

A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA CONDUÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

Helen Kássia Galvão de Jesus*

Roberto Wagner Lopes Goes**

RESUMO

O artigo faz uma discussão dos conceitos: "Sistema Único de Saúde(SUS) e a satisfação do usuário", "Odontologia no SUS" e "Política Nacional de Humanização" e abordam suas semelhanças e diferenças, bem como sua pertinência nas pesquisas de avaliação de serviços e sistemas de saúde. A satisfação é analisada como um conceito que incorpora a visão do usuário; humanização refere-se a princípios que orientam políticas e programas. As pesquisas de satisfação deram ênfase ao lugar dos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, dando ao usuário o status de um indivíduo/cidadão, ou seja, de um sujeito de direitos válidos universalmente.

Palavras-chave: Satisfação, Odontologia, Humanização.

ABSTRACT

The paper discusses the concepts: "Health System(SUS) and user satisfaction ", "Dentistry in SUS "and" National Humanization Policy "and discuss their similarities and differences as well as their relevance in research evaluation of services and . healthcare systems satisfaction is analyzed as a concept that incorporates the user's view,. humanization refers to principles that guide policy and program satisfaction surveys emphasized the place of patients in health systems and services, giving users the status of an individual / citizen, or a subject universally valid rights.

Keywords: Satisfaction, Dentistry, Humanization.

* Graduada em Odontologia 2013 pela Faculdade Patos de Minas. Patos de Minas.
helenlorina@yahoo.com.br

**Professor de saúde coletiva- Cursos de graduação da Faculdade Patos de Minas. Patos de Minas/MG. robertolpgoes@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, o conceito de humanização emerge como um conceito vinculado ao direito dos seres humanos - tanto individuais quanto sociais- e se refere a clientes, pacientes, consumidores, cidadãos, e usuários como sujeitos.

A humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos do Homem(30), que se estabelece na noção de dignidade e igualdade dos humanos, ou seja, o que é devido ao paciente como um ser humano, pelos médicos e pelo Estado, se conformou em grande parte devido a esta compreensão dos direitos básicos da pessoa.

A abordagem desse assunto é de suma importância na odontologia para fazer com que o profissional tenha a ideia de dignidade e respeito à vida humana, com ênfase na dimensão ética da relação entre pacientes e profissionais de saúde.

Neste sentido, torna-se relevante conhecer como é a percepção dos usuários com relação aos atendimentos prestados pelo SUS.

O objetivo geral do trabalho foi fazer uma discussão dos conceitos 'SUS e satisfação do usuário', odontologia no SUS' e PNH'.

O objetivo específico deste trabalho foi discutir a importância de todos esses itens no processo de avaliação do usuários.

Utilizou-se uma pesquisa bibliográfica/webliográfica, com abordagem qualitativa, e pesquisa exploratória.

2 HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

A avaliação pelos usuários por meio de pergunta teve início nos anos 60 na Europa e EUA, primeiramente com o intuito de estudos no tratamento(1) e nos anos 70 e 80, inserida na qualidade dos serviços de saúde(2,3).

A qualidade da assistência a saúde passou a ser discutida com mais precisão a partir do século XX. Os estudos de satisfação, com a participação dos usuários, tornaram-se indispensáveis ao planejamento e à avaliação dos serviços de saúde. As pesquisas sobre satisfação do paciente avançaram, sobretudo a partir dos anos

90, quando se deram sérias transformações econômicas, políticas e culturais no contexto nacional(4).

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, objetivando novos conceitos de saúde, definido na Constituição Brasileira de 1988 (6).

Em 1988, a Constituição Brasileira define a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, reforçando a premência de uma política do Governo Federal centralizada em questões sociais, voltadas para provisão de demandas individuais e coletivas(6).

Não obstante desse dispositivo legal, ao longo dos anos a crise na saúde se agravou intensamente conduzindo à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), definido nos artigos N°196 a 200 da referida Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde N° 8080/90 e 8142/90. Tais medidas asseguraram a saúde como direito social com base nos seguintes princípios: Universalidade, Equidade, e Integralidade. Entende-se por Universalidade a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão; por Equidade: meio para se alcançar a igualdade. Ou seja, dando prioridade as pessoas com condições socioeconômicas inferiores (mais para quem tem menos), em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens, serviços ou oportunidades; e Integralidade: a atenção à saúde em todos os níveis. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria (7).

As medidas que asseguraram a saúde como direito social são estratégias em prol da qualidade da assistência dos serviços de saúde(8).

O envolvimento do usuário na avaliação da satisfação está relacionado com o maior ou menor adequação no uso de serviços da saúde, tanto quanto a estrutura e ao processo do cuidado da saúde. Afinal, a dignidade, o respeito e a qualidade de vida constituem a realidade do usuário(4).

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. Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem ser identificados como resultantes do engajamento do usuário como responsável pela avaliação, o que articula, além dos aspectos econômicos de eficiência e eficácia dos serviços, a aceitabilidade social dos mesmos (9).

Nos estudos de satisfação de usuários, é bastante comum observar, que nas abordagens quantitativas e qualitativas, são vistas altas taxas de satisfação(17-20). Conhecido na literatura como elevação das taxas de satisfação, esse fenômeno é

visto mesmo quando as expectativas do serviço são negativas. Esse acontecido tem levado ao questionamento da veracidade destes estudos, sendo que é improvável que profissionais da saúde realizem um atendimento perfeito(21). É comum que no Brasil, um país em desenvolvimento, onde o acesso a saúde de qualidade é disponibilizado a poucos, é de esperar de que os usuários manifestem mais insatisfação com o atendimento que lhe são oferecidos.

Entre as ações mais reconhecidas do SUS estão a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, além de programas de vacinação em massa de crianças e idosos em todo o País e da realização de transplantes pela rede pública (22).

Os dados listados abaixo revelam o tamanho da importância e da atuação do sistema público de saúde brasileiro e foram retirados do site oficial do Governo Federal(22):

O SUS tem 6,1 mil hospitais credenciados; 45 mil unidades de atenção primária; 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF); O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais; 19 mil transplantes; 236 mil cirurgias cardíacas; 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia; e 11 milhões de internações. Número de beneficiados: 190 milhões de pessoas;

Pessoas que dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde: 152 milhões de pessoas(80% do total); Hospitais credenciados: 6,1 mil; Unidades de atenção primária: 45 mil; Equipes de saúde da família(ESFs): 60,3 mil; Procedimentos ambulatoriais anuais: 2,8 bilhões; Transplantes anuais: 19 mil; Cirurgias cardíacas anuais: 236 mil; procedimentos de quimioterapia e radioterapia anuais: 9,7 milhões; Internações anuais: 11 milhões; Número de usuários com acesso ao SAMU-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: 130 milhões de pessoas(22).

Portanto, é imprescindível observar as formas de acesso ao serviço, a estrutura física e organizacional e a relação profissional / paciente, tornando a participação do usuário item essencial na avaliação de qualidade dos serviços de saúde. E, no caso particular da odontologia, como campo de saber inserido na área de saúde, esta amplia seu objetivo de estudo no que diz respeito à prevenção, tratamento e a reabilitação, visando promover o bem-estar individual e coletivo do ser humano (16).

3 ODONTOLOGIA NO SUS

A atenção odontológica durante muito tempo, ficou caracterizada por oferecer atendimentos populacionais restritos, como os atendimentos escolares, e apenas voltados para doença periodontal e cárie. A população restante ficava dependente e excluída, apenas com a cobertura de atendimentos mutiladores e curativos. Por esses motivos a odontologia era alvo de críticas por parte das pessoas envolvidas(24).

Em 1998 na Constituição Federal, a saúde passou a ter papel importante e específico, dando um grande avanço na tentativa de correção do modelo assistencial vigente no país, vivenciado pela prática hospital-dependente, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis, pelo individualismo, pela baixa resolubilidade, sendo esse modelo responsável pela insatisfação dos autores envolvidos(6).

Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1998, Faz com que haja um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que é adequar seus atendimentos para responder os princípios do SUS.

A importância da saúde bucal é maior , quando relacionada a qualidade de vida das pessoas; é fundamental a busca de mecanismos que ampliem o campo de ações e facilitem e viabilizem progressos do perfil epidemiológico brasileiro. A saúde bucal em sua luta, está ligada diretamente a melhoria dos fatores que são condicionados pelos políticos, pela economia e pela sociedade, no que diz a responsabilidade e dever do Estado em sua execução(24).

Ao ser criado sob seus princípios, o SUS em sua construção tinha como visão pelo menos no plano de conceito, diminuir as distâncias que ainda existem entre os direitos da população fornecidos pela lei e a capacidade de ofertas efetivas de serviços públicos de saúde a comunidade.O desafio era obter recursos financeiros no funcionamento do sistema, e operacionalizar, em um país complexo e grande.

Sob este aspecto, o atendimento odontológico pelo seu alto custo e complexidade, ficaria em um plano secundário, sendo a odontologia um apêndice na saúde publica(24).

A efetivação do SUS deu-se na década de 90, depois da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, e das portarias e normas emitidas pelo Ministério da Saúde as Normas Operacionais Básicas (NOBs) como reguladores do sistema. Certos fatores, dificultam ate hoje sua operacionalização, exemplo: falta de clareza na relação pública com o serviço privado; resistência do antigo modelo assistencial; e a

ausência de definições claras de funções para as esferas do governo municipal, estadual e federal(7).

As tentativas do modelo assistencial no Brasil foram desencadeadas com o aparecimento de dois programas: em 1991 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994 Programa de Saúde da Família (PSF)(7).

A equipe de saúde da família deve ser formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, incluindo, a partir de 1994, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultórios dentários e técnicos de higiene dentária. O atendimento é prestado nas unidades básicas de saúde e/ou domicílios. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento humanizado (26).

Sendo assim, quando uma equipe de saúde bucal realizar visitas domiciliares, ou participa da fase de cadastramento da comunidade, ela se aproximará da população em seu contexto sociofamiliar e compreenderá as complexas e diferentes relações, o que aumenta o vínculo e acessibilidade aos serviços.

É imprescindível a programação e o planejamento dos atendimentos odontológicos, que devem começar das informações epidemiológicas e dos riscos de doenças que a população sofre.

Estes instrumentos são estratégias importantes para as avaliações no impacto das ações, o que, até a pouco tempo, era impraticável na maior parte dos municípios(25).

Nos dias atuais, o Programa de Saúde da Família envolve, em dimensão nacional, 15.201 equipes do PSF, atuando em cerca de quatro mil cidades e assistindo a 50 milhões de pessoas. Existem 163.923 agentes comunitários de saúde acompanhando 85 milhões de pessoas em 4,9 mil municípios, ou seja, a cada dois brasileiros, um recebe a visita periódica de uma ACS (27).

No levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, por meio de Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), foi constatado que cerca de 20 milhões de brasileiros, de um total de 160 milhões, nunca foram ao dentista. Isso representa algo em torno de 12,5% de pessoas que nunca tiveram acesso a tratamento odontológico. É importante salientar que na área rural esse número sobe para 32% (27).

A Odontologia foi inserida no PSF pelas Portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais (27).

A odontologia foi inserida no PSF pelo SUS em 2001. O maior desafio é poder fornecer atenção primária às famílias e poder oferecer tratamento odontológico mais complexo nas unidades básicas de saúde, em total harmonia com o SUS. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde odontológica no PSF tornou-se a porta de entrada do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo.

4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A noção de humanização começou a ser mais utilizada na área da saúde a partir dos anos 90(31).

Em meados dos anos 90, a prática médica tinha se tornado impessoal e desumana, por onde começou-se a orientação de propostas para garantir a proteção dos direitos humanos e a busca da humanização e do acolhimento a todos os pacientes, inclusive os mais vulneráveis, como as crianças, os pacientes psiquiátricos, os idosos ou os gravemente enfermos (31).

Em 1990, vários países membros da OMS fizeram declarações em assinaturas, relativas a direitos dos pacientes.

Tendo como finalidade a implementação do conceito de respeito pelos seres humanos e equidade nos serviços de saúde. Neste documento, enfatiza-se a liberdade da escolha do indivíduo, e também a necessidade de ampliar mecanismos que forneçam e garantam a qualidade do serviço prestado. O aumento da complexidade dos serviços de saúde, o avanço da ciência e da medicina e o fato do exercício da medicina ter se transformado em muitas vezes, impessoal, desumana, e envolvendo burocracia, mostrou a necessidade de reconhecer o direito humano a determinação de assegurar seus direitos, individuais quanto sociais(31).

A humanização dos serviços na área da saúde, contem dentro de seus princípios, a avaliação da satisfação dos serviços prestados pelos pacientes e profissionais, contendo três itens básicos: 1) o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e criar condições de que haja sua integração ativa na identificação de mudanças necessárias para o progresso das suas condições de trabalho;2) participação do paciente no julgamento dos serviços prestados; 3) participação dos

pacientes juntamente com os profissionais, em parceria no acompanhamento dos serviços oferecidos(28).

Em 2003 a PNH foi instituída pelo ministério da saúde. A PNH da atenção ao SUS(Humaniza SUS) foi criada a partir das experiências do chamado "SUS que dá certo". Nela há o reconhecimento de que municípios, Estados e serviços de saúde estão incluindo praticas de humanização nas práticas de atenção e gestão com ótimos resultados, no que oferece a legitimidade do SUS como política pública.

O Humaniza SUS tem a finalidade da efetivação das diretrizes do SUS , no dia a dia das práticas de atenção e gestão, sendo um estimulador de solidariedade entre todos os envolvidos: trabalhadores, usuários, gestores; no fornecimento de saúde e produção de sujeitos. Existe a necessidade de um SUS que defenda a vida, um SUS humanizado, tendo como pacto a valorização democrática e coletiva.

Entende-se a humanização do SUS como (28):

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um(28).

Com isso, cria-se também um campo propício e um mercado para pesquisas de avaliação a partir da percepção dos usuários, que normalmente são feitas por meio de perguntas com respostas de múltiplas escolhas para a produção de dados estatísticos. Isso porque as orientações para a qualidade na administração pública,ao constatarem os altos custos na saúde, acabam por exigir métodos que

avaliem a qualidade dos serviços de forma concreta, o que é suposto usar métodos quantitativos(32).

O aspecto fundamental da qualidade do serviço se refere a satisfação do usuário. A percepção do usuário interfere na criação de vínculos, no cuidado, e na acessibilidade, e poderá ter reflexos na equipe de coordenação do cuidado(33).

A saúde é direito de todos e dever do Estado. Esta é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo.

5 CONCLUSÃO

As pesquisas de satisfação deram destaque ao lugar dos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, dando-lhe o status de um indivíduo/cidadão, ou seja, de um sujeito de direitos válidos universalmente.

O usuário adquiriu um lugar simbólico, político, e social importante, na avaliação dos sistemas e serviços de saúde, seja ele no papel de, consumidor, cliente ou paciente.

A Política Nacional de Humanização contribui para consolidação do SUS como política pública de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1- Ware JE & Snyder MK 1975. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care* 13:669.
- 2- Linder-Pelz S 1982. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 16:577-582.
- 3- Turrís AS 2005. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal Advanced Nursing* 50(3): 293-298.
- 4- 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.

- 5- Sitzia J & Wood N 1997. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 45(12): 1829-1843.
- 6- Vaistman, J; Andrade, G.R.B.Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência a saúde. *Ciencia e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599-613, 2005.
- 7- Brasil. Conselho Nacional de Saúde: Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução N°196. Brasília 1996.
- 8- Paiva, S. M. A. Qualidade da assistência hospitalar: avaliação a satisfação dos usuários durante seu período de internação. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.
- 9- Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM & Nunes M. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos 2001. PNEPG, CNPq.
- 10- Ware JE, Snyder MK, Wright WR & Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:247-263.
- 11- Weiss GL 1988. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Medical Care* 1988; 26(4): 383-392.
- 12- Zastowny TR, Roghmann KJ & Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of Health Services: Exploration in Causality. *Medical Care* 1989;27(7): 705-723.
- 13- Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H & Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine* 1999;48:989-996.

- 14- Baron-Epel O, Dushenat M & Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 2001;13(4): 317-323.
- 15- Joahansson P, Oléni M & Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J. Caring Sci* 2002;16:337-344.
- 16- Williams B 1994. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 38(4): 509-551.
- 17- Carr-Hill RA 1992. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14(3):236-249.
- 18- Owens DJ & Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine* 1996; 42(11): 1483-1491.
- 19- Avis M, Bond M & Arthur. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Journal of Advanced Nursisng* 1997; 44(1): 85-92.
- 20- Souza 1997. *A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, DF*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília.
- 21- 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.
- 22- Atendimento. Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso 15 de abril de 2013] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/sus>

23- Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [acesso 20 de abril de 2013] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

24- Bastos JRM, Saliba NA & Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. Revista Paulista de Odontologia 1996; 27(4): 38-42.

25- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1.300/2001 de 06 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia e odontologia. Diário Oficial, Brasília, DF, 2001. Seção 1, p.25

26- Brasil. INEP/MEC. Relatório síntese do exame nacional de cursos– odontologia, Brasília; 1997.

27- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1444 de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica – portaria de incentivos financeiros. Diário Oficial, Brasília (DF); 2000.

28- Política Nacional de Humanização. O que é HumanizaSUS. [acesso dia 08 de junho de 2013]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/19793891/Politica-Nacional-de-Humanizacao>

29- Sistema Único de saúde. [acesso dia 08 de junho de 2013]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde

30- ONU 1948. Declaração Universal dos Direitos do homem. [acesso dia 12 de junho de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/entily/genomic/elsi/n>

31- World Health Organization 1994.A Declaration of Patients Rights in Europe, European Consultation on the rights of patients. Amsterdam 28-30 March 1994.

32- De Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Series 1999; No32. EIP/GPE,WHO.

33- Dinsdale GB, Manson DB, Schmidt F & Strickland T. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros 2000; Brasília, ENAP, No20.

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho a todos os meus familiares e professores que me proporcionaram mais uma vitória em minha vida.

Enfatizo um agradecimento especial ao meu professor orientador: Roberto Wagner Lopes Goes, que demonstrou muita paciência e compreensão, auxiliando-me na elaboração desse trabalho primordial para minha formação acadêmica.

Meus singelos agradecimentos também aos meus professores: Fernando Nascimento e Débora Andalécio, por terem aceitado participar da minha banca de TCC e estarem presentes em um momento tão especial para mim.

01/09/2013