram conduzidas a partir de listas de referências de outras revisões, buscando acessar artigos considerados importantes. Utilizaram-se como descritores as palavras-chave: *patient satisfaction, evaluation, health services, user satisfaction, methodology e review* combinados de diferentes formas.

## Métodos para a avaliação da satisfação de usuários

Inicialmente vale considerar que, embora seja referida a falta de consenso, a forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativas e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos. Desse modo, o que se mede, muitas vezes, não é a satisfação propriamente dita, mas a percepção dos serviços e a expectativa prévia dos usuários (Parasuraman, 1988; Vaitsman, 2003).

Não raro, encontramos os debates acerca da questão metodológica debruçados sobre a natureza dos métodos; qualitativos ou quantitativos. Esta preocupação também se reflete no campo da avaliação de satisfação de usuários. Os métodos quantitativos são os mais utilizados, especialmente os *surveys* ou inquéritos populacionais. Incluem a administração de questionários com questões fechadas e associam as questões a uma escala de valores, para mensurar as respostas e quantificar a satisfação (Aspinal *et al.*, 2003).

Os métodos quantitativos são valorizados ao permitirem alcançar uma amostra de usuários mais representativa da população, dificilmente obtida por outras metodologias. São técnicas consideradas de fácil manejo, pois, além de serem mais baratas, rápidas, podem ser administradas anonimamente, dispensando a presença de um pesquisador ou entrevistador treinado quando o questionário é auto-aplicável. Em geral, utilizam-se escalas e questionários compostos de subitens que tratam de uma gama de questões incluindo estrutura, funcionamento e avaliação da qualidade do serviço de saúde pelo usuário (Leichner & Perreault, 1990). Os quesitos dos questionários refletem o tipo de serviço em estudo e sua direção a um grupo específico de usuários.

Em contrapartida, os métodos quantitativos têm sido considerados reducionistas e sofrido críticas por não trabalharem os dados subjetivos do fenômeno da satisfação (Aharony & Strasser, 1993; Avis *et al.*, 1997; Owens & Bachelor, 1996; Bosi & Affonso, 1998; Coyle & Williams, 2000; Dougall *et al.*, 2000; Trad *et al.*, 2002). Em alternativa a esta abordagem, pesquisas qualitativas, incluindo as abordagens “compreensivas” ou “dialéticas” (Deslandes, 1997), permitem que os usuários falem sobre o serviço de saúde a partir de um leque mais amplo de posições. Dessa forma, fica mais explícito como um serviço se apresenta, ao mesmo tempo em que são focalizadas interações dos atores e contempladas considerações sobre crenças, modos de vida e concepções do processo saúde-doença (Trad *et al.*, 2001). Owens & Bachelor (1996) recomendam o uso de métodos qualitativos para pesquisa de satisfação quando se almeja alcançar grupos de difícil acesso, como grupos étnicos minoritários e pacientes idosos.

Aspinal *et al.* (2003) pontuam alguns limites nos métodos qualitativos. Para estes autores, entrevistas face a face costumam inibir a

honestidade de pacientes e familiares por medo de sofrer represálias, além de consumir bastante tempo para que se estabeleça um *rapport* entre pesquisador e usuários, sendo cansativo para pacientes debilitados. Outro aspecto a ser considerado remete à questão da alteridade na pesquisa qualitativa. De fato, de acordo com Minayo & Sanches (1993), uma vez que a pesquisa qualitativa promove uma aproximação entre sujeito e objeto, de natureza comum, é preciso diferenciar a compreensão que se tem do outro e da realidade, da compreensão introspectiva de si mesmo.

Outro questionamento comumente feito a pesquisas qualitativas é sobre a representatividade da fala individual em relação ao coletivo. A esse respeito, gostaríamos de comentar que, ao contrário do que se possa imaginar, embora as técnicas qualitativas se valham de uma amostra reduzida de sujeitos, elas não produzem, necessariamente, medidas exclusivamente individuais. Teóricos sociais têm mostrado que falas individuais são tecidas de material ideológico; são tramas de todas as relações sociais e acompanham as mudanças sociais de um grupo. Sendo assim, em apenas uma fala está contida toda a representação de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Minayo & Sanches, 1993).

Uma combinação de métodos também tem sido sugerida para o estudo da satisfação de usuários, superando os limites associados a cada um deles em particular (Aspinal *et al.*, 2003). Assim, se permite que sejam privilegiados espaços para análises quantitativas, buscando captar a amplitude do fenômeno; e qualitativas, que permitam aprofundar sua complexidade. É referido que as duas abordagens de pesquisa não se encontram em situação de oposição, e sim de continuidade e complementaridade (Minayo & Sanches, 1993; Serpa, 2002).

Outro debate travado na literatura discute os modos de endereçamento das questões relativas à satisfação, entre a abordagem direta ou indireta. Embora Hall & Dornan (1988) apontem que ambos os métodos são confiáveis, algumas considerações têm sido levantadas para cada tipo. As questões diretas perguntam explicitamente sobre níveis de satisfação com experiências dos serviços como em: *você ficou satisfeito com os serviços recebidos?* Na maioria das vezes, as perguntas diretas são criticadas por produzirem níveis de satisfação geral, ao lidarem com apenas uma dimensão da satisfação (La Monica *et al.*, 1986; Carr-Hill, 1992).

Na abordagem indireta, os pesquisadores ou avaliadores inferem os níveis de satisfação a partir de questões dirigidas ao serviço provido. São mais relacionadas a estudos que consideram aspectos multicausais da satisfação (La Monica *et al.*, 1986; Carr-Hill, 1992; Fakhoury *et al.*, 1996; Coyle & Williams, 2000). Independentemente do modo em que são endereçadas as questões, Williams (1994) sinaliza que as dicotômicas limitam as possibilidades de respostas dos usuários, forçando a avaliação dos serviços em termos de satisfação/insatisfação, impedindo a expressão de sentimentos ambíguos e/ou não dicotômicos.

Pesquisadores avaliaram a variação da satisfação no tempo e no local onde é medida, no serviço de saúde ou no domicílio. As pesquisas realizadas na unidade de saúde, após a consulta, buscam resgatar a experiência concreta do usuário no serviço, evitando efeitos de perda de memória. Kloetzel *et al.* (1998) mediram a satisfação logo após a consulta e depois de 10 dias da consulta (em casa e no serviço), encontrando para ambos os casos os mesmos resultados. É relatado na literatura o efeito de “satisfação tardia”, que se relaciona mais com os resultados do atendimento e refere-se aos casos cujo desfecho clínico é positivo. A satisfação medida logo após a consulta costuma estar associada a aspectos da relação médico-paciente, em especial a informação dada a respeito da doença e seu tratamento (Jackson *et al.*, 2001). Alguns pesquisadores também comentam que o indivíduo tende a ser mais crítico com o passar do tempo. À medida que se tem a expectativa superada, novas expectativas são formadas, e de modo mais exigente. Ainda como possível explicação, conforme Jackson *et al.* (2001), com o passar do tempo é mais provável que o usuário recorde-se de momentos desagradáveis, pois são eventos que costumam ser mais marcantes do ponto de vista cognitivo.

### **Instrumentos e técnicas para a avaliação da satisfação**

Estudos de revisão mais antigos já questionavam a validade e a confiabilidade dos instrumentos (Lebow, 1974; Rubim, 1989). Na revisão metodológica de Rubim (1989), nenhum instrumento encontrado na literatura apresentava os critérios de validade e de confiabilidade adotados por este autor. Poucos estudos compararam os escores da satisfação encontrados

entre os usuários com outras medidas, como a percepção de profissionais ou familiares (Rubim, 1989).

Há pouco consenso sobre a escolha dos instrumentos de medida da satisfação. Numerosos instrumentos podem ser identificados na literatura e a maioria dos trabalhos utiliza mais de um instrumento (Aspinal *et al.*, 2003). As técnicas e instrumentos de pesquisa variam em um largo escopo: entre caixas de sugestões, linhas telefônicas, sistemas de vídeo, inquéritos transversais, entrevistas, observações, grupos focais e estudos qualitativos de abordagem antropológica (Kato *et al.*, 1997; Souza & Pereira, 1999). As três primeiras abordagens apresentam muitas limitações, constituindo-se apenas em um primeiro enfoque, pouco sofisticado, para a aproximação do tema a fim de orientar trabalhos futuros. O sistema de vídeo, embora produzindo medidas de fidedignidade, não são considerados adequados, pois, além de invadirem a privacidade do médico e do paciente, induzem o “efeito de Hawthorne” – em que médicos e pacientes modificam seus comportamentos por estarem sendo avaliados (Souza & Pereira, 1999). Ademais, este método permite apenas conhecer a relação médico-paciente no *setting* da consulta.

Segundo Souza (1997), a maioria dos instrumentos não foi testada em outros sistemas de saúde, de modo que muitos dos itens de investigação não são transferíveis ou adaptáveis às condições de outros serviços ou de outros sistemas de saúde. Os países que “importam” métodos de pesquisa podem comprometer a validade e confiabilidade de sua avaliação, caso não façam uma adequada adaptação transcultural.

A falta de padronização entre os instrumentos dentro de um mesmo país costuma ser referida por diversos autores no campo, dificultando a comparação dos resultados (Linder-Pelz, 1982; Hall & Dornan, 1988; Ross *et al.*, 1993; Lewis, 1994). O estudo de meta-análise de Hall & Dornan (1988), conduzido com uma amostra de 221 estudos, mostrou que 97% dos instrumentos utilizados eram elaborados pelo próprio pesquisador. Apenas 3% já eram conhecidos e haviam sido utilizados em outras pesquisas. Os instrumentos são assim elaborados numa “produção caseira”, os chamados *home made questionnaire* (Lewis, 1994).

A elaboração das escalas para medição do grau de satisfação é um fator importante a se considerar quando da elaboração de um instrumento. As escalas servem para mensurar a

resposta obtida, atribuindo pesos e valores para cada item. A maioria das escalas é baseada no modelo de Likert, abordando a satisfação de modo indireto pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o serviço ou sobre o profissional, a partir de categorias que variam entre: “concordo plenamente” e “discordo plenamente”. De acordo com a revisão de Aspinall *et al.* (2003), as escalas usadas não são escalas de satisfação propriamente ditas, mas instrumentos psicométricos ou escalas de sintomas ou de qualidade de vida, em bora os resultados sejam descritos em termos de satisfação.

Em relação às técnicas qualitativas, os grupos focais têm sido considerados essenciais para a obtenção de dados qualitativos necessários para a contextualização cultural do nível de satisfação do usuário com o serviço avaliado (Edwards & Staniszevska, 2000; Carr-Hill, 1992; Trad *et al.*, 2001; 2002; Schider & Palman, 2002). Nesta técnica, um grupo relativamente homogêneo é convidado a discutir um dado tópico da avaliação. O grupo é guiado por um facilitador e um moderador, a discussão é gravada em fita cassete/vídeo/teipe. A técnica de grupos focais tem sido valorizada por constituir-se uma estratégia de coleta de informações de caráter qualitativo em profundidade, em curto espaço de tempo e a baixo custo (Stewart & Shamdasani, 1990; Greenbaum, 1998; Gomes & Barbosa, 1999). São especialmente interessantes em situações nas quais se deseja ampliar a compreensão de um determinado projeto, programa ou serviço, tal qual as pesquisas de avaliação de satisfação.

Uma variante deste modelo é o processo de grupo nominal (Carr-Hill, 1992). Nesta técnica, os participantes são questionados pelos entrevistadores e suas respostas são escritas em um pedaço de papel, independentemente do grupo. Depois, as respostas são lidas e discutidas em uma nova rodada de questões e respostas. Esta técnica é bastante usada quando o repertório de respostas é muito divergente sobre um dado aspecto do serviço avaliado entre um mesmo grupo de usuários (Carr-Hill, 1992). Vale destacar que, para o objetivo da avaliação da satisfação de usuário, a técnica não está direcionada para a busca de um consenso entre o grupo, uma vez que a pluralidade de respostas espelha a diversidade de experiências relativas a um serviço. Mas ajuda o pesquisador a confirmar uma determinada informação que considere importante e deve ser destacada entre as falas dos usuários.

### **Principais vieses e alternativas para investigar as razões da alta satisfação em contradas nas investigações**

Alguns pesquisadores têm buscado compreender o fenômeno da alta satisfação. Enquanto uns apontam inconsistências teóricas no conceito de satisfação (Williams, 1994; Sitzia & Wood, 1997; Williams *et al.*, 1998), outros relacionam a aspectos metodológicos (Ware *et al.*, 1983; Leichner & Perrealut, 1990). No caso dos serviços públicos, argumenta-se ainda que a alta satisfação pode expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo sendo este de baixa qualidade, fazendo do usuário do sistema público uma espécie de usuário cativo (Sobrinho, 1996; Gomes *et al.*, 1999).

Em relação aos aspectos metodológicos, questiona-se a sensibilidade dos métodos em discriminar pacientes satisfeitos e insatisfeitos e quanto à apropriação das dimensões selecionadas para o estudo da satisfação (Carr-Hill, 1992). A alta satisfação pode representar a expressão das técnicas empregadas na obtenção da informação como o tipo de entrevistador e o modo pelo qual as perguntas são formuladas e em direcionadas.

Os estudos diferem na escolha do instrumento, na valoração dos achados, na definição do momento de abordar o usuário, na identificação e no controle dos principais vieses. Uma crítica recorrente está na ausência de padronização dos instrumentos, reduzindo a possibilidade de comparação entre as pesquisas. A maioria dos pesquisadores do tema desenvolveu seus próprios instrumentos de medida, mas não descreve quais procedimentos adotaram (Leichner & Perrealut, 1990), o que dificulta a avaliação sobre a eficácia dos mesmos.

Visando desenvolver uma metodologia para a avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais, Kloetzel *et al.* (1998) testaram quatro versões de um mesmo questionário para grupos distintos de usuários de um mesmo serviço. Embora a sensibilidade dos métodos variasse, a comparação dos resultados mostrava altíssima concordância entre as respostas: todos demonstravam alta de satisfação. Do ponto de vista metodológico, alguns fatores têm sido apontados como responsáveis pelo fenômeno da alta satisfação, caso, por exemplo, da relutância em expressar opiniões negativas conhecido como o viés de gratidão – *gratitude bias* (Owens & Bachelor, 1996; Avis *et al.*, 1997; Bernhart *et al.*, 1999) e o viés de aquiescência, re-

lacionado à enumeração dos quesitos dos questionários (Locker & Dunt, 1978).

A aquiescência costuma revelar-se nos instrumentos que dispõem de escala. Trata-se da tendência do indivíduo em concordar com o primeiro item da escala independentemente do seu conteúdo. Portanto, pode influenciar 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.*, 1993). Essa tendência é mais evidenciada entre os usuários mais idosos e nos indivíduos com menor renda (Ware, 1975; Fitzpatrick, 1991, Ross *et al.*, 1993).

Outro tipo de viés identificado é o viés de gratidão (*gratitude bias*). Costuma ser encontrado em países em desenvolvimento. Trata-se da omissão de questionamentos e críticas negativas dos usuários, e é verificado especialmente na avaliação de serviços públicos. Mas, o *gratitude bias* pode aparecer em situações em que o usuário tem grande afinidade com os profissionais provedores do cuidado, como em casos de pacientes internos. Pode também refletir uma postura de gratidão frente ao pesquisador. Neste caso, a medida de satisfação aparece distorcida, pois é, por si só, uma fonte de satisfação para este (Bernhart *et al.*, 1999).

Alguns autores apontam que a mídia, sob o aspecto de formadora de opinião pública, pode ser identificada como uma fonte de viés. No Brasil, habitualmente, os diversos conjuntos de mídia propagam uma idéia de serviço público desprovido de qualidade. Essa difusão muitas vezes é feita de forma explícita e agressiva (Souza, 1997). No entanto, este fenômeno deveria influenciar os resultados dos estudos de satisfação de modo a produzir insatisfação. A maioria das pesquisas aponta o contrário.

Uma provável explicação para esta questão reside na observação de Gilbert *et al.* (2000) que a mídia influencia mais a opinião de não-usuários do que a de usuários. Seguindo este raciocínio, a diferença de opinião entre usuários e não-usuários pode resultar de uma antiga e persistente impressão de que o serviço público não funciona, ao passo que tudo o que é privado é de qualidade. Há outras explicações possíveis, como a satisfação dos usuários pelo simples fato de ter a garantia da prestação dos serviços. Outro elemento que pode influenciar as percepções dos serviços do setor público é a confiança dos cidadãos no governo, nos políticos e nos servidores públicos. A percepção quanto à honestidade e à integridade do governo afeta a avalia-

ção do público em relação aos serviços que recebem dessas instituições (Santos, 1995).

Para tornar o fenômeno do “exagero” de satisfação, os autores vêm desenvolvendo estratégias de manejo metodológico. Katoka *et al.* (1997) destacam a importância de se comparar as respostas fechadas e abertas do questionário, pois é comum o usuário atribuir uma avaliação alta nas respostas fechadas e, nas abertas, incluir comentários, restrições e recomendações sobre o mesmo item. Contudo, os autores chamam a atenção para a necessidade de análise do conteúdo das observações feitas quando da comparação entre as respostas fechadas e abertas. A contradição apontada pelo usuário pode descrever, na verdade, uma contradição do serviço oferecido (Kotaka *et al.*, 1997).

Silva *et al.* (1995) analisam que quando a tendência é registrar a satisfação (em seus aspectos positivos), os resultados desfavoráveis em contradição (insatisfação) devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes sobre o serviço em questão. Alguns estudos passaram a destacar a importância de se debruçar sobre a avaliação da “insatisfação” (Ware *et al.*, 1983; Zastowny *et al.*, 1989; Coyle, 1999), pois esta categoria permite revelar aspectos dos serviços que precisam ser melhorados e, assim, interessam aos administradores (Carr-Hill, 1992).

Williams (1994) considera que, antes mesmo de se avaliar a satisfação do usuário com o serviço, é preciso entender quais os mecanismos que o mesmo utiliza para avaliar o serviço em questão, ou seja, entender o processo cognitivo do usuário envolvido na avaliação. Aponta também a necessidade de se buscar no ideário do usuário o significado do termo satisfação, além dos aspectos que levam à satisfação e insatisfação.

Os instrumentos de satisfação geral, ou índices de satisfação global, também são tidos como possíveis propiciadores do fenômeno da “alta de satisfação”. Leichner & Perreault (1990) apontam que o uso do índice de satisfação geral, no qual somente um ou poucos itens mensuram a satisfação, nem mesmo uma análise fatorial permite discriminar as distintas dimensões envolvidas. Com vistas a recuperar as lacunas deixadas pelas medidas gerais provenientes de tais instrumentos, alguns pesquisadores têm desenvolvido instrumentos *multidimensionais* da satisfação (Leichner & Perreault, 1990). Estes permitem discriminar as distintas

dimensões da satisfação, assegurando uma maior com preensão da apreciação dos serviços na ótica dos usuários a partir de cada uma das dimensões da satisfação explorada, possibilitando a ação com maior precisão nos fatores que devem ser melhorados.

Vale lembrar que alguns autores comentam que uma gama de questões tem sido abordada nos questionários e escalas indistintamente, incluindo a satisfação com o atendimento na recepção, a alimentação fornecida, limpeza do quarto, roupa de cama e aspectos interpessoais, acessibilidade, entre outros. Isto pode refletir que a noção de satisfação é multidimensional e, portanto, sua mensuração deve ser também multifacetada. Mas pode indicar, ainda, que os pesquisadores não têm clareza do que estão medindo.

### **A operacionalização do conceito de satisfação: aspectos dos serviços a serem avaliados**

A falta de uma definição consistente da satisfação e de uma teoria que oriente a sua mensuração é refletida na diversidade de abordagens metodológicas adotada pelos estudos. Há diferenças importantes na operacionalização do conceito de satisfação, ou seja, na definição de seus componentes ou dimensões e no modo de medi-la (Ware & Snyder, 1975; Williams & Calnan, 1991). As dimensões da satisfação são aspectos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos da relação médico-paciente, entre outros. A escolha destas dimensões condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios utilizados na seleção dos métodos. A avaliação da satisfação difere a depender do número e exatidão com que a performance de tais componentes é explorada (Accurcio *et al.*, 1991).

Diversas classificações das dimensões da satisfação têm sido postas, algumas apropriadas apenas para alguns tipos de serviços de saúde, outras buscando um modelo mais abrangente (Sitzia & Wood, 1997). A taxonomia mais aceita entre as pesquisas foi elaborada por Ware *et al.* (1983), distinguindo oito dimensões: 1) com portamento interpessoal (modo em que provedores interagem com os pacientes: respeito, preocupação, amizade, cortesia); 2) qualidade técnica do cuidado (competência e aderência a altos critérios de diagnóstico e tratamento); 3) acessibilidade/conveniência (tempo

de espera, facilidade de acesso); 4) aspectos financeiros; 5) eficácia/resultados do cuidado (melhoria e manutenção da saúde); 6) continuidade do cuidado; 7) ambiente físico (ambientes bem sinalizados, equipamentos, atmosfera agradável); 8) disponibilidade (presença de recursos médicos: quantidade suficiente de provedores e insumos).

Prévost *et al.* (1998) desenvolveram uma classificação mais ampla, privilegiando a satisfação nas seguintes dimensões: relacional (respeito, consideração, acolhida, gentileza, etc.); organizacional (organização dos serviços); profissional (tempo dispensado na consulta, informações suficientes e claras, etc.); e socioeconômicos e culturais (aspectos relacionados às condições de vida das pessoas). Trad *et al.* (2002), avaliando a satisfação de usuários com o Programa de Saúde da Família, adicionou ao modelo de Prévost *et al.* (1998) a dimensão cognitiva, destacando a concepção dos usuários (entendimento sobre a lógica de funcionamento) do programa.

A comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários (clareza das informações, explicação sobre o diagnóstico e tratamento, esclarecimento de dúvidas e disponibilidade para contato em situações emergenciais) tem ganhado relativa autonomia entre as dimensões da satisfação, sendo privilegiada na mensuração da satisfação (Rubim, 1989; Sitzia & Wood, 1997; Williams *et al.*, 1998).

Por fim, é fundamental destacar que o contexto brasileiro indica outros fatores relevantes, como a estrutura e organização do sistema de serviços de saúde e modelos assistenciais vigentes. Sem dúvida, o acesso é um atributo dos serviços bastante valorizado pelos usuários. Geralmente o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias e que buscam os serviços de forma assistencial (para o atendimento médico e busca de medicamentos e vacinas). Estes usuários interessam-se mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade dos serviços (Santos, 1995).

### **Considerações finais**

Diante desta revisão, observa-se que os diferentes métodos, técnicas e instrumentos apresentam vantagens e desvantagens, não havendo ainda para a avaliação da satisfação estratégias metodológicas válidas e confiáveis que sejam de consenso dos pesquisadores.

Nestes termos, pensamos que uma combinação de técnicas é uma estratégia bastante oportuna para dar conta da complexidade da satisfação e evitar reducionismos presentes em cada método. Vale ainda destacar a importância da triangulação de dados, investindo na contraposição da avaliação realizada pelos usuários com a perspectiva dos profissionais e/ou gestores dos serviços, no sentido de buscar uma maior contextualização dos dados obtidos.

Embora exista um conjunto de métodos e técnicas que possuem um grau de universalidade, há que se considerar as diferentes peculiaridades de cada país. Autores nacionais vêm refletindo que as pesquisas sobre satisfação do usuário no Brasil não devem representar apenas um acréscimo “copiado” de metodologia importada dos países centrais (Oliveira, 1991; Lemme *et al.*, 1991; Serapione, 1999). Dada a diferença entre o padrão socioeconômico e cultural da população que utiliza os serviços, existe a necessidade de confecção de um instrumental adequado a nossa realidade. As pesquisas no Brasil devem refletir, especialmente, dificuldades nas condições de acesso aos serviços de saúde e devem estar adequadas ao perfil de

baixa escolaridade e consciência cívica de seu público (Vaitsman *et al.*, 2003).

Remarca-se ainda a distinção entre os serviços de saúde de natureza pública e privada, e as características particulares de suas clientela. Nos serviços públicos, o poder de pressão dos usuários é baixo, pois não há necessidade de captação de clientela, como no setor privado. As avaliações de satisfação de usuário de serviços públicos podem representar um importante meio para contornar esta questão, atuando como instrumentos de dar voz aos usuários (*voice giving*). Desse modo, permitem aos usuários oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social.

Por fim, a despeito da necessidade de aperfeiçoamento de instrumentos e métodos de pesquisa no âmbito da satisfação de usuários, vale lembrar que esse movimento deve estar orientado para uma avaliação conseqüente, cujo resultado traga aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde, propiciando avanços significativos no âmbito da gestão dos serviços de saúde.

## Colaboradores

Esperidião MA participou de todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa e do artigo. Trad LAB participou da elaboração do artigo, análise e revisão do texto.

## Referências bibliográficas

- Accurcio FA, Cherchilia ML & Santos MA 1991. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 33:50-53.
- Aharony L & Strasser S 1993. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* 50(1):49-79.
- Aspinal F, Addington-Hall, Hughes R & Higginson IJ 2003. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 42(4):324-339.
- Avis M, Bond M & Arthur A 1997. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Journal of Advanced Nursing* 44(1):85-92.
- Baron-Epel O, Dushenat M & Friedman N 2001. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 13(4):317-323.
- Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H & Pohan I 1999. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine* 48:989-996.
- Bosi ML & Afonso KC 1998. Participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Caderno de Saúde Pública* 14(2):355-365.
- Calnan M 1988. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science and Medicine* 27(9):927-933.
- Carr-Hill RA 1992. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14(3):236-249.
- Coyle J 1999. Exploring the meaning of "dissatisfaction" with health care: the importance of "personal identity threat". *Sociology of Health & Illness* 21(1):95-123.
- Coyle J & Williams B 2000. An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *Journal of Advanced Nursing* 31:1235-1243.
- Dougall A, Russell A, Rubim G & Ling J 2000. Rethinking patient satisfaction: patient experiences of an open access flexible sigmoidoscopy service. *Social Science and Medicine* 50:53-62.
- Deslandes SF 1997. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública* 13(1):103-107.
- Edwards C & Staniszewska S 2000. Accessing the user's perspective. *Health & Social Care in the Community* 8(6):417-424.
- Fakhoury et al. 1996. Determinants of informal caregivers' satisfaction with services for dying cancer patients. *Social Science and Medicine* 41:721-731.
- Fitzpatrick R 1991. Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal* 302:1129-1132.
- Gilbert RG, Nicholls JAF & Roslow S 2000. A mensuração da satisfação dos clientes do setor público. *Revista do Serviço Público* 51(3):26-40.
- Gomes R, da Silva CMF, Deslandes SF & Souza ER 1999. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão dos usuários. *Caderno de Saúde Pública* 15(4):789-797.
- Gomes MES & Barbosa EF 1999. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Revista Educativa*, São Paulo.
- Greenbaum TL 1998. *The Handbook for Focus Group Research*. SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Hall JA, Dornan MC 1988. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine* 27(6):637-644.
- Hudak PL & Wright JG 2000. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 25(24):3167-3177.
- Jackson JL, Chamberlin J & Kroenke K 2001. Predictor of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 52:609-620.
- Joahansson P, Olén M & Fridlund B 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J. Caring Sci* 16:337-344.
- Kotaka F, Pacheco MLR & Higaki 1997. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 31(2):171-177.
- Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG & Santos RN 1998. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - A satisfação do usuário. *Caderno de Saúde Pública* 14(3):623-628.
- La Monica EL, Oberts MT, Madea AR & Wolf RM 1986. Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health* 9:43-50.
- Lebow JL 1974. Consumer assessments of the quality of medical care. *Medical Care* 12(4):328-337.
- Lechner P & Perreault M 1990. *Developpement et validation d'une echelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie - Rapport Final*. Société Canadienne d'Évaluation, Montréal.
- Lemme AC, Noronha G & Resende JB 1991. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública* 25(1):41-46.
- Lewis JR 1994. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science and Medicine* 39(5):655-670.
- Linder-Pelz S 1982. Towards a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 16:577-582.
- Locker D & Dunt D 1978. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine* 12(4):283-292.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O & Gomes R 2001. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes, Petrópolis.
- Minayo MCS & Sanches O 1993. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública* 9(3):239-262.
- Owens DJ & Bachelor C 1996. Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine* 42(11):1483-1491.
- Oliveira CG 1991. *Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Parasumaran A, Zeithaml V & Berry L 1988. A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 12:40.
- Prévost A, FaфарdA & Nadeau MA 1998. La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé

- et des services sociaux: l'expérience de la Régie Régionale Chadière-Appalaches. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 13(1):1-23.
- Ross CK, Steward CA & Sinacope JM 1993. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care* 31(12):1138-1149.
- Rubim HR 1989. Patient evaluations of hospital care: a review of literature. *Medical Care* 28(9):53-59.
- Santos MP 1995. *Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Schider H & Palman N 2002. Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy and Planning* 17(1):32-41.
- Serapione M 1999. 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 de saúde. *Saúde em Debate* 23(53):81-92.
- Serpa LF 2002. Qualidade-quantidade na pesquisa educacional. *Ágore – Revista de Educação e Cultura* 6(6): 165-174.
- Silva LMV, Formigli VLA, Cerqueira MP, Kruchevsky L, Teixeira MMA, Barbosa ASM, Conceição PSA, Khouri MA & Nascimento CL 1995. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima. *Caderno de Saúde Pública* 11(1):72-84.
- Sitzia J & Wood N 1997. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 45(12):1829-1843.
- Sobrinho CLN 1996. *Municipalização das ações de saúde: a experiência de Santaluz – Bahia – 1993/1995*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Souza EM 1997. *A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguaíngua, DF*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- Souza EM & Pereira M 1999. A satisfação do usuário na avaliação dos serviços de saúde. *Brasília Médica* 36(1/2):33-36.
- Stewart DW & Shamdasani P 1990. *Focus group research: exploration and discovery*. SAGE Publications, Newbury Park.
- Staniszewska S & Ahmed L 1999. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29(2):364-372.
- Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM & Nunes M 2001. *A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contexto*. PNEPG, CNPq.
- Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM & Nunes M 2002. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3):581-589.
- Turris AS 2005. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal Advanced Nursing* 50(3): 293-298.
- Vaitsman J, Andrade GRB, Farias LO, Médici ME & Nascimento LR 2003. *Projeto Gestão de Qualidade e Satisfação dos Usuários em Organizações Públicas de Saúde. Um estudo piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – IPEC*. Resumo do relatório final apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro – FAPERJ. ENSP/Fiocruz.
- Ware JE & Snyder MK 1975. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care* 13:669.
- Ware JE, Snyder MK, Wright WR & Davies AR 1983. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 6:247-263.
- Wartman AS, Morlock LL, Malitz FE & Palm AE 1983. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. *Medical Care* 21:386-391.
- Weiss GL 1988. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Medical Care* 1988; 26(4):383-392.
- Williams B 1994. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 38(4):509-551.
- Williams B, Coyle J & Healy D 1998. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 47(9):1351-1359.
- Williams SJ & Calnan M 1991. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Journal of Family Practice* 8:237-242.
- Williams B, Weinman J & Dale J 1998. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 15(5):480-492.
- Zastowny TR, Roghmann KJ & Cafferata GL 1989. Patient satisfaction and the use of Health Services: Exploration in Causality. *Medical Care* 27(7):705-723.

Artigo apresentado em 30/04/2004

Aprovado em 5/06/2005

Versão final apresentada em 20/09/2005