

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Emídio Cavalcanti de Albuquerque

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMBULATÓRIO CENTRAL DO
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA – IMIP – RECIFE, PE**

RECIFE
2010

Emídio Cavalcanti de Albuquerque

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMBULATÓRIO CENTRAL DO
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA – IMIP – RECIFE, PE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
para obtenção do título de mestre em
Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Giselle Campos Gouveia

**Recife
2010**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A345a Albuquerque, Emídio Cavalcanti de.
Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços de Saúde do Ambulatório Central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP – Recife, PE / Emídio Cavalcanti de Albuquerque. — Recife: E. C. de Albuquerque, 2010.
87 f. : il., tab.

Dissertação (mestrado profissional em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Giselle Campozana Gouveia.

1. Avaliação em saúde. 2. Satisfação do cliente. 3. Serviços de saúde. 4. Ambulatório hospitalar. I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Título.

CDU 614.2

Emídio Cavalcanti de Albuquerque

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMBULATÓRIO CENTRAL DO
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA – IMIP – RECIFE, PE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
para obtenção do título de mestre em
Saúde Pública.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Cláudia Diniz Lopes Marques
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Dr^a Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a Giselle Campozana Gouveia
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Às duas rainhas da minha vida,
Maria Clara e Maria Júlia
Pelo amor e Paciência

À minha esposa **Renata**,
Pelo incentivo e apoio.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pelo dom da vida.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ - CPqAM por proporcionar mais esta etapa na minha vida acadêmica.

Às minhas filhas, Maria Clara e Maria Júlia, que apesar de tão pouca idade, me acalentaram e me consolaram nos momentos mais difíceis desta caminhada. “Filhas, paiho te ama muito vocês!”

A minha esposa Renata, pela paciência e eterna confiança depositadas em meus conhecimentos, sempre me encorajando e acreditando que iria dar certo. TE AMO!

Aos meus pais, Jorge e Maria Cristina, que me proporcionou educação e conhecimentos incomensuráveis, vocês são muito especial para mim.

Aos meus irmãos Luiz Carlos (Orelha), George e Maria Cristianne, pelas palavras de carinho e consolo a cada degrau alcançado para atingir o sucesso.

A minha sogra, Ana Maria, por entender tantos momentos de ausência, porém sempre almejando meu sucesso.

À minha querida orientadora, Dra. Giselle Campozana pela confiança, apoio e atenção dado em todos os momentos.

Às minhas amigas de ontem, hoje e sempre Ana Paula, Eliane e Ilma pela ajuda impagável na elaboração desta dissertação, assumindo o papel (sem ser) de co-orientadoras.

Ao Presidente do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP Dr. Antônio Carlos Figueira por acreditar no trabalho e autorizar a realização do mesmo na instituição.

Ao meu grande amigo e eterno chefe Alex Caminha pela paciência e apoio na minha busca pelo conhecimento.

Ao meu amigo Eronildo Felisberto pela ajuda prestada.

Ao meu amigo pessoal e profissional Carlos Luna, pelos debates acerca dos resultados da minha análise.

Aos meus amigos/colegas da turma do mestrado pela união.

Ao colegiado por investir fielmente em meus conhecimentos.

A todos que de alguma forma acreditaram em mim.

ALBUQUERQUE, E. C. *Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços de Saúde do Ambulatório Central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP - Recife, PE*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2010.

RESUMO

A exigência dos usuários por serviços de saúde com qualidade, tem alavancado a prática da avaliação e do monitoramento como um instrumento que possibilita o estudo prévio da implementação de ações. A satisfação do usuário é uma forma de avaliação da qualidade dos serviços prestados. Este estudo objetivou avaliar o nível de satisfação dos usuários do ambulatório do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) na cidade do Recife no ano de 2009. Foi realizada uma pesquisa avaliativa de corte transversal, no Ambulatório Central do IMIP, com amostra aleatória simples totalizando 459 usuários. A variável dependente foi o grau de satisfação. Com o objetivo de explicar a variação total do conjunto de dados através de um pequeno número de fatores foi utilizada a técnica de Análise Fatorial, com extração de componentes principais (ACP). Os resultados revelaram que a maioria dos usuários são do sexo feminino, com idade entre 30 e 49 anos, de baixo nível sócio econômico, provenientes do interior do estado. Os atributos do serviço que proporcionaram maior satisfação foram: instalações físicas, facilidade de realizar exames complementares, disponibilidade de equipamentos tecnológicos e atendimento do profissional de saúde, por outro lado, os aspectos que geraram maior insatisfação foram: disponibilidade de medicação e o acesso. A análise do componente principal mostrou que as variáveis relativas ao atendimento do profissional de saúde foram as que apresentaram os maiores coeficientes de correlação com percentual de explicação do modelo de 25,3%, sendo a satisfação dos usuários em relação aos profissionais de saúde com índices superiores a 70%. Mais de 90% dos usuários recomendariam o serviço bem como o consideraram melhor do que imaginavam, indicando elevada aprovação. Conclusão: O nível de satisfação dos usuários do IMIP foi considerado elevado, no entanto, alguns aspectos dos serviços precisam ser melhores observados por parte da gestão.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde, satisfação dos consumidores, Serviços de Saúde.

ALBUQUERQUE, E. C. *User's Satisfaction Evaluation of Health Services, Central Clinic of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Recife, PE.* 2010. Dissertation (Masters in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2010.

ABSTRACT

The requirement of health's system users with quality, has leveraged the practice of evaluation and monitoring as a means of allowing a preliminary study of the implementation of actions. User's satisfaction is a way of assessing the quality of services delivered. This study aimed to assess the level of user's satisfaction with the outpatient department of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) in Recife in 2009. We performed a cross-sectional evaluative study at the Central Clinic of IMIP, in a random sample totaling 459 users. The dependent variable was the degree of satisfaction. Aiming to explain the total variation in the data set through a small number of factors was used to factorial analysis technique with the extraction of principal components (ACP). The results revealed that the majority of users are women aged between 30 and 49 years, low economic level, from inside the state. The attributes of the service provided the highest satisfaction: physical facilities, ease of performing additional tests, availability of technological equipment and attendance of health professionals, on the other hand, the aspects that generated the most dissatisfaction were: availability of medication and access. The principal component analysis showed that variables relating to the care of health professionals were presented the highest correlations with percentage of explanation of the model by 25.3% and user's satisfaction in relation to health professionals with indexes above 70%. Over 90% of users would recommend the service and considered it better than expected, indicating a high approval. Conclusion: The level of satisfaction of IMIP's user's was considered high, however, some aspects of services need to be better observed by the management.

Keywords: Health Evaluation, Consumer Satisfaction, Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP - Análise de Componentes Principais

AHCPR - Agency for Health care Polcy and Research

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

DP - Desvio Padrão

EUA - Estados Unidos da America

GQT - Gestão da Qualidade Total

HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MS - Ministério da Saúde

NE - Não Existe

NOB - Norma Operacional Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Satisfação quanto à qualidade das instalações, condições ambientais, equipamentos, acesso e presteza no atendimento – Ambulatório Central do IMIP - 2009	49
Tabela 2: Conhecimento e Indicação sobre o atendimento – Ambulatório Central do IMIP - 2009	50
Tabela 3: Importância no Atendimento – Ambulatório Central do IMIP - 2009	50
Tabela 4: Satisfação com o atendimento recebido durante a última consulta – Ambulatório Central do IMIP - 2009	51
Tabela 5: Análise de componentes principais na satisfação do serviço e do Profissional de saúde – Ambulatório Central do IMIP - 2009	52
Tabela 6: Escore Médio de Satisfação com as variáveis sócio-demográficas – Ambulatório Central do IMIP - 2009	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Avaliação em saúde	12
1.1.1 Histórico de Avaliação em Saúde	12
1.1.2 Conceitos de Avaliação em Saúde	16
1.1.3 Avaliação dos Serviços de Saúde e Pesquisa Avaliativa	16
1.1.4 Qualidade	20
1.1.4.1 <i>Evolução do Conceito de Qualidade</i>	20
1.1.5 Satisfação versus Expectativa dos Usuários	24
1.1.6 Acesso e Relacionamento Interpessoal - “Acolhimento”	26
1.1.6.1 <i>Acesso</i>	27
1.1.6.2 <i>Relacionamento interpessoal</i>	28
2 JUSTIFICATIVA	33
3 OBJETIVOS	35
3.1 Geral	36
3.2 Específicos	36
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1 Tipo de Estudo	38
4.2 Local do Estudo	38
4.3 População	39
4.4 Tipo e Tamanho da amostra	39
4.5 Seleção dos Usuários	40
4.5.1 Critério de inclusão	40
4.5.1 Critério de exclusão	40
4.6 Instrumentos de Avaliação	41
4.7 Coleta de Dados	41
4.8 Variáveis	41
4.8.1 Dependente	41
4.8.2 Independentes	41
4.9 Processamento e Análise dos Dados	44
4.10 Aspectos Éticos	45
5 RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	54
7 CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	80
ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A satisfação do usuário tem sido utilizada como uma forma de avaliação da qualidade dos serviços prestados (OTA, 1988; TURRINI, 2001). Ela é produto de um conjunto de percepções e de experiências vivenciadas pelos usuários sendo portanto conceituada de forma particular por cada indivíduo (ZEITHAML, 1990).

No final da década de 80 e início dos anos 90, em particular após a promulgação da Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), que deliberou acerca da participação do usuário no serviço de saúde, através da promoção do controle social em nível local (MIGUEL, 2005), a mensuração da satisfação assume um papel importante e passa a ser priorizada em grande parte das instituições, como forma de compreensão das necessidades dos usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Neste sentido a satisfação do usuário é uma meta a ser alcançada, necessitando, assim, ser pesquisada como forma de melhoria da qualidade do sistema de saúde.

Neste contexto participativo, onde se valoriza a percepção do usuário acerca do serviço de saúde, mensurar seu grau de satisfação é um importante instrumento para respostas a questões como: o serviço de saúde atende às necessidades do usuário? Sua estrutura física comporta a demanda de forma adequada? Os diferentes profissionais estão tecnicamente preparados? A relação profissional/usuário consegue um bom resultado quando do atendimento?, entre outras.

Nesta perspectiva, este estudo buscou investigar os fatores que influenciam a satisfação de indivíduos que utilizaram os serviços de saúde do ambulatório central de um hospital filantrópico do Recife, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento.

1.1 Avaliação em saúde

1.1.1 Histórico de Avaliação em Saúde

Há algumas décadas, o conhecimento acerca de dados clínicos e epidemiológicos estavam dissociados da administração e planejamento do sistema/serviços de saúde, no entanto, novas necessidades ao longo do tempo provocaram um debate sobre a produção de conhecimentos em áreas que operam diretamente os serviços de saúde e a sua inserção na dinâmica social. Surgindo, então, perguntas do tipo: qual a contribuição que a associação de conhecimentos da área clínica, epidemiológica e administrativa podem oferecer para produzir uma maior qualidade e melhores resultados no sistema/serviços de saúde?

Tomando-se os Estados Unidos da America (EUA) como referencial histórico, a articulação entre a pesquisa clínica, epidemiológica e organizacional teve início na década de 50. Neste período predominou a idéia de reconhecimento da realidade utilizando-se instrumentos apropriados. Para obtenção desses resultados, buscou-se utilizar o método epidemiológico para quantificar as práticas clínicas, de acordo com as características populacionais, profissionais e institucionais (NOVAES, 1996).

Em 1968, foi criado nos EUA o “National Institute of Health Services Research”, órgão que passou a financiar pesquisas clínicas, epidemiológicas e organizacionais, utilizando os serviços de saúde como campo de investigação (NOVAES, 1996).

Na década de 60, com o desenvolvimento capitalista e industrial bem estabelecido, ganha força a idéia de que o valor de um produto está na garantia da estabilidade do seu uso, que se traduz em qualidade. Os serviços, incluindo os de saúde, passam também a serem vistos como produtos passíveis de uma padronização na qualidade, um atributo que o valoriza no mercado, ganhando desta forma importância no setor privado como um bem que, se de qualidade, passa a ser consumido. No setor público, os serviços de saúde também ganham destaque como

um dos componentes dos direitos sociais, adquiridos pela população e pelos movimentos de consumidores.

A década de 70 foi caracterizada pela expansão da atenção médica no que se refere à cobertura, especialização e tecnologia, ainda que com intensidade e peculiaridades diferenciadas. Nesse período, procurou-se analisar amplamente os fatores determinantes desse processo de expansão da atenção médica, com diferentes enfoques teóricos e metodológicos. Esse processo subsidiou, inclusive, entre outros aspectos, o redimensionamento da Saúde Coletiva no Brasil (NOVAES, 1996).

Ainda segundo esse autor, nesse mesmo período desenvolveu-se em países centrais a “Avaliação Tecnológica em Saúde”, que a partir de conhecimentos gerados pela clínica e epidemiologia tomou para si como campo de investigação e prática, o desenvolvimento tecnológico, a inovação, a produção, incorporação e utilização de tecnologia em saúde. Esse foi um momento de expansão da atenção à saúde que levou à introdução de tecnologias inovadoras de investigação, com implicações políticas, econômicas, administrativas e sanitárias importantes.

A “Avaliação Tecnológica em Saúde” foi fomentada pelas comissões ou serviços de assessoria em instâncias diversas do setor público (executivo, legislativo ou universitário) e também por associações profissionais e empresas privadas (BATTISTA; HODGE, 1995; PERRY; GARDNER; THAMER, 1997; LUCE; BROWN, 1995; BANTA; PERRY, 1997).

Mas foi a partir da década de 80, quando surgiram os primeiros trabalhos de Donabedian acerca da “avaliação de qualidade da atenção médica” (DONABEDIAN, 1990; DONABEDIAN, 1996), que o conceito de qualidade foi ampliado para além do contexto individual, reportando-o ao plano coletivo dos sistemas de saúde. Em seu livro “Os sete pilares da qualidade”, Donabedian definiu os atributos que ele considerou inerentes a qualidade, sendo estes: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Segundo esse autor, essas dimensões devem ser especificadas nos estudos avaliativos para cada contexto e suas particularidades, guardando entre si coerência e interdependência.

Estudos (DRUMMOND et al., 1997; ELIXHAUSER et al., 1998) têm sido empregados visando o aprofundamento dos conhecimentos sobre tecnologias no que se refere às suas dimensões técnicas, como a segurança de efetividade, ou seja, a capacidade de produzir resultado, com estudos de custo-benefício, se

associando às avaliações econômicas. Além desses estudos, a pesquisa tecnológica também inclui as pesquisas em engenharia biomédica e engenharia clínica, que se dedicam à avaliação das condições de produção, operação e manutenção dos equipamentos e materiais de uso especializado na área da saúde (GOODMAN, 1992).

Na década de 90, com o surgimento da Agency for Health care Polcy and Research (AHCPR), crescem as pesquisas que utilizam o conhecimento já existente, complementando-o com coleta de dados primários, visando determinar a efetividade e qualidade geral dos processos de diagnóstico nos serviços de saúde e, produzir recomendações que possam orientar as intervenções sobre os problemas identificados (ANDERSON, 1994).

Com o desenvolvimento da informática, tornou-se mais fácil a transição de um conhecimento da eficácia, entendida aqui como a que representa os resultados do cuidado obtido na melhor situação possível (DONABEDIAN, 1990), apoiada em estudo clínicos randomizados para o da efetividade (ROBINSON, 1994; SELBY, 1994), entendida como o resultado do cuidado obtido na situação real (DONABEDIAN, 1990). É nesse momento também que se desenvolvem atividades de elaboração de consensos e “guidelines” para a utilização de tecnologias na área de saúde, propostas e coordenadas tanto por órgãos públicos executivos centrais quanto por associações de profissionais ou mesmo serviços, com o objetivo de auxiliar na “avaliação para decisão”, dos profissionais e gestores (BANTA et al., 1995).

Outro importante referencial teórico, bastante utilizado na década de 90, que permitiu uma maior discussão da qualidade em saúde foi chamado de Gestão da Qualidade Total (GQT), que se constitui na padronização de critérios teóricos/práticos como parte do cotidiano dos serviços, assim como o desenvolvimento de mecanismos que promoveram adesão ao conjunto de ações e o cumprimento de objetivos, de forma mais participativa. Esta abordagem tem como principais teóricos Ishikawa para o modelo japonês de gestão da qualidade, Juran e Deming para os países desenvolvidos ocidentais e Berwick para a área da saúde (NOGUEIRA, 1994).

A avaliação em saúde vem ao longo da história, sendo aperfeiçoada em diferentes períodos. No caso específico da saúde, a avaliação têm se tornado uma prática institucionalizada em diferentes conjunturas, acrescentando-se a isso, a

adesão de profissionais com perfis de diferentes especialidades, com idéias, metas políticas, metodologias e objetivos diversos, vinculados a associações científicas na academia e na gestão. Ultimamente tem-se desenvolvido um conjunto de práticas de “avaliação em saúde”, “avaliação de programas” e “avaliação, gestão e garantia de qualidade dos serviços”, visando a melhoria da qualidade em saúde.

Na realidade brasileira, a prática institucional e mesmo a formação/especialização dos profissionais não tem ocorrido e isso não tem facilitado o desenvolvimento da prática da avaliação, em comparação ao que é visto nos países desenvolvidos. Por outro lado os movimentos sociais, influenciados pela participação popular, propiciaram o conhecimento e divulgação do conceito de qualidade e da conscientização de sua procura.

Esse contexto ofereceu condições para que durante as três últimas décadas, o Brasil desenvolvesse, de forma progressiva, iniciativas voltadas para a avaliação. Primeiramente com o objetivo de avaliar os serviços ou estabelecimentos de saúde, foram realizadas pesquisas acadêmicas. Posteriormente, com a intenção de racionalizar as intervenções de saúde e de valorizar o planejamento, os Programas de Extensão da Cobertura traziam a idéia de preocupação com a avaliação (PAIM, 2005).

Nesse mesmo período, as conferências e os conselhos de saúde se constituíram em espaços para a expansão e institucionalização da avaliação; no entanto, as fragilidades dessas instâncias e o esvaziamento da planificação pela onda neoliberal, retardaram a consolidação da avaliação no sistema único de saúde; ainda assim, estudos sobre a produção científica e tecnológica da área de Planificação e Gestão em Saúde apontaram o aumento de pesquisas sobre avaliação em saúde (PAIM, 2005).

Ainda segundo esse autor, o interesse pela avaliação passa por diferentes instâncias governamentais, inclusive pelo Ministério da Saúde, conscientes da responsabilização de seus técnicos e gestores na prestação e gerência de serviços com qualidade, especialmente para responder a demanda social de oferecer serviços e produtos de saúde de boa qualidade.

1.1.2 Conceitos de Avaliação em Saúde

São diversos os conceitos sobre o significado da avaliação, referindo-se a diferentes abordagens. Scriven (1991) define como “um processo de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto desse processo”. Abordando a avaliação “focada para a utilização”, Patton (1997), inclui em sua definição “a maneira de fazer a avaliação e o seu propósito”. Um conceito simples, mas também abrangente e usado no âmbito da saúde, é referido por Hartz (1997), que define como sendo “a emissão de juízo de valor sobre uma intervenção ou qualquer dos seus componentes com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões”. No intuito de expandir o conceito para além da dimensão instrumental da ação, Vieira-da-Silva e Formigli (1994) inserem o termo práticas sociais, pois para estas autoras, a avaliação envolve intervenções sociais em diferentes âmbitos, sendo a avaliação aplicada desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas ao trabalho, envolvendo as intervenções sociais planejadas. Em sua essência a avaliação é um julgamento ao qual é dado um valor, sendo realizada com objetivos, metodologias, abordagens, critérios e espaços diversificados.

Em diversas circunstâncias a avaliação pode ocorrer de forma empírica, utilizando-se de técnicas e métodos já estabelecidos. Num primeiro momento, os valores de julgamento se originam do senso comum, com observações não sistemáticas e análise simplificada, que para alguns autores, estão presentes no “mundo não acadêmico”. No segundo momento, que corresponderia a pesquisa avaliativa, o julgamento feito sobre as práticas sociais, procura responder aos mais diversos questionamentos utilizando-se de métodos e técnicas científicos, que podem ainda não estarem totalmente estabelecidos (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

1.1.3 Avaliação dos Serviços de Saúde e Pesquisa Avaliativa

Nos últimos anos o interesse pela avaliação em saúde tem se expandido tornando-se uma prática presente em diferentes âmbitos, com grande expressão

entre os acadêmicos, profissionais, gestores e mesmo em organizações de saúde em nível mundial.

Desde as primeiras décadas de constituição do campo da avaliação até a atualidade, tem ocorrido a diversidade de abordagens, conceitos e teorias. Diversos autores escrevem sobre o tema e propõe uma nova matriz ou modifica aquelas preexistentes com variações. São exemplos dessa diversidade as diversas matrizes que existe para “avaliação do desempenho de sistemas de saúde” (KNOWLES et al., 1997; Organização Mundial de Saúde, 2000; CANADA, 2001; HURST; HUGES,2001). Tal fato demonstra o pouco grau de consenso no campo da avaliação e reflete também o estágio ainda preliminar da avaliação enquanto disciplina científica e a natureza e abrangência da área da avaliação que envolve inúmeras possibilidades da realidade (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Pondera-se que esta diversificação teórica, especialmente em estágios ainda incipientes do estudo da avaliação, faz parte da construção e do desenvolvimento do conhecimento.

A diversidade de abordagens, dimensões e atributos para avaliação refletem as escolhas teóricas e práticas dos autores, que conseqüentemente são múltiplas, uma vez que os pontos de visitas destes correspondem às suas posições no espaço social, formação intelectual e trajetória social (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994.). Cada avaliação tem suas particularidades que requer criatividade por parte do avaliador, na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, definição de níveis e atributos, assim como na seleção de critérios, indicadores e padrões.

Donabedian (1988), enfocando a avaliação da qualidade dos cuidados da atenção médica na saúde, sistematizou proposta de abordagem voltada para a estrutura (recursos humanos, materiais e organizacionais), o processo (relação profissional-usuário) e os resultados (resultado da ação aplicada aos indivíduos ou população).

A avaliação de políticas, programas e serviços de saúde podem abordar todos os níveis do sistema de saúde, desde o local, até o nível nacional.

As instituições de saúde estão inseridas nos três níveis do sistema de saúde, sendo de caráter público e privado, onde desenvolvem desde o trabalho de promoção e prevenção, até a cura dos problemas de saúde da população. Segundo Paim (1993), no processo avaliativo existem vários níveis e objetos da avaliação dentro das instituições e podem ser abordadas a partir de:

Ações – que se refere ao trabalho desenvolvido pelos diferentes agentes de saúde, de forma individual, na promoção, prevenção e cura.

Serviços – neste nível de atendimento as ações são realizadas em conjunto dentro de um maior grau de complexidade, direcionadas para grupos específicos ou problemas de saúde.

Estabelecimentos – corresponde às unidades sanitárias e sua estrutura física e todo o seu funcionamento nos diversos níveis de complexidade.

Sistema – é o nível mais complexo de organização envolvendo e coordenando todos os níveis anteriores, em âmbito municipal, estadual ou nacional.

Em um processo avaliativo, faz-se necessário selecionar características das praticas, serviços, programas, instituições ou sistemas a serem avaliados nos diversos níveis, com diversas possibilidades de intervenção. Dentre os inúmeros conceitos existentes, Vieira-da-Silva e Formigli (1994) buscaram construir um consenso que guardassem coerência com um modelo lógico de avaliação. Desta forma, e segundo essas autoras, as seguintes características devem ser investigadas nas avaliações dos serviços de saúde:

- a) Relacionados à disponibilidade e distribuição dos recursos (cobertura, acessibilidade, equidade)
- b) Relacionados aos efeitos das ações (eficácia, efetividade, impacto)
- c) Relacionado aos custos e produtividade das ações (eficiência)
- d) Relacionados à adequação das ações ao conhecimento científico (qualidade técnico-científica)
- e) Relacionados com a adequação das ações aos problemas de saúde (análise estratégica)
- f) Relacionados ao processo de implantação das ações (avaliação do grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações)
- g) Relacionados às relações entre os diferentes atores envolvidos (usuário, profissional, gestor)

Por fim, na realização de uma pesquisa avaliativa se faz necessário a escolha de estratégias/desenhos adequados para responder ao que se quer investigar, buscando minimizar vieses e gastos desnecessários de recursos financeiros e humanos.

Existem alguns problemas que limitam a aplicação da avaliação de programas, principalmente em desenhos experimentais como os “ensaios clínicos” ou estudos de intervenção. São eles de natureza ética e operacionais, como alto custo e tempo prolongado (SMITH, 1980).

Segundo Almeida-Filho e Rouquayrol (1999), os estudos observacionais são preferencialmente escolhidos para avaliação em saúde em relação aos experimentais, tendo em a complexidade das intervenções de saúde coletiva e sua relação com o contexto.

Quanto aos estudos do tipo quantitativo e qualitativo e sua utilização em avaliação em saúde, já são conhecidas suas limitações e possibilidades (COOK,1997; HOUSE, 2001). No primeiro, o objeto de pesquisa é o fenômeno, sua ocorrência com as pessoas, individual ou coletivamente, permitindo listar e mensurar o seu comportamento ou a sua correlação quantitativamente a outros eventos. Já o estudo qualitativo não estuda o fenômeno em si, mas possibilita entender o que ele representa e significa para o indivíduo, discernindo o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem o seu significado (TURATO, 2005).

De certa forma, os dois métodos de estudo se complementam, visto que o quantitativo tem o caráter de ser representativo e mensurável, e o qualitativo se caracteriza por propiciar um maior aprofundamento sobre a temática estudada. Para BOURDIEU (1989) o importante no processo investigativo é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas para analisá-lo. Para Deslandes e Assis (2003), a articulação entre o método qualitativo e quantitativo é importante para pesquisar o objeto saúde-doença-atenção na pesquisa em saúde, tal interação é resultado de debates ocorridos no exterior e também no Brasil.

Segundo Hartz (1999), as estratégias podem ser classificadas como estruturadas (quantitativas) e semi estruturadas (qualitativas). Os desenhos epidemiológicos mais freqüentemente utilizados para avaliação em saúde estão incluídos no formato estruturado (VIEIRA-DA-SILVA et al., 1995).

Na realidade, a escolha da estratégia/desenho vai ser pautada no objetivo da avaliação. Neste contexto, alguns autores exemplificam a utilização prática, de acordo com o objeto a ser estudado: estudos de caso e técnicas qualitativas se adequam a avaliar a dimensão relacional das praticas (HADAD et al., 2002); as análises históricas, entrevistas minuciosas e elaboração de modelos causais se aplicam a responder questionamentos relacionados ao grau de implantação e os

contextos políticos e organizacionais (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; HARTZ et al., 1997; PATTON, 2002); já o inquérito é utilizado na avaliação de cobertura e utilização dos serviços (VIEIRA-DA-SILVA et al., 1995; TRAVASSOS et al., 2002); os estudos experimentais ou quase-experimentais observacionais do tipo estudos ecológico, caso-controle e coortes são utilizados quando se deseja avaliar a eficácia de tecnologias (BARRETO et al., 2002); por sua complexidade a avaliação da efetividade de programas em contextos diferenciados, propõe-se o uso articulado de diferentes desenhos metodológicos (PAWSON; TILLEY, 2001); e ainda pesquisas acerca de desenvolvimento de novas tecnologias para intervenção ou avaliação, devem utilizar o pólo teórico e síntese de conhecimento (CONTANDRIOPOULOS et al., 1994).

O julgamento acerca das diferentes intervenções em saúde ou de seu alcance na população como cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência, entre outros, requer a utilização de diferentes estratégias metodológicas (PAWSON; TILLEY, 2001).

Pensando na diversidade dessas estratégias que podem ser utilizadas nas avaliações, Vieira-da-Silva (2005, p. 17) afirma que “a diversidade de possibilidades de expressão...pode ser representada pelas avaliações presentes na vida cotidiana epela investigação avaliativa”.

Dentro da perspectiva da avaliação investigativa utiliza-se o método da pesquisa avaliativa, que busca responder a lacunas do conhecimento científico. Este método avaliativo tem tratado mais freqüentemente de avaliar ações sociais planejadas tais como as políticas, programas e serviços de saúde. Neste âmbito, a avaliação pode ser realizada voltada para a gestão ou para a administração dos serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

1.1.4 Qualidade

1.1.4.1 Evolução do Conceito de Qualidade

O conceito de qualidade em saúde, embora de difícil definição, julga, primordialmente, os cuidados técnicos, a estrutura física e as relações interpessoais entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. Desta forma, concebe-se que a qualidade no setor saúde resulta em parte da satisfação das necessidades de seus usuários. O usuário merece destaque como um dos responsáveis por julgar a qualidade dos serviços.

Na literatura, encontram-se diversas definições de qualidade, elaboradas segundo perspectivas particulares de cada autor, traduzindo assim, seu caráter pluridimensional (UCHIMIURA; BOSI, 2002). Para Vuori (1991), a qualidade varia de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, levando em consideração seu papel dentro da organização gestora e/ou sua relação com o serviço em questão.

A qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável e pode ser generalizada, onde a qualidade dos programas e serviços é tratada, na maioria das vezes, quantitativamente. Neste sentido, são ressaltados os aspectos do conhecimento biológico em detrimento dos socioculturais, o que pode incorrer numa rejeição de parte da realidade reduzindo o significado da qualidade. Segundo Nuto e Nations (1999), é um tratamento reducionista ou unidimensional que se dá a qualidade.

A qualidade vista de forma subjetiva se situa no contexto da experiência vivida, das emoções e sentimentos, os quais não cabem quantificar, pois expressam singularidades. Nesta dimensão se busca apreender a vivência dos diferentes atores sociais que interagem com os programas ou serviços, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos, caracterizando aspectos qualitativos (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Ainda segundo esse autor, a forma subjetiva de se olhar a qualidade dos serviços implica em focar o usuário e todos os envolvidos na prestação da assistência, como os responsáveis por descreverem a qualidade dos serviços, que ao se expressarem, exprimem também suas emoções, percepções, anseios, sua cultura e seu habitat social. As percepções dos diferentes atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas e serviços.

Então, a qualidade pode ser entendida como o conjunto de características do serviço de saúde que representam a concretização das expectativas e necessidades do usuário, sobre as quais ele emite um juízo de valor que pode ser mensurável.

Diante desta concepção, é possível medir a qualidade nos serviços de saúde utilizando-se ferramentas de avaliação, para melhorar os serviços, e para que estes possam monitorar os resultados alcançados e planejar as mudanças necessárias.

Os primórdios da avaliação da qualidade (Década de 50) se deram em setores da indústria, quando o conceito de qualidade era entendido como o atendimento a padrões pré-estabelecidos onde se buscava o controle da qualidade da produção, assim como, atender aos interesses dos fabricantes e produtores. Nos anos 60, o cliente tornou-se o foco mais importante do setor, onde os produtores de produtos e serviços buscavam fazer com que o consumidor tivesse acesso a um produto ou serviço com maior qualidade, além de redução dos custos dos mesmos (ALVAREZ, 2001).

Na década de 80, o conceito se expande no sentido de responder as conformidades do produto e também atender as necessidades do consumidor, surgindo assim, a terminologia da garantia de qualidade. Na década seguinte, a avaliação da qualidade passa a ser dividida com todos os atores envolvidos no processo de fabricação de produtos e serviços, objetivando a satisfação do cliente, o que é conhecido como qualidade total (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Segundo Ferreira (1977), a qualidade é definida como propriedade, atributo ou condição das coisas ou pessoas que as distinguem das outras e lhes determina a natureza. De acordo com Juran (1990), as definições são múltiplas como: rapidez de atendimento às solicitações do usuário, satisfação com o produto, ausência de falhas. Para este autor, a satisfação é o motivo pelo qual o produto é comprado e a insatisfação com o produto é o motivo das reclamações. Nogueira (1994) define qualidade como a síntese do resultado sobre as propriedades de um produto, sendo o consumidor o juiz da qualidade, tendo os técnicos uma função coadjuvante.

A qualidade na assistência à saúde adquiriu significado relevante nos diversos setores especialmente nas instituições privadas de saúde, cujo interesse é um melhor atendimento ao usuário, objetivando a competitividade do mercado, aumento da produtividade, otimização dos recursos e conseqüentemente o aumento do lucro.

A gestão dos serviços voltada para a qualidade, iniciou-se em diversos países à partir da Segunda Guerra Mundial. No Brasil teve início nos anos 80, sendo adotada na saúde na década de 90 a partir da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-93). Neste momento o Estado pretende garantir que os serviços de saúde sejam prestados com competência.

Na década de 60, Donabedian propôs a avaliação da qualidade da atenção médica (DONABEDIAN, 1966 apud NOVAES, 1996), no entanto seu trabalho e de outros autores, só passam a ser difundidos na década de 80, onde tem lugar o movimento de revalorização dos serviços de saúde.

Donabedian (1992) enfatiza o valor da participação do usuário na concepção, produção e avaliação dos serviços de saúde, ressaltando que um modelo de avaliação deve responder às seguintes questões: a infra-estrutura existente atende às necessidades do cliente? Os processos estão ocorrendo de maneira adequada? Os resultados obtidos são bons?

Este modelo proposto por Donabedian (1966 apud NOVAES, 1996) tem grande aceitabilidade pelo fato de ser compatível e útil para os programas de saúde, visto que contempla a lógica desses serviços de atendimento direto abordando os recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (AGUILAR; ANDER, 1994). No entanto, apesar da importância da sistematização da avaliação da qualidade do atendimento médico, proposto por Donabedian, Uchimura e Bosi (2002) consideram este modelo limitado para as demais políticas sociais, onde as inúmeras variações nas modalidades de intervenção apresentam diversas dinâmicas de funcionamento, cuja multiplicidade não podem ser respaldadas por uma única racionalidade.

Donabedian (1990) alarga a abrangência desses princípios para além do plano individual, reportando-o ao plano coletivo dos sistemas de saúde, descrevendo os “Sete Pilares da Qualidade”:

- a) Eficácia – representa a capacidade de produzir melhorias na saúde, o melhor que se pode oferecer ao paciente considerando o seu estado.
- b) Efetividade – grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcança o nível de melhoria da saúde, cujos estudos de eficácia tenham estabelecido como alcançáveis.
- c) Eficiência – significa a habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo.

- d) Otimização – traduz o balanço entre o custo e o benefício na assistência à saúde.
- e) Aceitabilidade – é a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e seus familiares.
- f) Legitimidade – aceitação do cuidado pela sociedade.
- g) Equidade – representa o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população.

Com a ampliação do conceito, Donabedian insere elementos que valorizam também a análise subjetiva no processo de avaliação da qualidade dos serviços, levando em consideração os valores, a tradição e a experiência de vida do indivíduo na elaboração de sua opinião (UCHIMURA; BOSI, 2002). Os conceitos de Donabedian até hoje pautam a organização dos serviços de saúde e fundamentam os atributos que traduzem a qualidade nos serviços de saúde.

1.1.5 Satisfação versus Expectativa dos Usuários

Apesar do termo satisfação ser amplamente utilizado, não existe ainda um consenso entre os pesquisadores sobre o seu significado, havendo uma diversidade conceitual (CRUZ, 2008). No entanto, uma definição pertinente seria de que *“a satisfação é uma avaliação pessoal do serviço recebido, fundamentada em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva e é estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e os critérios subjetivos do usuário”* (PASCOE, 1983). Comumente, a análise da satisfação é uma avaliação de resultados que está associada à efetividade dos cuidados ou a determinado tipo de intervenção realizada (OLIVEIRA, 1990; VUORI, 1982).

A satisfação vai traduzir o que os indivíduos que utilizam o serviço de saúde percebem a respeito do mesmo, podendo distinguir o que é primordial, ou mesmo aspectos positivos e negativos, revelando os pontos que precisam de correções e reforços. No entanto, cada indivíduo interpreta o contexto em que vive de forma

complexa e única, e, embora, diferentes usuários alcancem a satisfação com o serviço recebido, os mecanismos que conduzem cada um a esta meta são exclusivos.

Para Turrini (2001) e Donabedian (1985) a satisfação do usuário é uma forma de avaliar a qualidade do serviço e do atendimento prestado, sendo as informações obtidas na análise da estrutura, funcionamento e resultado final do serviço o que implicará no seu retorno, ou não, à instituição de saúde.

Na operacionalização do conceito de satisfação são considerados os seus componentes ou dimensões. As referidas dimensões são aspectos dos serviços relacionados ao acesso, ambiente físico, qualidade técnica, disponibilidade de recursos, estrutura física e organizacional, relação profissionais de saúde/paciente, eficácia/resultado do atendimento, entre outros. O tipo de dimensão escolhido para avaliação vai condicionar os parâmetros e critérios metodológicos. As classificações das dimensões são diversas e algumas são mais específicas, indicadas para alguns tipos de serviços e outras mais abrangentes. A elaborada por Ware et al. (1983) tem sido a mais aceita entre as pesquisas, e especifica oito dimensões:

- a) Comportamento interpessoal – relacionamento entre os profissionais e os pacientes incluindo os aspectos de respeito, preocupação, amizade e cortesia.
- b) Qualidade técnica do cuidado – Competência e aderência a altos critérios de diagnósticos e tratamento
- c) Acesso/conveniência – facilidade de acesso e tempo de espera.
- d) Aspectos financeiros – avaliação do custo-benefício.
- e) Eficácia/resultado do cuidado – melhoria e manutenção da saúde.
- f) Continuidade do cuidado – diz respeito a integralidade do atendimento.
- g) Ambiente físico – estrutura física, ambiente sinalizado, equipamentos, atmosfera agradável
- h) Disponibilidade – quantidade suficiente de provedores e insumos.

A avaliação da satisfação vai diferir, conforme o número e exatidão, como a performance destas dimensões são exploradas (WILLIAM; CALMAN, 1991). Cabe ressaltar, no entanto, que mensurar o nível de satisfação é tarefa complexa, devido à falta de padronização entre os instrumentos (LINDERPELZ, 1982; ROSS et al.,

1993), métodos utilizados e mesmo a técnica de abordagem dos usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Alguns estudos utilizam uma única técnica/método, outros, mais de uma de âmbito maior e mais complexa, o que seria a melhor forma de minimizar os vieses.

No entanto, vale salientar que embora exista um conjunto de métodos e técnicas de amplitude universal, devem ser consideradas as particularidades de cada sociedade avaliada (OLIVEIRA, 1991). Considerando-se os diferentes padrões socioeconômicos e culturais dos usuários que utilizam os serviços de saúde no Brasil, faz-se necessário a confecção de um instrumento adequado a nossa realidade. Assim, a elaboração deste instrumento deve vislumbrar aspectos considerados importantes pelos diversos atores envolvidos na prestação dos cuidados em saúde aos usuários.

Admitindo-se que, a satisfação pode ser mensurada pela percepção dos usuários sobre os serviços que lhe são prestados, e não desconsiderando a diversidade de técnicas/métodos/abordagens, a satisfação se coloca como uma importante ferramenta de avaliação da qualidade em saúde.

Este tipo de avaliação permite revelar como a qualidade dos serviços é vista pelos usuários e visa à manutenção ou reformulação dos processos assistenciais e gerenciais.

Nas instituições de saúde que empregam este tipo de avaliação, onde a voz dos usuários faz eco, surgem além da reflexão sobre a realidade dos serviços prestados, um importante instrumento que permite monitorar e controlar as atividades dos serviços, fortalecendo sua participação e o exercício do controle social.

1.1.6 Acesso e Relacionamento Interpessoal - “Acolhimento”

Dentro do contexto da avaliação da qualidade dois aspectos merecem destaque: o acesso aos serviços de saúde e o relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde e usuários. Estes dois aspectos se configuram como elementos essenciais de um bom atendimento em saúde.

1.1.6.1 Acesso

O conceito de acesso é complexo e pode variar de acordo com o autor e o contexto. Nele estão contidos as condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação. (RAMOS; LIMA, 2003; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). No âmbito dos serviços de saúde, Jesus (2010) define acesso como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema, na busca da resolução dessa necessidade.

Alguns autores empregam o termo acessibilidade que em muitas ocasiões são confundidos com o termo acesso. Segundo Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), a acessibilidade é conceituada como um dos aspectos da oferta de serviços que respondam às necessidades de uma determinada população. Acurcio e Guimarães (1996) acrescentam que a acessibilidade se refere a capacidade de obtenção do cuidado de saúde quando este se fizer necessário, de modo fácil e conveniente. Desta forma, ela é mais abrangente do que a simples disponibilidade de recursos, e vai além da dimensão geográfica, compreendendo o aspecto econômico - despesas do usuário com o serviço; o aspecto cultural – normas e técnicas adequadas aos hábitos da população; aspecto funcional – serviços adequados às necessidades da população. (UNGLERT, 1995)

O acesso está subdividido em três categorias: acesso geográfico, acesso econômico e o acesso funcional (ADAMI, 1993; UNGLERT, 1995). O aspecto geográfico caracteriza-se pela forma e tempo de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. A proximidade do serviço a casa do usuário ou mesmo se ele se localiza em terrenos planos é um fator facilitador.

No acesso econômico ao serviço são consideradas as facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento. Estes aspectos se refletem no custo do deslocamento, de procedimentos, de medicamentos e condição social atual (RAMOS; LIMA, 2003). A condição socioeconômica muitas vezes é um fator determinante na opção pelo serviço. Se existe a disponibilidade de medicação

e ou procedimentos onde o usuário não pague por ele ou mesmo que não precise ter gastos com condução, certamente serão fatores que pesarão na escolha (SANTOS, 1995).

O acesso funcional diz respeito à dinâmica dos serviços de saúde durante o processo de atendimento, onde são considerados os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos, a disponibilidade de consultas e a qualidade do atendimento. A existência de rotinas que facilitem o uso do serviço como o agendamento prévio de consultas, um menor tempo de espera, associado a outros fatores, favorece o vínculo com o usuário e contribui para a frequência e tempo de utilização do serviço (RAMOS; LIMA, 2003).

O acesso tem uma definição abrangente que contempla diferentes aspectos, assim, para que o usuário tenha amplo acesso aos serviços e de forma satisfatória, todos devem ser levados em consideração. Serviços que suportem a demanda; que mantenham a continuidade; que tenham disponibilidade de consultas; que não tenha obstáculos físicos; que sejam contemplados com a rede de transportes públicos e que disponha de medicamentos e procedimentos complementares; dentro de um fluxo operacional que funcione de forma organizada, certamente será a opção de escolha do usuário.

1.1.6.2 Relacionamento interpessoal

O tema da relação entre profissionais de saúde e pacientes não é novo. Inicialmente, na metade do século 20 a relação médico-paciente foi abordada por autores como Jaspers (1991), Balint (1988), Donabedian (1990 apud CAPRARA, 2004). Com o crescimento da farmacologia, bioquímica, imunologia e genética, surge o modelo biomédico de relacionamento médico-paciente, centrado na doença, que não valoriza a relação pessoal com o usuário, seus valores e subjetividade.

Para Caprara (2004) houve um grande avanço tecnológico, no entanto o mesmo não era observado quando se tratava do aperfeiçoamento das práticas de saúde no que se referia a comunicação com o usuário ou mesmo um trabalho de equipe revestidos de sentimentos e atitudes humanitários.

Atualmente o aumento da prática de um bom relacionamento entre os profissionais de saúde e usuários tem despertado interesse, tanto na produção científica, quanto na formação e prática clínica, visando proporcionar uma melhoria da qualidade dos serviços.

Estudos acerca da aplicação de técnicas comunicacionais tem sido realizados, a fim de proporcionar uma melhor comunicação no momento do atendimento. Pesquisas empíricas (FALLOW-FIELD et al., 1990), instrumentos de observação e avaliação (Brown et al., 1994) e formulação de programas de formação, tendo como referenciais Lloyd e Bor (1996), Neighbour (1996), Pendleton et al. (1997), Maguire (2000 apud CAPRARA, 2004) são exemplos do que tem sido realizado com o objetivo de trabalhar esta temática.

Na década de 70 e 80, a partir dos estudos de Donabedian (1990), se passa a conhecer que a qualidade dos serviços percebida do ponto de vista dos usuários, depende em cerca de 40% a 50% da relação que se estabelece entre profissionais de saúde/usuários, especialmente o profissional médico. Este não tem sido estimulado, inclusive pelas academias, a pensar no paciente em sua integridade biopsicossocial e nem a perceber o que significa adoecer para o paciente (CAPRARA, 2004). O usuário não é percebido como sujeito capaz de ser responsabilizado pela sua saúde e bem estar. Spinsanti (1999 apud CAPRARA, 2004) afirma que não é suficiente apenas oferecer serviços organizados e eficientes, mas também considerar e respeitar os valores e a cultura do paciente e promover a sua autonomia.

A forma como o usuário é visto pelos profissionais de saúde, dicotomizada em corpo e mente, é uma característica da racionalidade científica da medicina moderna, onde se subestima o aspecto psicológico, social e cultural da relação saúde-doença, bem como o que ela significa para o paciente e sua família. O que se observa é uma assimetria na relação, onde o médico é o detentor do saber e o paciente é excluído deste (ARROW, 1963 apud CAPRARA, 2004). Para esse autor, o conhecimento do paciente sobre o seu corpo, suas queixas, suas angustias em relação à doença, não são considerados pelo médico. A declaração do consenso de Toronto (1994), entre outros dados, apresenta que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes são desconsiderados pelo médico (STEWART et al., 1979 apud CAPRARA, 2004), que 50% das queixas psiquiátricas e psicossociais não são consideradas (SCHULBERG et al., 1988; FREELING et al., 1985 apud CAPRARA,

2004), que médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal em 50% das consultas e que 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos após 15 segundos de explicação do problema (BECKMAN et al., 1984).

No Brasil, pesquisa realizada por Caprara (2004) no programa de saúde da família no Ceará, não encontra dados diferentes. Em 91% das consultas a dimensão psicossocial do paciente não é explorada. Não é investigada as angustias e ansiedades dos pacientes, o que segundo este autor, implicaria em abordar também as diferentes visões da saúde e da doença, considerando a escala de valores da comunidade, bem como o que cada individuo entende como doença dentro do seu contexto histórico. A discordância entre médico e paciente quanto ao diagnóstico e tratamento, como consequência de valores e crenças, pode resultar em falta de adesão à terapêutica e por conseguinte levar a não resolutividade do problema de saúde, gerando insatisfação do usuário com o atendimento.

Gadamer (1994) Wulf, Pedersen e Rosember (1995 apud CAPRARA, 2004), na década de 90, expressaram a necessidade de um processo de humanização da medicina, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento e da doença. Esta proposta se refere ao surgimento de uma nova imagem do profissional, onde ele considere o usuário em sua integridade física, psíquica e social, não apenas em sua dimensão biológica. O desenvolvimento desta sensibilidade, se constitui, para estes autores, no desafio mais importante para a biomedicina no século 21.

Nesta temática, observando-se o contexto do sistema de saúde brasileiro, na década de 90 é criado o Sistema Único de Saúde, pautado em princípios filosóficos como a universalidade, a equidade, a integralidade. Ao longo do tempo, além desses, outros preceitos têm surgido que são fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado: como as noções de acolhimento, vínculo e humanização (CAMPOS,1994). Esta diretriz, propõe a inversão da lógica da organização e funcionamento do serviço de saúde, mediante a reorganização do processo de trabalho, onde a atenção focada no médico se desloque para a equipe multiprofissional, com a participação de todos no atendimento direto ao usuário (FRANCO et al., 1999).

Na realidade, não apenas o médico tem a responsabilidade e o dever de ouvir e tratar o paciente, mas todos os envolvidos, desde mesmo a vigilância até os diretores das instituições. Neste sentido, tem-se a visão do acolhimento, que cuida

de um termo mais amplo e adequado quando é priorizado o tratamento com humanidade.

Segundo Franco et al. (1999), o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Considerando diferentes autores, Ramos e Lima (2003), sintetiza o conceito referindo que *“por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder as suas necessidades”*. Em seu estudo, numa unidade de grande porte de Porto Alegre, a autora conclui que os aspectos econômicos e organizacionais do acesso aos serviços pesam bastante, porém, o acolhimento é fator preponderante sobre os demais no momento da escolha.

A definição de acolhimento traz implícita a idéia de humanização, que é traduzida como uma relação humanizada e acolhedora, estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários. Para tanto, se faz necessário toda uma transformação nas práticas dos serviços, a partir de um processo reflexivo que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do usuário, de sua subjetividade e do reconhecimento dos profissionais (MEHRY, 1994; DESLANDES, 2004).

Com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, bem como visando estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde foi instituído, em 2003 pelo Ministério da saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS). Os princípios que regem esta política reforçam a idéia de um sistema de saúde humanizado, comprometido com a defesa da vida cuja prática se processe de forma democrática e coletiva. São três os princípios do HumanizaSUS:

- a) Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde – a incorporação da humanização deve ocorrer dentro do entendimento de que estas práticas são interdependentes e complementares.
- b) Transversalidade - são concepções e práticas que atravessam diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de comunicação intra e intergrupos, levando a mudanças nas práticas de saúde.

- c) Autonomia e protagonismo dos sujeitos – se refere a co-responsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão (BRASIL, 2003).

A valorização exacerbada da tecnologia e dos avanços científicos promoveram em parte a dissociação entre a medicina e as relações humanas. A humanização é, assim, o resgate da essência humana perdida nesse vínculo (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Dessa forma, o acolhimento e a humanização da equipe multiprofissional mostram-se relevantes no contexto atual de busca da qualidade do atendimento, especialmente quando se entende que estes aspectos, muitas vezes, podem ser não apenas a principal causa de procura pelos serviços, mas também a solução para muitos dos problemas de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho encontra respaldo nas considerações a seguir, que demandam investigação e análise dos fatores que interferem na satisfação dos usuários, com vista a auxiliar a gestão dos serviços analisados a melhorar a qualidade da atenção prestada.

Considerações:

- A avaliação, sob a ótica do usuário, é um instrumento de informação que subsidia a gestão para a implementação de ações. Ajuda a identificar áreas passíveis de melhoria e a analisar a viabilidade de prováveis adequações para melhor atender às necessidades da população. Permite, ainda, aperfeiçoar os pontos fortes geradores de satisfação;
- É crescente a busca da qualidade, pautada na necessidade de atender as exigências da população, cada vez mais consciente de seus direitos. A legitimidade da pesquisa avaliativa centrada nos usuários pode representar um importante mecanismo para promoção da qualidade nos serviços de saúde; visto que ao dar voz aos usuários, permite que estes monitorem e controlem as atividades dos serviços, fortalecendo sua participação e promovendo o exercício do controle social;
- O conhecimento das percepções e das necessidades dos usuários é de grande importância para que se fundamentem, não apenas as propostas de melhoria de qualidade; de otimização dos processos de trabalho; de integração e de facilitação da coordenação dos serviços de saúde; da harmonia entre os diferentes setores de um serviço, mas também, e principalmente para que a missão, a visão e os valores da instituição sejam plenamente atingidos.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever o perfil sócio econômico e demográfico e avaliar a satisfação dos usuários que utilizam os serviços especializados do ambulatório central do IMIP, no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010.

3.2 Específicos

- Avaliar a satisfação dos usuários baseados nas dimensões acesso, aspecto físico, relação interpessoal, estrutura e atendimento;
- Destacar os principais fatores que influenciam o grau de satisfação dos usuários do ambulatório central do IMIP, no período do estudo;
- Analisar as diferenças dos escores médios de satisfação em relação ao perfil sócio econômico e demográfico dos usuários entrevistados.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Pesquisa avaliativa, de corte transversal, de natureza exploratória, descritiva, quantitativa.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório Central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), considerado o maior do Norte e Nordeste, com uma área física de oito mil metros quadrados, distribuídos em sete pavimentos, 161 consultórios e um bloco cirúrgico com sete salas para cirurgias de pequena e média complexidade (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2008).

O IMIP foi fundado em 1960 por um grupo de médicos pernambucanos, agrupados e liderados pelo Professor Fernando Figueira. Tem como missão *“Assistir a família carente, dentro das melhores normas científicas, devendo dispor, ainda, de equipamentos necessários para pesquisas atinentes às condições socioeconômicas da família nordestina e à prioritária atenção aos programas de formação de pessoal da área de saúde”*. O IMIP é uma entidade pública, não estatal, sem fins lucrativos. Destina 100% da suas atividades ao SUS.

O IMIP é credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência para Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança; como Centro Colaborador em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e como Centro Colaborador para Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.

Dispõe de recursos humanos especializados, materiais/equipamentos tecnologicamente atualizados e normas técnicas cientificamente padronizadas. Sua estrutura de atendimento é constituída por um conjunto de dez prédios, A estrutura

assistencial do Complexo Hospitalar do IMIP é composta por 918 leitos, 132 enfermarias e consultórios especializados. A sua estrutura física permite a realização anual de mais de 32.000 internamentos e mais de 600 mil atendimentos ambulatoriais nas áreas de Pediatria, Obstetrícia, Clínica Médica e Cirúrgica, assim como cerca de 1.200.000 procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

A produção e a difusão de conhecimento são pilares fundamentais no IMIP, o que faz com que seu corpo gestor estimule o desenvolvimento das atividades de investigação científica nos campos da medicina, nutrição, biologia e ciências sociais e humanas, bem como o de avaliar, constantemente, a qualidade das atividades institucionais.

4.3 População

A população do estudo foi composta por usuários e/ou acompanhantes maiores de 18 anos, que utilizaram os serviços de saúde do ambulatório central do IMIP, no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010.

4.4 Tipo e Tamanho da amostra

Para calcular a amostra utilizou-se 42,0% de satisfação, percentual encontrado para a população atendida no estudo “Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números” (SZWARCOWALD, et al, 2004). A amostra foi aleatória simples do tipo proporcional com um erro amostral de 5% e uma confiabilidade de 95%, sendo assim calculado um tamanho amostral de 372 usuários, acrescido de 20% para compensar as possíveis perdas amostrais, foi totalizado 450 usuários. Para calcular a amostra foi utilizado o software EPI-INFO versão 3.3.2.

4.5 Seleção dos Usuários

A seleção dos indivíduos foi realizada na sala de espera dos consultórios, dos pavimentos do ambulatório, obedecendo a uma sistemática estabelecida de acordo com o local em que o usuário estava sentado a espera do atendimento. Todos os assentos foram numerados de 1 a 1448 (total de assentos). Em seguida realizou-se um sorteio aleatório simples semanal para determinar quais acentos seriam entrevistados. O pesquisador entrevistava nos dois turnos, reiniciando a logística do sorteio.

4.5.1 Critério de inclusão

- Ser usuário e/ou acompanhante que utilizou o ambulatório central da instituição;
- Ter mais de 18 anos.

4.5.2 Critério de exclusão

- Ser paciente de primeira vez do ambulatório central da Instituição, uma vez que a entrevista foi realizada antes (na sala de espera) do atendimento, sendo a avaliação referente ao atendimento anterior.

4.6 Instrumentos de Avaliação

Foi aplicado questionário próprio, elaborado com questões objetivas fechadas, baseadas em estudos recente (GOUVEIA et al. 2009) sobre satisfação de usuários (APÊNDICE I) estruturado em 6 partes, sendo as partes 1, 2, 3 e 6 elaboradas pelo autor e as 4 e 5 retiradas do estudo mencionado.

4.7 Coleta de Dados

O Trabalho de campo foi realizado por pesquisador de nível superior treinado e supervisionado pelo pesquisador responsável.

4.8 Variáveis

4.8.1 Dependente

Satisfação do usuário, para cada uma das variáveis, definida como o percentual de respostas de grau bom ou ótimo para todas aquelas perguntas cujas respostas contemplavam os cinco níveis. O usuário foi considerado satisfeito se o resultado encontrado fosse igual ou superior ao ponto de corte estabelecido de 50%.

4.8.2 Independentes

- Sexo: Masculino e Feminino;
- Idade: Faixa etária em anos: 18 |- 30, 30|- 50 e \geq 50;
- Raça/Cor: Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena e Outras;

- Escolaridade: Baixa Escolaridade (até 8 anos de estudo completos) e Alta Escolaridade (mais de 8 anos de estudo completos);
- Residência: Região metropolitana do Recife e Interior do Estado;
- Estado Conjugal: Solteiro(a), Casado, Separado, Viúvo(a) e Companheiro(a) de união estável;
- Situação de Trabalho: Se trabalha ou não;
- Carteira assinada: Se tem carteira assinada ou não;

- Variáveis relativas à satisfação com cinco níveis de mensuração, que contemplavam as três dimensões do estudo:

Quanto à qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos com relação:

- Sala de Espera;
- Placas de sinalização dos setores;
- Limpeza do ambiente, incluindo banheiros;
- Organização do Atendimento;
- Instalações Físicas;
- Funcionamento/Adequação dos equipamentos;
- Facilidade de realizar exames complementares;
- Disponibilidade das medicações prescritas para os usuários que utilizaram o serviço;
- Identificação dos funcionários;

Quanto ao acesso e prestação no atendimento dos usuários na última consulta:

- Tempo de duração da consulta dos profissionais;
- Cordialidade no atendimento na portaria e recepções;
- Tempo de deslocamento;
- Tempo de espera na instituição até ser atendido;
- Nº de vezes que procurou o ambulatório do IMIP até ser atendido;
- Tempo entre a marcação e a consulta;

Quanto ao atendimento dos profissionais de Saúde na última consulta:

- Liberdade de Escolha de Profissional de saúde;

- A sua participação na tomada de decisão sobre o cuidado de saúde ou tratamento;
- A maneira como as informações pessoais foram mantidas em sigilo;
- A maneira que o serviço lhe permitiu falar em privacidade com profissional de saúde;
- Tratamento foi respeitoso ao recebê-lo a ao falar-lhe do profissional de saúde;
- A maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e atendimento;
- Clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas;
- Disponibilidade de tempo para fazer as perguntas sobre o problema de saúde ou tratamento;
- Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames;

- Variáveis relativas à importância com cinco níveis de mensuração: Extremamente Importante, Muito Importante, Moderadamente Importante, Pouco Importante e Nada Importante, para o seguinte tópico:

Importância no Atendimento:

- Receber um “tratamento respeitoso”;
- “O sigilo das informações pessoais” seja mantido;
- “Facilidade de deslocamento e tempo de espera curto”;
- “Escolha do prestador de assistência de saúde”;
- “Participação na tomada de decisões”;
- “Ambiente com qualidade”;
- “Ter contato com o mundo exterior”;
- “Clareza de comunicações”;

Variáveis que dizem respeito a ouvidoria e recomendação sobre a unidade de saúde:

- Existência de local para efetuar reclamações do serviço: Sim ou Não;
- Conhecimento sobre a ouvidoria do IMIP: Sim ou Não;

- Recomendação do serviço a amigos e parentes: Sim ou Não;
- Impressão sobre o atendimento: Melhor do que imaginava, Igual ao que imaginava e Pior do que imaginava.

4.9 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram digitados com dupla entrada no software EPI-INFO versão 3.3.2. Os resultados das variáveis categóricas foram apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absolutas e relativas.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis sobre a procedência e tempo de deslocamento para a unidade de saúde, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Foi utilizado o teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas.

Para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre os escores médios e as variáveis sócio econômicas e demográficas utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para grupos de duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis para grupos com mais de duas categorias.

Com o objetivo de explicar a variação total do conjunto de dados através de um pequeno número de fatores foi utilizada a técnica de Análise Fatorial, com extração de componentes principais (ACP). Vale salientar que para análise foi retirado a variável “disponibilidade das medicações prescritas”, pois esta não foi informada por aproximadamente 17% dos usuários, visto que os mesmo não utilizavam o serviço da farmácia da instituição.

A Análise Fatorial, com extração de componentes principais, permitiu transformar linearmente o conjunto de variáveis originais em um conjunto substancialmente menor de variáveis não correlacionadas, as quais representam a maioria da informação contida no conjunto original de variáveis. Tal técnica permitiu identificar o componente principal da satisfação dos usuários. Para realizar este cálculo foram excluídas as variáveis que mensuravam a satisfação quanto à qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos, visto que as mesmas são muito relacionadas.

Após a realização da ACP identificou-se o componente principal e a partir desse gerou-se um escore médio de satisfação, com o corte para determinação da satisfação em 50%. Os resultados acima desse valor foram considerados “satisfeitos” e representados pelo “valor um”. Valores abaixo de 50% foram considerados “insatisfeitos” e representados por “zero”.

Para calcular o escore médio de satisfação, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$\text{Escore Médio de Satisfação} = \frac{X_i - X_{\text{menor}}}{X_{\text{Ranger}}} \times 100$$

Onde,

X_i = Valor observado;

X_{menor} = Menor valor observado;

X_{Ranger} = Diferença entre o maior e o menor valor observado

A partir dos resultados deste escore geraram-se valores entre zero e cem, sendo os valores superiores ou iguais a 50,0 considerados “satisfeitos”.

Todas as análises foram realizadas no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 13.0.

4.10 Aspectos Éticos

Tratou-se de uma pesquisa onde foram utilizados dados primários para a análise. A coleta de dados foi oficialmente autorizada conforme carta de anuência anexa a este (Anexo II). Garantiu-se o sigilo das informações obtidas, sem identificação nominal dos sujeitos da pesquisa, bem como a divulgação dos resultados apenas no meio científico. Os sujeitos que fizeram parte da amostra, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), onde foram especificados os possíveis riscos e benefícios da participação na pesquisa. Este trabalho procurou atender aos preceitos éticos da Resolução 196/96 do

CNS/CONEP. As informações obtidas neste estudo foram mantidas em acervo exclusivo dos pesquisadores envolvidos na pesquisa, sendo guardados os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, confidencialidade e privacidade exigidos pela resolução acima citada.

O projeto desta dissertação foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM, com parecer de número 32/2009 (Anexo I).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 459 usuários ou responsáveis. Destes 97,6% eram do sexo feminino. A faixa etária predominante (55,3%) foi de pessoas entre 30 e 49 anos, e 65,8% dos entrevistados se declararam ter a raça/cor parda. No que diz respeito à escolaridade, 49,6% foram classificados em baixa escolaridade. Em relação ao estado conjugal, 48,8% disseram viver em união estável e 30,1% disseram ser casados, o que totaliza 78,9% entre união estável / casado. Dos usuários atendidos no ambulatório do IMIP, 58,8% referiram residir na Região Metropolitana do Recife (RMR) e 60,1% disseram não ter trabalho remunerado.

Quanto à satisfação das instalações, condições ambientais e equipamento, observa-se que 90,0% relataram que têm facilidade de realizar exames complementares, enquanto que apenas 29,6% se diziam satisfeitos com a disponibilidade de medicamentos na farmácia (Tabela 1). Em torno de 17% das pessoas entrevistadas não souberam opinar sobre a disponibilidade de medicamentos, pois não utilizam os serviços da farmácia no seu atendimento, sendo considerados nesse estudo como “missing”, ficando então de fora da análise.

Ainda na Tabela 1, a maior satisfação relatada foi em relação ao tempo de duração da consulta dos profissionais. As variáveis “Tempo de espera na instituição até ser atendido” e “Tempo de deslocamento” revelaram os menores índices de satisfação, 10,6 % e 18,0% respectivamente.

Ao analisar-se o tempo de deslocamento segundo o local de procedência do usuário verificou-se que as pessoas da RMR são aproximadamente dez vezes mais satisfeitas (28,7%) do que os residentes e procedentes do interior do estado (2,7%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 1: Satisfação quanto à qualidade das instalações, condições ambientais, equipamentos, acesso e presteza no atendimento – Ambulatório Central do IMIP - 2009

Variáveis	n	%
Sala de Espera	387	84,3
Placas de sinalização dos setores	305	66,4
Limpeza do ambiente, incluindo banheiros	243	53,1
Organização do Atendimento	326	71,2
Instalações Físicas	410	89,7
Funcionamento/Adequação dos equipamentos	319	73,0
Facilidade de realizar exames complementares	403	90,0
Disponibilidade das medicações prescritas	113	29,6
Identificação dos funcionários	383	83,8
Tempo de duração da consulta dos profissionais	423	93,0
Cordialidade no atendimento na portaria e recepções	260	57,4
Tempo de deslocamento	82	18,0
Tempo de espera na instituição até ser atendido	48	10,6
Nº de vezes que procurou o ambulatório do IMIP até ser atendido	239	52,1
Tempo entre a marcação e a consulta	202	44,2

Quanto ao conhecimento de onde reclamar apenas 19,4% dos usuários sabem onde reclamar pelo mau atendimento recebido. Quando questionado sobre se recomendaria o hospital a amigos ou parentes, 96,9% indicariam a instituição. Ressalta-se que 91,3% consideram o atendimento melhor do que imaginavam e apenas 1,3% consideram o atendimento pior do que imaginavam, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Conhecimento e Indicação sobre o atendimento – Ambulatório Central do IMIP - 2009

Variáveis	n	%
Quando não é bem atendida, sabe onde reclamar		
Sim	89	19,4
Não	370	80,6
Conhece a ouvidoria do IMIP		
Sim	177	38,6
Não	282	61,4
Você recomendaria este hospital aos amigos e parentes		
Sim	443	96,9
Não	14	3,1
De maneira Geral você considera o atendimento do Ambulatório		
Melhor do que imaginava	417	91,3
Igual ao que imaginava	34	7,4
Pior do que imaginava	6	1,3

Em relação a importância que os usuários dão ao atendimento, observa-se na Tabela 3 que dos sete indicadores analisados, cinco obtiveram percentual de importância maior que 99,0%, apenas as variáveis escolha do prestador e participação na tomada de decisão possuem percentuais de importância menores de 90,0%

Tabela 3: Importância no Atendimento – Ambulatório Central do IMIP - 2009

Variáveis	n	%
Tratamento respeitoso	458	99,8
Sigilo das informações pessoais	456	99,6
Facilidade de deslocamento e tempo de espera curto	456	99,3
Escolha do prestador de assistência de saúde	392	85,8
Participações na tomada de decisões	345	75,5
Ambiente com qualidade	456	99,6
Clareza de comunicação	456	99,6

A Tabela 4 revela que a satisfação dos usuários com os profissionais de saúde é superior a 70,0% em quase todos os aspectos analisados. Apenas a “liberdade de escolha do profissional de saúde” recebeu uma avaliação menor que 70,0%, enquanto que o maior 91,4% se referiu ao respeito da intimidade durante o exame físico.

Tabela 4: Satisfação com o atendimento recebido durante a última consulta – Ambulatório Central do IMIP - 2009

Variáveis	n	%
Liberdade de Escolha de Profissional de saúde	314	68,6
Participação na tomada de decisão sobre o cuidado de saúde ou tratamento.	335	73,0
Maneira como as informações pessoais foram mantidas em sigilo	372	81,0
Maneira que o serviço lhe permitiu falar em privacidade com profissional de saúde.	334	72,9
Tratamento foi respeitoso ao recebê-lo a ao falar-lhe do profissional de saúde	413	90,4
Maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e atendimento?	404	91,4
Clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para o sr(a)?	380	82,8
Disponibilidade de tempo para fazer as perguntas sobre o problema de saúde ou tratamento	362	78,9
Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames?	353	77,6

Com relação à ACP observou-se que das quinze variáveis analisadas, seis não obtiveram coeficiente igual ou superior a 0,500. Sendo assim, o componente principal é composto por nove variáveis. O percentual de explicação do modelo foi de 25,3% (Tabela 5).

Tabela 5: Análise de componentes principais na satisfação do serviço e do Profissional de saúde – Ambulatório Central do IMIP - 2009

Variáveis	Componente Principal
Tempo de duração da consulta dos profissionais	0,449
Cordialidade no atendimento na portaria e recepções	0,519
Tempo de deslocamento	0,034
Tempo de espera na instituição até ser atendido	0,208
Nº de vezes que procurou o ambulatório do IMIP até ser atendido	0,311
Tempo entre a marcação e a consulta	0,244
Liberdade de Escolha de Profissional de saúde	0,587
Participação na tomada de decisão sobre o cuidado de saúde ou tratamento	0,618
Maneira como as informações pessoais foram mantidas em sigilo	0,592
Maneira que o serviço lhe permitiu falar em privacidade com profissional de saúde	0,639
Tratamento foi respeitoso ao recebê-lo a ao falar-lhe do profissional de saúde	0,492
Maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e atendimento	0,504
Clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas	0,626
Disponibilidade de tempo para fazer as perguntas sobre o problema de saúde ou tratamento	0,572
Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames	0,646

A Tabela 6, revela a análise dos escores médios de satisfação encontrados na ACP, demonstrando que todos os escores médios ficaram acima de 60,0% de satisfação. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas variáveis ligadas a situação de trabalho, procedência e escolaridade.

Tabela 6: Escore Médio de Satisfação com as variáveis sócio-demográficas – Ambulatório Central do IMIP - 2009

Variáveis	Média ± DP	p-valor
Sexo		
Masculino	75,6 ± 15,538	0,502 *
Feminino	76,2 ± 25,129	
Situação de Trabalho		
Trabalha	72,0 ± 27,308	0,012 *
Não Trabalha	79,2 ± 22,922	
Cor		
Branca	73,8 ± 27,241	0,631 **
Preta	73,78 ± 26,689	
Amarela	66,7 ± NE	
Parda	77,5 ± 23,954	
Estado Civil		
Solteiro(a)	74,7 ± 23,200	0,111 **
Casado(a)	79,2 ± 23,708	
Separado(a)	64,6 ± 26,439	
Viúvo(a)	75,0 ± 32,394	
União estável	76,2 ± 25,661	
Procedência		
RMR	73,9 ± 25,957	0,025 *
Interior do Estado	79,5 ± 23,026	
Idade		
18 - 30	75,1 ± 24,846	0,608 **
30 - 50	76,4 ± 25,149	
≥ 50	78,9 ± 24,369	
Escolaridade		
Baixa Escolaridade	79,4 ± 23,232	0,013 *
Alta Escolaridade	73,4 ± 25,871	

NE: Não existe

(*) Mann-Whitney

(**) Kruskal-Wallis

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A exigência por parte da população usuária por serviços de saúde com qualidade, tem alavancado a prática da avaliação e do monitoramento como um instrumento que possibilita não apenas o estudo prévio da implementação de ações, como o repensar daquelas já existentes visando sua reformulação para melhor atender às necessidades da população usuária.

A avaliação utilizando a satisfação do usuário tem sido bastante empregada, onde sua percepção acerca dos serviços que lhe são prestados aparece como importante ferramenta para mensuração da qualidade dos cuidados. No entanto, medir a satisfação é um trabalho complexo uma vez que pode ser influenciada pelas expectativas de atendimento de suas necessidades bem como pelos resultados que obteve de fato (CASTELLANOS, 2002; CADAH, 2000; GOUVEIA et al., 2005).

Outro fator a se considerar é que a avaliação é um julgamento individual e particular, fundamentado em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva estabelecido pela comparação entre a experiência vivida e os critérios peculiares a cada usuário (OLIVEIRA, 1990; VUORI, 1982). Assim, o juízo de valor emitido pelo usuário, será uma composição formada pelo contexto socioeconômico, cultural e afetivo que contribuem como determinantes de suas necessidades individuais de saúde e influenciam em sua compreensão acerca dos cuidados recebidos, daqueles esperados, processando assim a formatação de uma opinião singular.

Alguns estudos que abordam a satisfação dos usuários (MORSCH; BORDIN, 2009, RONZANI; SILVA, 2008, MENDES et al., 2009; SENARATH; FERNANDO; RODRIGO, 2006, GOUVEIA et al., 2005, GOUVEIA et al., 2009), revelaram o perfil dos usuários dos serviços de saúde semelhantes ao encontrado neste estudo, mais da metade dos usuários são adultos jovens, sendo na grande maioria mulheres.

O presente resultado encontra explicação no fato do IMIP, nos 50 anos de existência, ter prestado por mais de 40 anos assistência exclusiva ao público materno infantil. Hoje o IMIP presta atendimento em várias especialidades, para ambos os sexos. Todavia a procura dos serviços de saúde pelo sexo feminino é reconhecidamente maior que a do masculino, segundo vários autores (PINHEIRO e TRAVASSOS, 1999; IBAÑEZ et al., 2006). É importante salientar ainda que,

histórica e culturalmente, a mulher assume o papel de cuidadora da saúde da família e, portanto, muitas vezes é ela quem está presente nos serviços durante os atendimentos e responde pelo paciente (MENDES et al., 2009).

O perfil preponderantemente de baixas condições sociais e econômicas, onde a maioria não tem trabalho remunerado e em torno da metade possui baixa escolaridade deve-se ao fato da população entrevistada, usuária do IMIP, ser exclusivamente do SUS. Este dado está consonante com o perfil de usuários do SUS encontrado para o país e também para o estado de Pernambuco, segundo dados de Gouveia et al. (2005; 2009). Estudos pontuais, de menor porte, realizados em diferentes regiões do país, também encontraram perfis semelhantes; podendo serem citados o estudo de Machado e Nogueira (2008) que estudou a satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia em Teresina (Piauí) e o estudo de Morsche e Bordin (2009) que avaliou a satisfação dos usuários de um programa de assistência domiciliar, em um município do Rio Grande do Sul.

Segundo alguns estudos (BÓS; BÓS, 2004; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008), indivíduos com melhor nível de instrução, e, geralmente, com melhor condição sócio-econômica, têm uma percepção mais clara dos problemas de saúde, propiciando um melhor entendimento das informações, o que lhe confere uma forma de avaliar mais criticamente a qualidade dos serviços de saúde, influenciando na satisfação (GOUVEIA, 2009). Por outro lado, pessoas que sofrem o impacto das desigualdades sociais e econômicas, podem ter sua opinião influenciada por esta condição e avaliar os serviços de saúde menos rigorosamente (ROSSO e SILVA, 2006; MATOS et al., 2002).

Neste estudo, em relação aos fatores sócio-demográficos encontrou-se que os usuários que não trabalhavam, tinham baixa escolaridade e eram provenientes do interior do estado, mostraram-se mais satisfeitos com o atendimento em relação àqueles de melhor condição de vida, o que corrobora com os achados de Machado e Nogueira (2008), onde a condição socioeconômica baixa, reflete um maior grau de satisfação por parte dos usuários vista a reduzida capacidade crítica destes para avaliar bem como o não conhecimento pleno dos seus direitos e deveres.

Em países em desenvolvimento é comum ser encontrado o “viés da gratidão”, onde por se sentir grato por receber a prestação dos serviços, o usuário omite críticas negativas ao mesmo. A garantia do atendimento e também o medo de

perder o direito ao serviço, são aspectos explicativos para este comportamento (MORSCHÉ; BORDIN, 2009). No entanto, apesar da possibilidade destes vieses, percebe-se a existência de fatores geradores de satisfação, provavelmente relacionados ao atendimento das expectativas do usuário ou de parte delas.

Nesse estudo, é plausível admitir que o viés de gratidão se aplique aos usuários de todo estado, uma vez que, tanto pessoas da RMR como os provenientes do interior, apresentam condições socioeconômicas similares. Embora o nível de satisfação encontrado para pessoas provenientes do interior tenham sido significativamente superior em relação aos usuários da RMR.

O estudo de Dachs (2002) que analisou os determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 1998, encontrou que na área rural é maior a chance de uma pessoa se auto avaliar como possuidora de boa saúde, referindo que provavelmente esse achado se deva a menores níveis de informação e expectativas. Esta forma de perceber a auto-avaliação como positiva, pode de igual maneira ocorrer à avaliação dos serviços o que reforça nesse trabalho, a possível explicação para a maior satisfação entre as pessoas provenientes do interior do estado.

Quando se observam os fatores relacionados à satisfação em seus diferentes aspectos como as instalações físicas, o equipamento, acesso e atendimento, verifica-se que a maior parte dos usuários da instituição em estudo estão satisfeitos com o ambiente de prestação de serviço, ou seja, com sua infraestrutura física organizacional, e de informação, além da facilidade em realizar exames complementares, a disponibilidade de equipamentos, bem como com o atendimento dos profissionais de saúde.

Os fatores responsáveis pela insatisfação foram a não disponibilização das medicações prescritas, o que foi observado também em estudo recente realizado no estado de Pernambuco (GOUVEIA et al., 2009). Nesse estudo a autora já recomendava uma revisão da Política Farmacêutica do estado no ano de 2005. Os nossos resultados foram semelhantes, o que reforça a recomendação do estudo ora citado. É importante dizer que a maior parte da medicação fornecida aos usuários do IMIP é repassada pelo SUS, sendo, apenas, que em torno de 10% de responsabilidade da instituição.

O acesso foi outro fator que gerou baixos níveis de satisfação, especialmente quando se refere ao tempo de deslocamento até o hospital, percebida de forma pior para os usuários provenientes do interior. A análise do tempo de espera entre a marcação e a efetivação da consulta e a espera na recepção do ambulatório do hospital, também revelou baixos níveis de satisfação.

A análise da variável tempo de deslocamento até o serviço de saúde revela que algumas pessoas apresentam dificuldades em conseguir usar os meios de transportes, especialmente quando estes geram custos, além do absenteísmo no trabalho, e não execução dos afazeres domésticos (MACHADO; NOGUEIRA, 2008). A instituição ser próxima à residência do usuário é motivo de satisfação para o mesmo. Em estudos que avaliaram Unidades de Saúde da Família, os usuários referiram o fácil acesso, pois o mesmo está associado à facilidade do atendimento pelo profissional e às ações de saúde, pois as unidades eram perto de suas residências (TRAD, et al., 2002).

Nesse estudo, os usuários pontuaram o longo tempo de espera da marcação e o tempo de espera pelo atendimento como geradores de baixa satisfação, o que é motivo frequente de reclamações por parte dos usuários, como afirmam outros autores (MACHADO e NOGUEIRA, 2008; IBAÑEZ et al., 2006; SECLÉN-PALACÍN et al., 2004, ALVARADO e VERA, 2001, GOUVEIA et al., 2005), o que nos leva a refletir acerca da escassez de profissionais em nível local da instituição e mesmo em instância maior.

O SUS prevê em suas Leis complementares a promoção do controle social (*accountability*), mas, apesar deste preceito, a maior parte dos entrevistados neste estudo afirmaram não conhecer o canal de interlocução entre a instituição e os usuários, a ouvidoria, que é o local onde podem reclamar de problemas no atendimento ou efetuar elogios ao mesmo.

Segundo Cruz (2008), existe a possibilidade do usuário temer por represálias ou por prejuízo na assistência e dessa forma preferir não denunciar a baixa qualidade do atendimento, oportunizando a ocorrência da má assistência, sem que medidas corretivas possam ser tomadas, evitando assim sua reincidência. Neste contexto, ressalta-se a importância da garantia ao usuário de que independente de sua reclamação ou exigência, a manutenção de sua assistência será devidamente resguardada.

Mais de 80% dos usuários do IMIP referiram satisfação com as instalações físicas da instituição, especialmente as salas de espera. Sendo a limpeza do ambiente, incluindo os banheiros, o aspecto que gerou baixa satisfação neste estudo. Segundo Paiva (2006) a interação clínica/clientes atua como um fator de estímulo, onde o ambiente limpo e confortável, que gere bem estar, especialmente se existe um longo tempo de espera, influencia positivamente no julgamento do usuário. Resultados semelhantes a este foram encontrados por Machado e Nogueira (2008) cujo ambiente de estudo estava circunscrito em três clínicas de fisioterapia, nelas os participantes da pesquisa também consideraram bons os aspectos físicos como a limpeza e o conforto, o que expressa a importância destes atributos na avaliação de um serviço de saúde.

A existência de equipamentos e de realização de exames complementares na instituição em estudo são fatores determinantes para a resolutividade de muitos dos problemas de saúde e, portanto, favorece a uma boa avaliação do grau de satisfação de seus usuários.

A satisfação é um julgamento subjetivo, e a avaliação dos resultados, pode estar associada a efetividade dos cuidados ou a uma intervenção realizada (OLIVEIRA, 1990; VUORI, 1982). Para Ribeiro (2004), que realizou um estudo em um serviço de pré-natal o conceito favorável em relação ao serviço se deveu, principalmente, a qualidade da estrutura física, atendimento dos profissionais, marcação de consultas, e também a elevada presteza na realização de exames e acesso aos seus resultados. Da mesma forma, Sberse e Suzete (2003) avaliaram o Programa de Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, e concluíram que, segundo a opinião de usuários e trabalhadores, o bom atendimento e a resolutividade é o critério mais representativo para qualificar um serviço de saúde

Um dos aspectos relevantes da avaliação da satisfação dos usuários com os serviços é o atendimento por parte dos profissionais de saúde. Quando questionados acerca da satisfação com o serviço prestados pela instituição em estudo, os usuários pontuaram com percentuais elevados atributos referentes ao atendimento dos diferentes profissionais, tais como: o tempo de duração da consulta, respeito à intimidade, clareza nas explicações, tratamento respeitoso. Quando utilizada a análise de componente principal, que indica os aspectos mais fortemente correlacionados com a satisfação do usuário, aqueles referentes ao

atendimento pelo profissional se ressaltam, se comprovando sua importância na avaliação dos serviços.

Em estudo utilizando o mesmo tipo de análise, Gouveia et al. (2005) encontraram resultados similares para o estado, onde se sobressaíram os atributos referentes ao atendimento do profissional como o de maior satisfação dos usuários. O tempo de duração da consulta, respeito à intimidade, clareza nas explicações, tratamento respeitoso, informações sobre tratamentos alternativos foram elementos também avaliados positivamente por estes autores. Outros estudos (KLOETZEL et al., 1998; MACHADO ; NOGUEIRA, 2008) também enfatizam a relação interpessoal como fator preponderante no julgamento satisfatório dos serviços de saúde.

O atendimento humanizado tem sido bastante enfatizado atualmente, inclusive pelo SUS, quando acrescenta em sua política novas diretrizes como o acolhimento, o vínculo e a humanização. No entanto, a importância da relação interpessoal entre o profissional de saúde e o usuário não é nova, pois desde a década de 70, Donabedian (1990) já afirmava que a qualidade dos serviços de saúde, percebida pelos usuários, dependia de 40 a 50% da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários. Ramos e Lima (2003), em um estudo qualitativo sobre o acesso e o acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre, identificou que o acolhimento é um fator preponderante sobre os aspectos econômicos e organizacionais.

Os dados parecem indicar, de um modo geral, que os usuários se mostram satisfeitos com a assistência e o cuidado prestado pela instituição. Apesar de relatarem insatisfação com alguns aspectos dos serviços prestados, chama a atenção para um dado notório de que mais de noventa por cento dos usuários recomendariam a instituição e, em igual proporção, consideraram o atendimento melhor do que imaginavam. Este elevado percentual de aprovação pode ser interpretado como consequência da confiança no atendimento recebido e nos resultados alcançados.

A confiança pode ser considerada o reflexo da capacidade de um serviço desempenhar uma ação em benefício dos usuários demonstrando boa vontade e garantindo-lhes segurança (CRUZ, 2008). Os usuários satisfeitos apresentam a tendência a divulgar o nome da instituição de forma favorável e para a mesma autora, os indicadores utilizando estes aspectos como “disposição a recomendar” e

“recomendações a outros”, já são medidas amplamente usadas na prática avaliativa quando se quer mensurar o impacto global do nível de satisfação do usuário.

O presente estudo levanta importantes aspectos do serviço avaliado que podem contribuir, como um diagnóstico, ao identificar aspectos que no momento, estão funcionando de forma satisfatória e outros de forma insuficiente na opinião de seus usuários. O mesmo pode também ser útil como uma ferramenta para orientar o planejamento do gerenciamento e as estratégias de melhoria daqueles aspectos que pedem medidas corretivas. Assim, servirá também como um ponto de partida para posteriores avaliações da instituição, que é um desafio atual da gestão.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

- A análise do perfil sócio-demográfico dos usuários revela que a maioria são do sexo feminino, com idade entre 30 e 49 anos, de raça/cor parda, sem atividade remunerada, provenientes do interior do estado, vivendo em união estável e com baixa escolaridade;
- Os atributos do serviço que proporcionaram maior satisfação são aqueles relacionados às instalações físicas, facilidade de realizar exames complementares, a disponibilidade de equipamentos tecnológicos e o atendimento do profissional de saúde;
- Os aspectos que geraram maior insatisfação são aqueles referentes à disponibilidade de medicação, tempo de deslocamento, tempo de espera na instituição até ser atendido e tempo entre a marcação e a consulta;
- A maior parte dos usuários desconhecem os mecanismos de participação do controle social disponíveis na instituição;
- Dos sete indicadores de importância analisados, cinco apresenta valores acima de 90,0%, demonstrando alto valor dado as variáveis selecionadas para medir a satisfação;
- A satisfação com os profissionais de saúde é superior a 70,0% em quase todos os aspectos analisados. Apenas a “liberdade de escolha do profissional de saúde” recebe uma avaliação menor que 70,0%, enquanto que a maior avaliação (91,4%) se referi ao respeito a intimidade dos usuários durante o exame físico;
- A análise do componente principal mostra que as variáveis relativas ao atendimento do profissional de saúde são as que apresentaram os maiores coeficientes de correlação com percentual de explicação do modelo de 25,3%;
- Os escores médios de satisfação encontrados na ACP estão acima de 60,0% de satisfação. São encontradas diferenças estatisticamente significantes nas variáveis ligadas a situação de trabalho, procedência e escolaridade;

- Mais de 90,0% dos usuários recomendariam o serviço bem como o considera melhor do que imaginavam, indicando elevada aprovação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1996.

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *rev. paul. enferm.*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 82-86, 1993.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.

ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. São Paulo, Ed Médica e Científica: MEDSI, 1999.

ALVARADO, R.; VERA, A. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile. *rev. Chile salu. públi.*, Santiago, v. 5, n. 2/3, p. 81-89, 2001.

ALVAREZ, M. E. B. *Administração da qualidade e da produtividade: abordagens do processo administrativo*. São Paulo: Atlas, 2001. 484 p.

ANDERSON, C. Measuring what works in health care. *Science*, Washington, v. 263, n. 5150, p. 1080-1082, 1994.

BANTA, H. D.; OORTWIJN, W. J.; VAN BEEKMAN, W. T. *The organization of health care technology assessment in the Netherlands*. Hague: Rathenau Institute, 1995.

BANTA, H. D.; PERRY, S. A History of ISTAHC. A personal perspective on its first 10 years. *int. j. technol. assess. health care.*, Cambridge, v. 13, p. 430-53, 1997.

BARRETO, M. et al. Design of the Brazilian BCG_REVAC Trial against tuberculosis: a large, simple randomized community Trial to evaluate the impact on tuberculosis of BCG revaccination at school age. *control clin trials*, Nova York, v. 23, n. 5, p. 540-553, 2002.

BATTISTA, R. N.; HODGE, M. J. The development of health care technology assessment: an international perspective. *int. j. technol. assess. health care.*, Cambridge, v. 11, p. 287-300, 1995.

BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behaviour on the collection of data. *ann. intern. med.*, Philadelphia, v. 101, p. 692-696, 1984.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. - Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev. saúde pública.*, São Paulo, v. 38, n. 1, p.113-20, 2004.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Lisboa: DIFEL; Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8142.htm>>. Acesso em 12/06/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em 17/01/2010.

BROWN, J. B.; STEWART, M. A.; TESSIER, S. *Assessing communication between patients and providers. A manual for scoring patient-centred communication.* Londres: Ontario Centre for Studies in Family Medicine, Londres, (CSFM Working Paper Series, No 94-1), 1994.

CADAH, L. *Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes.* 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Consideração sobre a arte e ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso de Saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: Hucitec, 1994. Cap 1, p. 27-29.

CANADA. *Health Care in Canada.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2001.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CASTELLANOS, P. L. *Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e sua percepção gerencial dessa satisfação.* 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2002.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Saber Preparar uma Pesquisa.* São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

COOK, T. Lessons learned in evaluation over the past 25 years. In: CHELIMSKY, E.; SHADISH, W. R. (eds.) *Evaluation for the 21st century: a handbook* Thousand Oaks: Sage Publications, 1997. p. 30-52.

CRUZ, W. B. S. *Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado*, 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997. p. 49-88.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.195-223.

DONABEDIAN, A. Twenty years of research on the quality of medical care: 1964 - 1984: evaluation the health professions. *Eval Health Prof.*, Baltimore, v. 8, n. 3, p. 243-65, 1985.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. v.1: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988. p. 3-31.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-8, 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica: In: WHITE KL, FRANK J. (org.). *Investigaciones sobre serviços de salud: uma antologia*. Washington: OPAS, 1992.

DONABEDIAN, A. Continuidad y cambio en la búsqueda da la calidad. *Salud pública Méx*, Cidade do México, v. 35, n. 3, p. 238-47, 1993.

DONABEDIAN, A. Continuity and change in the quest for quality. *clin perform qual health care*, Thorofare, v. 1, n. 1, p. 9-16, 1993.

DRUMMOND, M. F. et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press; 1997.

ELIXHAUSER, A. et al. Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis: na update. *Med. care.*, Philadelphia, 36 (suppl 5):MS1-MS9, MS18-147, 1998.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. *ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p.303-312, set./dez., 2005.

ESTADOS UNIDOS. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. Hospital mortality rates. In: ESTADOS UNIDOS. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSES, *Quality of Medical Care – Information for Consumers, OTA -H-386*, Washington, DC: Congress of the United States, Office of Technology Assessment, 1988. (Chapter 4, pp. 71-98)

FALLOWFIELD. L. J. et al. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*, Londres, v. 301, n. 6752, p. 575-80, 1990.

FERREIRA, A. B. H. Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 506, 1977.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GOODMAN, C. It's time to rethink health care technology assessment. *int. j. technol. assess. health care.*, Cambridge, v. 8, n. 2, p. 335-58, 1992.

GOUVEIA, G. C.; et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003. *cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v.21 (supl.1), S109-11, 2005.

GOUVEIA, G. C.; et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 12, n. 2, p. 281-296, 2009.

GOUVEIA, G. C. *Avaliação da satisfação dos usuários com o Sistema de Saúde brasileiro*, 2009. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, Recife, 2009.

HADAD, S.; FRANÇA, E.; UCHÔA, E. Mortes infantis por causas evitáveis e qualidade dos serviços de saúde: um estudo da percepção materna da doença e do atendimento à criança doente. *cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1519-27, 2002.

HARTZ, Z. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over readymade. . *cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-260, 1999.

HARTZ, Z. A. et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. A, (ed.). *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997. p. 89-131.

HOUSE, E. R. Unfinished Business: causes and values. *am. j. eval.*, Stamford, v. 22, n. 3, p. 309-315, 2001.

HURST, J.; HUGHES, M. J. *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. Disponível em: < <http://www1.oecd.org>>. [s.l.] OECD Health Systems, 2001. (Labour Market and Social Policy – Occasional Papers n. 47).

IBAÑEZ, N; et al. Avaliação do desempenho da atenção no Estado de São Paulo. *ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. *Relatório Anual de Atividades: 2008*, Recife, 2008.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *ciênc. saúde coletiva.*, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JURAN, J. M. *Juran planejando para qualidade*. São Paulo: Pioneira, 1990. 394 p.

KLOETZEL, K.; et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - A satisfação do usuário. *cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, 1998.

KNOWLES, J. C.; LEIGHTON, C. *Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators*. *Bethesda: ABT Associates Inc./Harvard School of Public Health*, 1997. (Special Initiative Report 1)

LINDER – PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. sci. med.*, Nova York, v. 16, p. 577- 582, 1982.

LUCE, B. R.; BROWN, R. E. The use of technology assessment by hospitals, health maintenance organizations and third party payers in the United States. *int. j. technol. assess. health care.*, Cambridge, v. 11, p. 79-92, 1995.

MACHADO, N. P; NOGUEIRA L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviço de Fisioterapia. *rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-408, 2008.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *rev. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 237-43, 2002.

MEHRY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assintencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap 3, p. 117-160.

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências de Recife, Pernambuco, Brasil. *rev. bras. saúde matern. infant.*, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, 2009.

MIGUEL, L. F. - Impasses da accountability: dilemas e alternativas da representação política. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 25, p.25-38, 2005.

MORSCH, P.; BORDIN, R. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do hospital são Sebastião Mártir, sul do Brasil. *Rev. HCPA e Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul*, Porto Alegre, v. 29. n. 3, p. 200-204, 2009.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 12, (Supl. 2), p. 7-12, 1996.

NUTO, S. S.; NATIONS, M. K. Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. *Ação Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 3, p. 25-29, 1999.

OLIVEIRA, C. G. Introdução às críticas das noções empregadas em pesquisa sobre satisfação do usuário. *Saúd Debat*, Londrina, n. 30, p. 32-4, 1990.

OLIVEIRA, C. G. *Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian*. 1991. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

Organização Mundial de Saúde. *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach*. Gothenburg consensus paper: Gothenburg, *WHO-European Centre for Health Policy-ECHP*, 1999.

Organização Mundial de Saúde. *World Health Report*. Geneva: World Health Organization, 2000.

PAIM, J. S., 1993. A reorganização das práticas em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.), *Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*, São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 187-220.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z ; ALMEIDA-FILHO. *Epidemia e Saúde*, 5 ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde*. Dos modelos teóricos à

prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

PAIVA S. M. A. *Qualidade da assistência hospitalar: avaliação a satisfação dos usuários durante seu período de internação*. 2006. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: a review and analysis. *Eval Program Plann.* v. 6, n.3-4, p. 185-210, 1983.

PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousands Oaks: SAGE, 2002.

PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation. The new text*. Thousands Oaks: SAGE, 1997.

PAWSON, R.; TILLEY, N. Realistic evaluation bloodlines. *am. j. eval.*, Stamford, v. 22, n. 3, p. 317-324, 2001.

PERRY,S.; GARDNER, E.; THAMER, M. The status of health technology assessment worldwide. Results of an international survey. *int. j. technol. assess. health care.*, Cambridge, v. 13, n. 1, p. 81-98, 1997.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Inequality in health care use by the elderly in three districts in the city of Rio de Janeiro. *cad. saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-96, 1999.

PUCCINI P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-53, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 27-34, 2003.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N.R.; PINTO, L.F.S.; SILVA, P.L.B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.

ROBINSON, M. B. Evaluation of medical audit. *J. epidemiol. community health*, Londres, v. 48, p. 435-440, 1994.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSS, C. K.; STEWARD, C. A.; SINACOPE, J. M. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *med. care.*, Philadelphia, v. 31, n. 12, p. 1138 -1149, 1993.

ROSSO, J. A.; SILVA, R. M. Avaliação da qualidade do atendimento em unidades primárias de saúde: comparação de estruturas com e sem a presença de acadêmicos de Medicina. *ACM arq. catarin. med.* Florianópolis, v. 35, n. 2, p. 47-55, 2006.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 48, p. 109-119, 1995.

SBERSE, L.; SUZETE M. C. O Programa Saúde da Família na ótica de trabalhadores e usuários de saúde. *rev. boletim da saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 123-132, 2003.

SCRIVEN, M. Evaluation thesaurus. Thousands Oaks: SAGE, 1991.

SECLÉN-PALACÍN, J. A. Et al. Existe una relación entre os programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitals del Perú. *rev. panam. salud pública.*, Washington, v. 16, n. 3, p. 149-57, 2004.

SELBY, J. V. Case-control evaluations of treatment and program efficacy. *epidemiol. rev.*, Baltimore, v. 16, p. 90-101, 1994.

SENARATH, U.; FERNANDO, D. N.; RODRIGO, I. - Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka - *trop. med. int. health.*, Oxford, v. 11, n. 9, p. 1442–1451, 2006.

SMITH, N. The feasibility and desirability of experimental methods in evaluation. *Evaluation and Program Plannin*, n.3, p. 251-256, 1980.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números. RADIS, Rio de Janeiro, v. I, n. 23, p. 14-33, 2004

THONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KUCGANT, P. (Org.). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 7, p.75-88.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-9, 2002.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *rev. panam. salud pública.*, Washington, v. 11, n. 5/6, p. 365-73, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *cad. saúde pública.* Rio de Janeiro, v. 20 (Sup.2), S190-S198, 2004.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 204-14, 2005.

TURRINI, R. N. T. *Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo.* 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-9, 2002.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário*, São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 221-235.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - avaliação do caso de Pau da Lima. *cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, 1995.

VUORI, H. V. *Quality assurance of health services: concepts and methodology* Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1982.

VUORI, H. A. A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 17-25, fev., 1991.

WARE, J. E. et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, v. 6, p. 247-263, 1983.

WILLIAMS, S. J.; CALNAN, M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *J. fam. pract.*, v. 8, p. 237- 242, 1991.

ZEITHAML, V.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. *Delivering service quality: balancing customer perceptions and expectations*: New York: The Free Press, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE I**Questionário de satisfação de usuários do ambulatório central do IMIP****Registro:** _____**1. Identificação**

1. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino

2. Idade: _____ (Anos)

3. Raça/Cor: 1.()Branca 2.() Preta 3.()Amarela 4.()Parda 5.()Indígena

6.()Outras

4. Escolaridade (Anos de estudos completos):_____

5. Residência(Cidade): _____

6. Estado Conjugal: 1.()Solteiro(a) 2.()Casado(a) 3.() Separado(a) 4.() Viúvo(a)

5.() Companheiro com união estável

7. Situação de Trabalho (Carteira assinada): 1. () Sim 2. () Não

2. Qual sua satisfação quanto à qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos com relação:

Variáveis	Satisfação				
	Ótima	Boa	Regular	Ruim	Péssima
1.Sala de Espera					
2.Placas de sinalização dos setores					
3.Limpeza do ambiente, incluindo banheiros					
4.Organização do Atendimento					
5.Instalações Físicas					
6.Funcionamento/Adequação dos equipamentos					
7.Facilidade de realizar exames complementares					
8.Disponibilidade das medicações prescritas					
9.Identificação dos funcionários					

3. Qual sua satisfação quanto acesso e prestação no atendimento dos usuários na última consulta.

Variáveis	Satisfação				
	Ótima	Boa	Regular	Ruim	Péssima
1.Tempo de duração da consulta dos profissionais					
2.Cordialidade no atendimento na portaria e recepções					
3.Tempo de deslocamento					
4.Tempo de espera na instituição até ser atendido					
5.Nº de vezes que procurou o ambulatório do IMIP até ser atendido.					
6.Tempo entre a marcação e a consulta					

4. Importância no Atendimento

Receber um “ tratamento respeitoso ” significa; Os profissionais de saúde mostram respeito ao recebe-lo e ao falar com o Sr(a); os exames físicos são realizados de maneira respeitosa					
Em que medida é importante para o Sr(a) receber um “tratamento respeitoso”?	EI	MI	MOI	PI	NI
Manter “ o sigilo das informações pessoais ” significa: As informações sobre a sua saúde e outras informações são mantidas em sigilo; ter conversas com profissionais de saúde sem outras pessoas escutando.					
Em que medida é importante para o Sr(a) que “o sigilo das informações pessoais” seja mantido?	EI	MI	MOI	PI	NI
Ter “ facilidade de deslocamento e tempo de espera curto ” significa: Tempo curto de deslocamento e acesso fácil aos serviços de saúde; tempo de espera curto para consultas e internações hospitalares.					
Em que medida é importante para o Sr(a) ter “facilidade de deslocamento e tempo de espera curto”?	EI	MI	MOI	PI	NI
Ter “ escolha do prestador de assistência de saúde ” significa: Poder escolher o prestador da assistência de saúde (serviço ou profissional); poder ter acesso a uma segunda opinião ou especialista, caso queira.					
Em que medida é importante para o Sr(a) ter “escolha do prestador de assistência de saúde”?	EI	MI	MOI	PI	NI
Ter “ participações na tomada de decisões ” significa: Participar o quanto desejar nas decisões sobre seu tratamento de saúde; ter liberdade para discutir outras opções/ formas de tratamento se quiser.					
Em que medida é importante para o Sr(a) ter “participação na tomada de decisões”?	EI	MI	MOI	PI	NI
Ter um “ ambiente com qualidade ” significa: Ter espaço suficiente, assentos e ar fresco ou ventilação nas salas de espera, salas de exame e áreas do hospital; as instalações serem limpas.					
Em que medida é importante para o Sr(a) ter um “ambiente com qualidade”?	EI	MI	MOI	PI	NI
Ter “ contato com o mundo exterior ” significa: Ter familiares e amigos visitando o Sr(a) o quanto o Sr(a) queira, enquanto estiver internado em um hospital; ser capaz de manter contato com familiares e amigos e ter informações sobre o que está acontecendo fora do hospital.					
Em que medida é importante para o Sr(a) “ter contato com o mundo exterior”?	EI	MI	MOI	PI	NI
Obter “ clareza de comunicação ” significa: Os profissionais de saúde explicarem as coisas de um modo que o Sr(a) possa compreender; ter tempo suficiente para fazer perguntas, se não compreender alguma coisa.					
Em que medida é importante para o Sr(a) obter “clareza de comunicações”?	EI	MI	MOI	PI	NI

EI: Extremamente Importante; MI: Muito Importante; MOI: Moderadamente Importante; PI: Pouco Importante; NI: Nada Importante

5. Satisfação com o atendimento dos profissionais de Saúde na última consulta.

Variáveis	Satisfação				
	Ótima	Boa	Regular	Ruim	Péssima
1. Como o senhor(a) avalia a liberdade de Escolha de Profissional de saúde					
2. Como o senhor(a) avalia sua participação na tomada de decisão sobre o cuidado de saúde ou tratamento.					
3. Como o senhor(a) avalia a maneira como as informações pessoais foram mantidas em sigilo					
4. Como o senhor(a) avalia a maneira que o serviço lhe permitiu falar em privacidade com profissional de saúde.					
5. Avalie se o tratamento foi respeitoso ao recebê-lo a ao falar-lhe do profissional de saúde					
6. Como o senhor(a) avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e atendimento?					
7. Como o senhor(a) avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para o sr(a)?					
8. Como o senhor(a) avalia a disponibilidade de tempo para fazer as perguntas sobre o problema de saúde ou tratamento					
9. Como o senhor(a) avalia possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames?					

6. Conhecimento sobre o IMIP

1. Quando não é bem atendida, sabe onde reclamar: 1. () Sim 2. () Não
2. O Sr(a). tem conhecimento sobre a ouvidoria do IMIP? : 1. () Sim 2. () Não

3. Você recomendaria este hospital aos amigos e parentes?
1. () Sim 2. () Não

4. De maneira Geral você considera que o atendimento no Ambulatório geral do IMIP é:
1. () Melhor do que imaginava 2. () Igual ao que imaginava
3. () Pior do que imaginava



APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços de Saúde do Ambulatório Central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.”, que tem como objetivo principal avaliar a satisfação dos usuários do ambulatório central do IMIP.

Você foi selecionado por sorteio, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder a um questionário e o possível risco envolvido nesse trabalho é o de você se sentir constrangido mediante alguma pergunta, mas garantimos o sigilo de todas as informações que você fornecer. O benefício proveniente dessa pesquisa é poder avaliar a qualidade do serviço de saúde ofertado pelo IMIP através dos resultados desta pesquisa, e assim ajudar os diretores a melhorar o atendimento à população.

A sua identidade será mantida em segredo. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas no meio científico e acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, para que você possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador Responsável: Emídio Cavalcanti de Albuquerque

Endereço: Rua dos Coelhos 300 – Boa Vista – CEP: 50070-550

Fone: (81) 9162-5130 (81) 21224112

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Recife, ____ de _____ de 2009

Assinatura do pesquisador responsável – Emídio C. de Albuquerque

ANEXOS

ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: Avaliação da satisfação dos usuários do serviço de saúde do ambulatório central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira.

Pesquisador responsável: Emídio Cavalcanti de Albuquerque

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 17/06/09

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 29/09

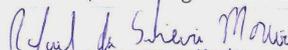
Registro no CAAE: 0027.0.000.095-09

PARECER Nº 32/2009

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 10 de agosto de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 10 de agosto de 2009.


Rafael de Silveira Moreira
Cirurgião Dentista
Vice-Coordenador
Mat. SIAPE 1933510
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 10/08/2010.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

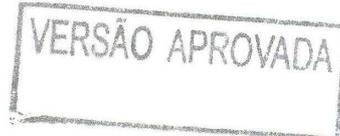


ANEXO II - Carta de Anuência

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



CARTA DE ANUÊNCIA



Declaro para devidos fins que autorizo a realização da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMBULATÓRIO CENTRAL DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP”**, que será realizada pelo pesquisador Emídio Cavalcanti de Albuquerque do Mestrado Profissional em Saúde Pública – FIOCRUZ, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

Recife, 20 de julho de 2009

~~Dr. Alex Caminha de Azevedo~~
~~Chefe de Gabinete da Presidência do IMIP~~
Dr. Alex Caminha
Chefe de Gabinete
IMIP

02

