

A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática

The satisfaction of the user in health services evaluation: essay on the imposition of problems

Monique Azevedo Esperidião¹, Lúgia Maria Viera-da-Silva²

DOI: 10.1590/0103-110420185223

RESUMO Pesquisas de satisfação de usuários encontram-se colocadas atualmente como uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos, a despeito da existência de um conjunto de evidências reportadas na literatura internacional há mais de quatro décadas, que questionam a validade de tais abordagens. O presente ensaio tem por objetivo contribuir para a compreensão de alguns aspectos negligenciados sobre o significado dos inquéritos de satisfação do usuário e seus resultados, particularmente sobre o paradoxo da elevada satisfação encontrada como resultado dessas pesquisas. Esse fenômeno será analisado por meio de uma analogia com as sondagens de opinião, discutindo a hipótese de que a elevada satisfação, descrita na literatura, pode representar um artefato de pesquisa decorrente de uma imposição de problemática, no sentido discutido por Bourdieu (1973) e Champagne (1998). As respostas obtidas não correspondem necessariamente a representações sociais ou percepções relativas aos serviços, mas às reações dos usuários à situação de pesquisa, caracterizando-se como uma resposta forçada frente às condições de realização dos inquéritos.

PALAVRAS-CHAVE Comportamento do consumidor. Pesquisa sobre serviços de saúde. Satisfação do paciente.

ABSTRACT *User satisfaction surveys are currently placed as one of the main strategies for participation, protection and defense of the rights of users of public services, despite the existence of a set of evidences reported in the international literature more than four decades ago, question the legitimacy of such approaches. The present essay aims to contribute to the understanding of some neglected aspects of the meaning of user satisfaction surveys and their results, particularly the paradox of high satisfaction found as a result of these surveys. This phenomenon will be analyzed through an analogy with opinion polls, discussing the hypothesis that the high satisfaction, described in the literature, may represent an artifact of research resulting from a problematic imposition, in the sense discussed by Bourdieu (1973) and Champagne (1998). The answers obtained do not necessarily correspond to social representations or perceptions regarding the services, but to the reactions of the users to the research situation, being characterized as a forced response to the conditions of the surveys.*

KEYWORDS *Consumer behavior. Health services research. Patient Satisfaction.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1827-3595>
moniqueesper@yahoo.com.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2518-411X>
ligiamvs@gmail.com



Introdução

O presente ensaio tem por objetivo contribuir para a compreensão de alguns aspectos negligenciados sobre o significado dos inquéritos acerca da satisfação do usuário e seus resultados, particularmente sobre o paradoxo da elevada satisfação encontrada como resultado dessas pesquisas. Esse fenômeno será analisado por meio de uma interrogação sobre suas condições de produção e reprodução no interior do campo da saúde coletiva, no sentido de Bourdieu^{1,2}.

Por meio de uma analogia com as sondagens de opinião, pretende-se discutir 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, como discutido por Bourdieu³ e Champagne⁴. As respostas obtidas podem não corresponder a representações sociais ou percepções relativas aos serviços, mas representariam reações a uma situação de pesquisa.

A cultura empresarial da ‘qualidade total’, difundida no Japão desde os anos 1950, privilegiava a ‘satisfação do cliente’ como padrão ouro da qualidade de serviços e produtos, visando à fidelização e ao ‘retorno do consumidor à empresa’⁵. A ideia do *kaizen* japonês, imprimindo melhoria contínua nos processos produtivos, abrangia áreas não só de manufatura, engenharia ou gestão de negócios, mas, também, a área da saúde.

A literatura em saúde logo incorporou a satisfação como indicador da qualidade do cuidado⁶, e, ao final da década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, observava-se um crescimento das pesquisas de satisfação de usuários de serviços de saúde, como expressão do movimento do consumismo e da cultura da ‘qualidade total’, com a introdução de elementos de concorrência nos seus sistemas de saúde. Os trabalhos encontravam-se, naquele momento, relacionados à satisfação do consumidor e aos estudos sobre satisfação no trabalho⁷.

No Brasil, as primeiras publicações sobre satisfação de usuário são também da década de 1970 e tomavam por objeto a avaliação da qualidade do cuidado em enfermagem.

O ponto de vista do usuário na avaliação das políticas públicas governamentais no Brasil difundiu-se a partir dos anos 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o incentivo à participação dos usuários nas políticas de saúde. Na década seguinte, os estudos de satisfação ganharam força, com a Reforma Administrativa do Estado brasileiro e a incorporação de medidas do campo empresarial na gestão pública. Em 2002, foi implantado o Sistema Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos, que institucionalizou o Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação (IPPS), difundindo a avaliação da satisfação com os serviços públicos em distintas áreas.

Atualmente, as pesquisas de satisfação de usuários encontram-se colocadas como uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos (Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017). Tal ênfase, adotada pelo governo Temer, pode estar relacionada à incorporação de concepções empresariais na gestão pública, que ignoram um conjunto de evidências, reportadas na literatura internacional há mais de quatro décadas, questionando a validade de tais abordagens.

A interação do usuário com os serviços de saúde

As relações entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais são mediadas pela posição que ambos ocupam no espaço social, pelas suas trajetórias e por diversas circunstâncias relacionadas com o processo de construção social do problema de saúde, bem como as condições históricas que tornaram possíveis aquelas relações específicas⁸.

É muito diferente a relação entre um paciente idoso com uma dor forte, em uma

emergência pública, atendido por um médico jovem, no início da carreira, e um paciente jovem, fazendo um exame preventivo com um médico experiente em um consultório privado. São infinitas as combinações imagináveis diante da variedade de posições possíveis no espaço social, assim como frente à segmentação dos serviços públicos e privados de saúde.

O contato do usuário com os serviços de saúde inclui considerar diversas relações interpessoais: da recepcionista ao médico, passando pela sua reação às amenidades do cuidado (conforto, tipo de prédio, refrigeração, entre outros), sua percepção sobre a qualidade da consulta e o acesso a insumos em geral, entre eles, os medicamentos. A depender da posição e da trajetória dos indivíduos, aí incluídas relações de gênero, geração, etnia, entre outras, o modo de vivenciar a passagem pelo serviço será diferenciado, com implicações na maneira de julgar e avaliar tais serviços e profissionais. O julgamento do usuário com relação à sua experiência em um serviço de saúde depende do seu *habitus*, sistema de disposições que orientam suas percepções⁹, do ajuste do seu *habitus* àquela situação e, também, da distância com relação ao *habitus* dos profissionais de saúde.

Dessas relações, as mais importantes seriam aquelas entre os pacientes e os profissionais de saúde, como a relação médico-paciente. A troca entre o médico e o paciente, no entanto, será sempre desigual. É uma troca onde, por mais bem posicionado socialmente que esteja o paciente, ele não pode retribuir integralmente. As distâncias sociais irão conferir características distintas ao modo de interação entre médico e paciente, como à comunicação entre o doente e o médico¹⁰.

Além disso, a distância da necessidade de saúde, ou seja, o fato de o paciente estar adoecido e precisando de cuidados de ordem médica confere à relação uma dimensão na maioria das vezes assimétrica, de dependência do saber médico, o que, por vezes, interfere na maneira de julgar. Mesmo entre médicos essa relação pode ser assimétrica e influenciada pelas características de gênero,

geração, especialidade e posição no campo médico e no espaço social.

Dessa forma, essas relações podem ser simétricas ou assimétricas, a depender da posição que ocupa o médico e o paciente no espaço social, e, por consequência, do capital que acumula, em particular, o capital econômico e cultural, bem como do encontro dos *habitus* decorrentes das suas trajetórias.

A qualidade da consulta médica dependerá, ainda, de um conjunto de fatores, desde a indicação prévia por alguém da confiança dos usuários, como um familiar ou outro médico, incluindo aspectos como a facilidade do acesso, o tempo de duração, a qualidade do cuidado ofertado e a resolutividade¹¹.

Em estudo anterior sobre a relação entre a posição social e a escolha dos médicos e serviços¹², verificou-se que a escolha dos médicos por parte dos entrevistados de maior capital global (econômico e cultural) vinculava-se a critérios técnicos e simbólicos, ao passo que agentes de classes populares avaliavam o serviço conforme o acesso. Analisou-se que a tomada de posição com relação ao serviço corresponde a um ajuste inconsciente das necessidades às possibilidades dos usuários. Discutem-se as implicações da distância social existente entre médicos e pacientes na escolha e no julgamento dos serviços de saúde.

O julgamento do usuário

A interação dos usuários com os serviços de saúde tem sido investigada por meio de distintas abordagens de pesquisa, como estudos voltados para as ‘representações sociais’ dos usuários¹³, pesquisas sobre a percepção do usuário¹⁴ ou estudos sobre a relação médico-paciente¹⁵. Estudos sobre acesso, acessibilidade e utilização também registram, por vezes, a experiência dos usuários e sua percepção sobre os serviços¹⁶. Mas são, sem dúvida, os estudos acerca da satisfação dos usuários com os serviços de saúde aqueles mais frequentes sobre o julgamento

do usuário, principalmente os voltados para inferir sobre a qualidade do cuidado, sendo incorporados na avaliação dos serviços de diversos países há pelo menos quatro décadas, existindo um esforço considerável em prol do desenvolvimento de instrumentos de pesquisa para medi-la¹⁷.

Satisfação do usuário, de modo amplo, tem sido definida como uma noção que remete à avaliação do cuidado recebido, considerando como seus determinantes especialmente a expectativa do paciente e sua experiência prévia com serviços similares¹⁷. Essa definição tem sido criticada, em especial, no que se refere ao baixo desenvolvimento teórico e conceitual da expressão satisfação do paciente. Os estudos revisados possuem pouca padronização, baixa confiabilidade e validade incerta¹⁷.

Embora a satisfação continue sendo usada como sinônimo de (e como um proxy para) qualidade do serviço, há estudos que problematizam essa conexão. Alguns autores¹⁷ sugerem que a satisfação deve ser utilizada como indicador da qualidade percebida dos serviços de saúde, o que é em si uma construção conceitualmente distinta da qualidade do cuidado. Por outro lado, estudos recentes mostram que o conceito de satisfação é multidimensional, subjetivo e que nem sempre mede a qualidade do cuidado, o que corresponde a uma importante contribuição à compreensão dessa temática¹⁸.

Observa-se que a maioria dos estudos empíricos publicados, tanto no âmbito internacional¹⁹⁻²² como no Brasil²³, apresenta como resultado elevada satisfação dos usuários, independentemente da situação do serviço e da metodologia utilizada. Nos Estados Unidos da América (EUA), os resultados de satisfação dos usuários variam entre 90 e 100% de aprovação²⁴. Registra-se elevada satisfação, mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Esses resultados têm sido associados a diversos desenhos de pesquisa e instrumentos e coleta de dados, como o uso de grupos focais²⁵, entrevistas em profundidade^{26,27} e inquéritos²⁸⁻³¹.

Para explicar o fenômeno da alta satisfação, tem sido questionada a sensibilidade dos métodos para discriminar pacientes satisfeitos e insatisfeitos e a pertinência das dimensões selecionadas para o estudo da satisfação³². Os estudos do tipo inquérito são os mais criticados, bem como perguntas dicotômicas sobre satisfação³³ e as abordagens diretas³². Os instrumentos de satisfação geral, ou índices de satisfação global, também são tidos como possíveis geradores do fenômeno da alta satisfação³⁴.

Refere-se, ainda, ao viés da aquiescência, relacionado à enumeração dos quesitos do questionário ou à escala de satisfação^{35,36}. Destaca-se a tendência do usuário de 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 inversa³⁷. Segundo alguns autores, esse viés é mais evidenciado entre os usuários mais idosos ou com menor renda³⁷⁻³⁹.

A relutância de usuários em expressar opiniões negativas, ou o viés da gratidão³⁹, tem sido descrita 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 satisfação⁴⁰. 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 internos⁴¹. Pugh et al.⁴² discutem que a satisfação é maior em grupos 'desempoderados'.

Desde os anos 1990, há uma literatura crescente que sugere que expressões de satisfação podem não representar avaliações dos usuários³⁹. 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 serviço⁴³, implicando a necessidade de investigação prévia sobre o seu entendimento do termo 'satisfação'⁴⁴.

Diante da suposição de 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^{43,44}.

Segundo o modelo de Williams et al.⁴³, 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 apresentado; e o segundo, em caso de não cumprimento dessa 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 por que pacientes mostram-se satisfeitos em unidades de saúde onde se sabe que a prestação de serviços é de baixa qualidade motivou o estudo de Aktinson e Medeiros⁴⁵. 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 Williams⁴³) propõe que os usuários constroem uma avaliação que considera aspectos bastante amplos, de modo que o elevado nível de satisfação expresso, nesse

sentido, é real. A pesquisa, assim, reforça as teses vigentes relativas a baixas expectativas, à relutância em dar respostas negativas e à 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 julgamento dos serviços de saúde. Por outro lado, essas abordagens também não têm sido desenvolvidas no interior de uma teoria do social capaz de articular as explicações parciais ou fornecer outras que façam sentido no 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 julgamento dos serviços tem sido insuficientemente investigada.

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: quem pergunta, como pergunta, quem responde e qual relação se estabelece entre investigador e investigado.

A imposição de problemática

A imposição de problemática foi discutida por Bourdieu³ e Champagne⁴ como um fenômeno ligado às sondagens de opinião. As sondagens de opinião têm interessado à sociologia na medida em que se legitimaram no

cenário político, ao se apresentarem como ‘uma aparência de ciência’⁴. 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 político⁴.

Bourdieu³ 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. Nesse 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.

Bourdieu³ 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. Desse 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-entendido³⁽¹⁴¹⁾.

Assim, as problemáticas propostas pelas sondagens de opinião são problemáticas

interessadas. Bourdieu³ 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”³⁽¹⁴⁰⁾, enquanto, “em situações reais, as opiniões são forças e as relações entre as opiniões são conflitos de forças entre grupos”³⁽¹⁴⁰⁾. Assim, defende que o efeito fundamental da pesquisa de opinião é transmitir a ideia de que existe uma opinião pública unânime constituída para legitimar uma política e reforçar as relações de força que a fundamentam³.

Bourdieu¹, 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 existem,

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 coerência³⁽¹⁵¹⁾.

A satisfação como imposição de problemática

As sondagens sobre a satisfação dos usuários são similares às pesquisas de opinião. Apoiam-se numa filosofia implícita do registro do real, que pressupõe, em primeiro lugar, que a satisfação é um dado da realidade, produzida após o uso do serviço, e que se

trata apenas de ir lá medi-la. Em segundo lugar, que os usuários têm uma opinião e que bastaria dar a palavra a uma amostra representativa de indivíduos e registrar suas respostas para conhecer e compreender o mundo social⁴.

Da mesma maneira, a situação da entrevista de um inquérito que visa a medir a satisfação com essa variedade de possibilidades de interações reproduz as relações de classe e podem corresponder a uma imposição de problemática.

Assim, as respostas sobre a satisfação dependem, em parte, da forma como as questões são colocadas e, em parte, das relações estabelecidas entre o usuário e o profissional, e, posteriormente, sobre o usuário e o entrevistador. Ignora-se que há provavelmente um grupo que oscila entre a aprovação e a 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.

Caracterizam-se, ainda, por pesquisas de interesse pragmático passíveis de uso para a legitimação de ações governamentais, na medida em que têm como resultado a aferição da opinião majoritária dos que são a favor ou contra determinado sistema, programa ou ação.

Comentários finais

O presente ensaio discute a hipótese de que a elevada satisfação descrita na literatura especializada pode ser um produto da relação entre o modo e as condições de interrogar o usuário e as possibilidades de resposta do usuário relacionadas com sua posição no espaço social.

As imagens simplistas e, quase sempre, positivas que os usuários têm dos serviços de saúde, apresentadas pelas pesquisas de satisfação, devem ser substituídas por uma representação complexa e múltipla das experiências com relação aos serviços, que requerem variadas estratégias de investigação para sua apreensão.

Por outro lado, esse tipo de sondagem de opinião, por vezes, mascara críticas importantes aos serviços. Faz-se necessário minimizar os efeitos de imposição de problemática nas pesquisas que buscam aferir a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde, assim como evitar o etnocentrismo de classe do pesquisador, por meio da vigilância epistemológica, minimizando a violência simbólica presente na situação de pesquisa.

Segundo Singly⁴⁵, 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 de que todos os indivíduos possuem uma opinião sobre todos os assuntos. Ainda, estabelecer um equilíbrio entre as modalidades positivas e negativas de resposta e permitir que o usuário responda a mais de uma possibilidade de resposta, no caso dos instrumentos estruturados. Nesse 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'³. Para Champagne⁴, não existem 'boas perguntas', mas interpretações mais ou menos aproximadas do sentido que deve ser dado às respostas das perguntas.

O exercício da reflexividade por parte do pesquisador e a busca de realização de entrevistas não violentas⁴⁶ representam formas de minorar as relações assimétricas e, muitas vezes, de dominação, presentes em tais pesquisas. A redução da violência simbólica presente na situação de pesquisa requer uma escuta metódica e ativa, o exercício de uma

reflexividade reflexa, capaz de “perceber e controlar no campo, na própria condição da entrevista os efeitos da estrutura social na qual ela se realiza”⁴⁶⁽⁶⁹⁴⁾.

Colaboradores

As autoras contribuíram de igual modo para a elaboração do artigo. ■

Referências

1. Vieira-da-Silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, Paiva J. Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 25-48.
2. Vieira-da-Silva LM. Salud Colectiva brasilena: arquitectura y dinamica de un campo. In: Castro R, Suarez HJ, organizadores. Pierre Bourdieu en la sociologia Latinoamericana: Campo y Habitus. 1. ed. Morelos: Universidad Nacional Autonoma de México; 2018. p. 143-166.
3. Bourdieu P. A opinião pública não existe. In: Thiolent MJM. Crítica metodológica: Investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1980.
4. Champagne P. A ruptura com as pré-construções espontâneas ou eruditas. In: Merllié D. Iniciação à prática sociológica. Petrópolis: Vozes; 1998.
5. Berwick DM. Sintomas do stress no sistema de serviços de saúde. In: Berwick DM, Godfrey AB, Rossner J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books; 1994. p. 1-13.
6. Cleary DP, Mcneil JB. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988; 25(1):25-36.
7. Evrard Y. La satisfaction des consommateurs: état des recherches. *Revue Française du Marketing*. 1993; 144:53-65.
8. Vieira-da-Silva LM. Saúde e espaço social. In: Nogueira RP, organizador. Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 180-200.
9. Bourdieu P. A Distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk; São Paulo: Edusp; c2006.
10. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
11. Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(1): 114-124.
12. Esperidião MA, Vieira-da-Silva LM. Posição social e julgamento dos serviços de saúde pelos usuários. *Saúde Soc*. 2016 jun; 25(2):381-391.
13. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(3):1933-1942.
14. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Ciênc Saúde Colet*. 2013 jan; 18(1):35-44.

15. Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev Assoc Med Bras.* 2005 jun; 51(3):153-157.
16. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface.* 2010 dez; 14(35):797-810.
17. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership Health Serv.* 2009; 22(1):8-19.
18. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016; 24:1-7.
19. Shill J, Taylor DM, Ngui B, et al. Factors associated with high levels of patient satisfaction with pain management. *Acad Emerg Med.* 2012 out; 19(10):1212-1215.
20. Jao K, Taylor DM, Taylor SE, et al. Simple clinical targets associated with a high level of patient satisfaction with their pain management. *Emerg Med Australas.* 2011 abr; 23(2):195-201.
21. Guzik A, Menzel NN, Fitzpatrick J, et al. Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting. *AAOHN J.* 2009; 57(5):191-197.
22. Estcourt S, Hickey J, Perros P, et al. The patient experience of services for thyroid eye disease in the United Kingdom: results of a nationwide survey. *Eur J Endocrinol.* 2009 set; 161(3):483-487.
23. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Colet.* 2012 dez; 17(12):3343-3352.
24. Stewart DE, Dang BN, Trautner B, et al. Assessing residents' knowledge of patient satisfaction: a cross-sectional study at a large academic medical centre. *BMJ Open.* 2017 ago; 7(8):1-7.
25. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, et al. Estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Colet.* 2002; 7(3):581-589.
26. Zaicaner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
27. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc Saúde Colet.* 2007; 12(2):487-500.
28. Gentil RM, Leal SM, Scarpi MJ. Avaliação da resolatividade 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.
29. 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):737-744.
30. 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):231-235.
31. Costa PG, Aoki L, Saraiva FP, 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):471-474.
32. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med.* 1992; 14(3):236-249.
33. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações metodológicas. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(supl).
34. Leichner P, Perrealut 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.
35. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Science Med.* 1978; 12(4):283-292.
 36. 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.
 37. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation Program Planning.* 1983; 6:247-263.
 38. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociol Health Illness.* 1983; 5(3):297-311.
 39. Owens DJ, Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Soc Science Med.* 1996; 42(11):1483-1491.
 40. Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Soc Science Med.* 2009 jun; 68(11):2089-2096.
 41. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, et al. Patient Satisfaction in developing countries. *Soc Science Med.* 1999; 48:989-996.
 42. Pugh R, Scharf T, Williamns C, et al. Obstacles to using and providing rural social care in Santiago de Chile. *J Health Soc Behavior.* 1998; 29:199-213.
 43. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Science Med.* 1998; 47(9):1351-1359.
 44. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Science Med.* 1994; 38(4):509-551.
 45. Singly F. L'enquête et ses methods: Le questionnaire. Paris: Armand Colin; 2005.
 46. Bourdieu P, Accardo A, Balazs G, et al. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 1998.

Recebido em 16/07/2018
Aprovado em 23/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve