

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONVÊNIO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO E FUNDAÇÃO
OSVALDO CRUZ
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA –
CICT
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE

BERENICE BERESNIACK SCHEIRR

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO E DA
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES
MELITTUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE
PORTO ALEGRE

Orientadora: Vera Lúcia Pasini

Porto Alegre
2006

BERENICE BERESNIACK SCHEIRR

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO E DA
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES
MELITTUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE
PORTO ALEGRE**

Projeto de pesquisa apresentado para
obtenção grau de especialista em Informação
Científica e Tecnológica em Saúde da
Fundação Oswaldo Cruz

Porto Alegre
2006

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2. TEMA	06
3. DELIMITAÇÃO DO TEMA	06
4. PROBLEMA	06
5. DEFINIÇÃO DE TERMOS	06
6. QUESTÕES DE PESQUISA	06
7. OBJETIVOS	06
7.1 Objetivo Geral	06
7.2 Objetivos Específicos	07
8. JUSTIFICATIVA	07
9. REFERENCIAL TEÓRICO	08
10. METODOLOGIA	20
10.1 Contexto da Pesquisa	20
10.2 Participantes da pesquisa	20
10.3 Procedimentos de coleta de dados	21
10.4 Análise do Material	22
11. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
12. CRONOGRAMA	25
13. ORÇAMENTO	26
14. REFERENCIAS	27
15. APÊNDICES	30
16. ANEXOS	32

INTRODUÇÃO

As décadas de 1980 e 1990 foram períodos caracterizados por mudanças significativa no modo de conceber e organizar os serviços de saúde no Brasil.

Na década de 1990 foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo importantes transformações na atenção à saúde, devido a toda a mudança de concepção promovida com a implantação de uma lógica de sistema público, constituído por serviços dos Municípios, Estados, União e contratados.

A implantação e a consolidação do SUS vem desafiando profissionais e gestores na condução e aperfeiçoamento do sistema como um todo. Os preceitos básicos incluem a universalidade e equidade no acesso à atenção em saúde, modelo assistencial com ênfase na integralidade das ações, direito à informação, controle social, regionalização e hierarquização das ações.

No Brasil, a atenção à saúde está estruturada em forma de pirâmide, na maior extensão – a base têm-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), depois os Centros Especializados e no topo os Hospitais.

Dentro da organização do SUS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços que realizam atenção básica e integral à saúde a uma população determinada, em quatro especialidades: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista (MGC – médico geral comunitário) ou especialista nessas áreas.

A atenção básica presta um o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Segundo Starfield (2005), Atenção Primária é a provisão do primeiro contato, da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer sua necessidade relativa à saúde. É através da atenção primária que se obtém equidade em saúde.

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas, inicialmente, assintomáticas, não transmissíveis, altamente prevalentes, de alto custo social e com alta incidência de morte na população brasileira.

Para melhor controle destas enfermidades são importantes a identificação precoce e vínculo aos serviços de saúde. Desta maneira tem-se uma diminuição de internações e mortalidade.

Este projeto de pesquisa busca avaliar a qualidade do atendimento médico em uma UBS para usuários na faixa etária de 40 a 69 anos, que agendaram suas consultas, no período de um mês, com diagnóstico ou queixa relacionada a HA e / ou DM. Também terá a preocupação em avaliar a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

Entendemos que a investigação será importante no sentido contribuir com a avaliação do modelo existente, apontando possíveis intervenções necessárias à qualificação do SUS que queremos para nós, servidores, e para a população que dele se utiliza.

2 TEMA

Qualidade da atenção e a satisfação do usuário no atendimento médico.

3 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Qualidade da atenção e a satisfação do usuário no atendimento médico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Porto Alegre na faixa etária de 40 a 69 anos, com consultas agendadas durante o mês de março de 2006.

4 PROBLEMA

Qual a qualidade do atendimento médico oferecido e a satisfação do usuário da atenção básica que agendaram consultas na UBS com diagnóstico e / ou queixa relacionada a HA e DM no período da investigação?

5 DEFINIÇÃO DE TERMOS

- Qualidade da atenção - Será considerada para fins dessa investigação atendimento de qualidade aquele prestado na UBS de acordo com os pressupostos estabelecidos pelo Ministério da Saúde em relação ao atendimento de HA e DM.
- Satisfação com o atendimento - A satisfação em relação ao atendimento recebido será dado pelo grau que o indivíduo considera a efetividade do serviço e / ou o atendimento prestado a ele.

6 QUESTÕES DE PESQUISA

- Qual é a qualidade do atendimento prestado aos usuários de 40 a 69a da UBS Bananeiras que buscam atendimento médico com diagnóstico e / ou queixa relacionada a HA e DM;
- Qual o grau de satisfação deste usuário com o atendimento recebido.

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade da atenção prestada a pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na faixa etária de 40 a 69 anos e a satisfação desses usuários, em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de POA.

7.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a adesão ao tratamento dos usuários participantes da investigação;
- Avaliar a frequência de reconsultas dos usuários em questão;
- Avaliar os encaminhamentos feitos a outros profissionais especialistas;
- Avaliar o vínculo dos usuários com os profissionais que fazem o seu acompanhamento;
- Discutir a importância de se manter atualizado o cadastro destes usuários, para a garantia do atendimento e acompanhamento necessários, oportunizando melhores condições de saúde e qualidade de vida.

8 JUSTIFICATIVA

A constante preocupação com as situações consideradas problemas prioritários em saúde pública, dentre eles, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, nos levou a pensar em uma maneira de se ter uma avaliação da qualidade da atenção básica prestada e da satisfação dos usuários em relação à mesma. É presente a preocupação em prevenir seqüelas destas enfermidades, que alteram a qualidade de vida dos indivíduos e geram altos custos para o sistema de saúde quando resultam em complicações do aparelho circulatório.

Esperamos através desta pesquisa ressaltar a importância de se realizar um atendimento de qualidade na atenção básica, evitando o surgimento e progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares decorrentes destes agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares, que são as mais comuns nos países industrializados.

Pretendemos que esta discussão forneça subsídios para construção de uma melhor atenção aos portadores destas enfermidades, oportunizando uma melhor qualidade de vida e prognóstico de tratamento.

REFERENCIAL TEÓRICO

As décadas de 1980 e 1990 foram um período caracterizado por mudanças significativa no modo de conceber e organizar os serviços de saúde no Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no Brasil a partir da década de 1990, produziu importantes transformações na atenção à saúde no país. Sua natureza é pública e é integrado por serviços dos Municípios, Estados, União e Contratados. É destinado a toda população. A reforma do Sistema de Saúde se deu apoiado na Lei nº 8080/90 e 8142/90 baseado nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação. A primeira estabelece que a saúde passa a ser um direito de todos os (as) brasileiros (as) e um dever do Estado, definindo os princípios e diretrizes que passam a orientar a atenção à saúde em nosso país - o acesso universal, a integralidade, a equidade, a descentralização a participação comunitária, a segunda regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (Brasil, 2004).

A implantação do SUS foi de forma gradual. Anteriormente as ações do Ministério da Saúde estavam centradas na promoção de saúde e prevenção de doenças e a assistência médica hospitalar era para poucas doenças. Em 1974 foi criado o INAMPS que prestava atendimento médico para os que contribuíam com a Previdência, ou seja, somente os trabalhadores regularmente contratados poderiam ter direito à assistência à saúde.

A 8ª Conferência de Saúde - realizada de 17 a 21 de março de 1986 em Brasília / DF (NASCIMENTO, s.d.), resultou na definição de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este foi um convênio entre INAMPS e os Governos Estaduais, sendo um referencial importante na história da Saúde Pública brasileira, um marco na história do SUS (NASCIMENTO, s.d.). Foi a base

para as conquistas da Constituição de 1988 na área da saúde, que define “saúde como direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1998, art. 196).

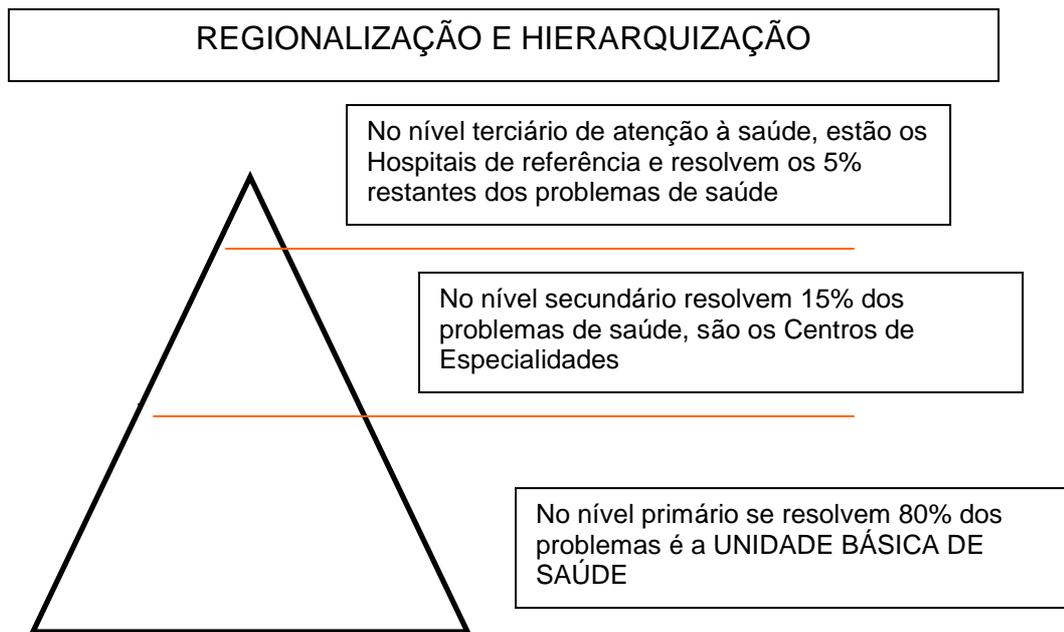
Parcelas da população, outrora excluídas do acesso à atenção à saúde, foram sendo inseridos no sistema público com incorporação de tecnologias especializadas e com equidade para a distribuição de recursos financeiros. Ainda são necessários avanços na área de informação e informática em saúde, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação.

No artigo 4º da Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, está definido que: “o SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada” (Brasil, 1990).

A implantação e a consolidação do SUS vêm desafiando profissionais e gestores na condução e aperfeiçoamento do sistema como um todo. Os preceitos básicos incluem a universalidade e equidade no acesso à atenção em saúde, modelo assistencial com ênfase na integralidade das ações, direito à informação, controle social, regionalização e hierarquização das ações.

Segundo Almeida et al., (2003), a integralidade é um princípio e uma diretriz para a organização do SUS, abrange promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação. A equidade significa que as pessoas dentro do sistema de saúde devem ser atendidas de acordo com as suas necessidades e os serviços devem estar atentos às diferenças e oferecer um atendimento equânime com a necessidade delas no momento. Portanto, um grande desafio do SUS é tentar solucionar os problemas históricos – estruturais do sistema de saúde. A Universalidade significa que todas as pessoas têm direito ao acesso à saúde, sem privilégio ou distinção.

Na figura abaixo (CONSAUDE, 2006) estão representados os níveis de atenção à saúde:



Uma Unidade Básica de Saúde é um serviço que realiza atenção básica e integral à saúde a uma população determinada, isto é, atenção básica que compreende o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (CECÍLIO, 2004).

Quando se refere a uma população determinada, significa, segundo o local de moradia - população adstrita ao serviço. A proximidade de serviço de saúde à residência do indivíduo deve ser vista como um facilitador para criar vínculo entre o mesmo e o serviço proporcionando, talvez, desta maneira melhor qualidade na atenção. É este o primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde. É neste local onde devem ser resolvidos os problemas de saúde de maior frequência e relevância (Brasil, 2004). É neste nível de atenção que ocorrem os problemas mais comuns de saúde e 80% destes, devem, neste nível, serem resolvidos (Minas Gerais, 2005). A atenção primária é a provisão do primeiro contato, da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades relativas à saúde. Através da atenção primária que se obtém equidade em saúde (STARFIELD, 2005).

Starfield (2005), afirma que os serviços devem estar estruturados para atender a população que dele venham a necessitar de modo a maximizar o bem

estar físico, emocional e social e reduzir as diferenças no atendimentos a diferentes grupos populacionais no que se refere ao acesso.

Segundo a Portaria n^o 648 (Brasil, 2006), a atenção básica deve ser composta por equipe multiprofissional, isto é, médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista (MGC – médico geral comunitário).

A atenção primária (básica) é definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação.(Wikipédia, 2006)

A Portaria n^o 648 de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006) estabelece ainda que a UBS deva ser composta por consultório médico, odontológico, de enfermagem para os profissionais; uma área de recepção - local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários. Deve contar com equipamentos e materiais adequados para ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da atenção. Também deve organizar os fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados.

Os profissionais que atuam neste nível de atenção devem realizar ações próprias da assistência, atuando na identificação de riscos e danos à saúde da população de seu território. Devem também saber agir de forma multidisciplinar e intersetorial na proteção e promoção da saúde (Brasília, 2005).

O conceito de atenção primária surgiu na Declaração de Alma-Ata - 12/09/1978 (ex União Soviética e atual Kazakistão) - Conferência Internacional Em Atenção Básica Em Saúde ("Saúde para todos") que apontou para a necessidade urgente de promoção e proteção à saúde de todos os povos do mundo, permitindo que até o ano de 2000, o nível de saúde seja favorável para uma vida social e produtiva. Os cuidados primários de saúde são o foco para que essa meta seja atingida.

A prática de promoção de saúde, procurando ser resolutiva já vem sendo praticada, na área de saúde, junto às Unidades Básicas proporcionando o acesso universal e contínuo a serviços, onde o indivíduo deixa de ser visto como um fragmento, como na visão mecanicista, e passa a ser compreendido de maneira totalizada. Nesta perspectiva, espera-se que os profissionais que trabalham na atenção básica tenham condições de procurar conhecer os usuário que residem na área de abrangência da UBS, para melhor diagnosticar, tratar e curar.

Muitas vezes a relação médico X usuário fica prejudicada, sem atenção necessária (humanização). Na contra partida, tem-se o aumento de procedimentos desnecessários, como o aumento na solicitação de exames (CECÍLIO, 2004).

A UBS deve ser a “porta de entrada” do cidadão (BRASIL, 2006). Os usuários são guiados por suas necessidades e expectativas que mudam constantemente, bem como a avaliação do serviço. Talvez, não exista, no momento uma melhor maneira para ouvir e / ou resolver a queixa, mas entende-se que o pior é não fazer nada pelo usuário.

Segundo Starfield (2005), quando o indivíduo entra no serviço o vínculo deve ser mantido, e o problema de saúde deve ser visto de forma integral. A atenção primária deve acompanhar este indivíduo mesmo quando ele precisar passar para outro nível de atenção. Muitos estudos feitos em países industrializados e em desenvolvimento (STARFIELD, 2005) mostram que locais com melhor atenção primária alcançam melhores resultados em saúde, incluindo taxas de mortalidade global e infantil, doenças cardíacas, detecção precoce de neoplasias - colo-retal, seio, cervical, uterino e melanoma. Um maior número de médicos na atenção primária está associado a uma melhor saúde nas populações, mas um maior número de especialistas nem sempre proporciona melhores resultados.

Para se avaliar a atenção primária deve-se levar em conta os programas desenvolvidos por este nível de atenção e sugeridos pelo Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO JOSÉ PINHEIRO, 2005). Os municípios são gestores e responsáveis pelo cumprimento dos princípios da atenção básica, pela organização e execução das ações em seu território (BRASIL, 2006). Têm como tarefas, dentre outras, elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção básica na sua esfera. Também devem garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das UBS proporcionando de recursos materiais, equipamentos e

insumos suficientes para as ações a que se propõem bem como, divulgar os resultados alcançados nos programas.

Julgamos importante podermos avaliar constantemente o serviço a qual fazemos parte, para qualificar a qualidade do atendimento prestado.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma área bastante importante, pois permite escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Segundo Deslandes (1997), a utilização de indicadores de avaliação de qualidade da atenção em saúde - acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros - é hoje reconhecida e amplamente divulgada. Estes podem medir com clareza a efetividade de um serviço ou programa.

Para uma melhor qualidade da atenção em saúde se faz necessário reorganizar as ações, conhecendo-se a realidade local, as necessidades de saúde e uma melhor definição de competências e responsabilidades em um determinado território.

Qualidade em serviço é saber atingir resultados que satisfaçam metas dos prestadores e as necessidades e expectativas do cliente. A satisfação do atendimento é boa quando há rapidez no agendamento, quando há informações antes / durante / após o atendimento, quando há interesse na escuta suprimindo carências médicas e psicológicas (MARIN et al., 2006).

Identifica-se que a qualidade da atenção médica está diretamente relacionada ao domínio da técnica, aplicação da ciência (conhecimento científico) e tecnologia em medicina, bem como se considera muito importante a interação psicossocial entre usuário e profissional.

Novamente, consideramos importante avaliar a qualidade do atendimento médico em uma UBS. Esta necessidade é reafirmada na tese de doutorado de Campos (1988), que identifica que pouco se tem feito para avaliar qualitativamente os serviços de saúde. O que se tem diz respeito à avaliação quantitativa dos mesmos, fazendo-se necessárias maiores informações sobre a qualidade do atendimento e a satisfação do usuário. Na medicina liberal já existe uma avaliação, mas esta formada pela opinião pública e pelos conselhos corporativos. Não deixa de ser uma avaliação por força de mercado, isto é, o profissional com destaque no momento é o melhor na avaliação.

A 1ª avaliação do ensino da prática médica remonta ao ano de 1910, pelo relatório Flexner (1940), sob o patrocínio da Fundação Carnegie. É direcionado para a necessidade de avaliar a educação médica e as condições de exercício profissional de má qualidade.

O relatório Flexner faz uma crítica às faculdades de medicina, na época, com até um ano de duração, o ensino não possuía equipamentos e laboratórios, não havia critérios de seleção, nem controle dos hospitais universitários. Não existia relação entre formação científica e trabalho clínico. (PEREZ, 2004).

Apesar desta discussão estar presente desde o século XIX, destacou-se com mais ênfase neste século. No Brasil, nos últimos 20 anos, a capacidade das escolas de medicina em atender as necessidades de saúde da população, não tem sido suficientes. Portanto, existe um questionamento por parte da sociedade quanto à educação médica, isto é, não basta mudar o currículo, sem mudar a formação médica (PEREZ, 2004).

Outro autor também referenciado na literatura quando se pesquisa sobre qualidade de atendimento é Donabedian (apud REIS et al., 1990). Este autor avalia qualitativamente um serviço do ponto de vista do “desempenho técnico” e do “relacionamento com o usuário”. Quanto à qualidade da atenção à saúde podemos avaliar os recursos utilizados pelo serviço, a maneira como se olham os problemas apresentados pelos usuários e avaliando o resultado após a intervenção do serviço, isto é, o estado de saúde do usuário após tratamento e / ou diagnóstico. Então, se estabelece um processo complexo: dos componentes comportamentais até os componentes técnicos muito específicos.

Muito tem sido publicada sobre a complexidade do setor saúde, tanto no que diz respeito ao ambiente institucional das organizações em que se observa uma rede de interesses não convergentes, envolvendo não só os profissionais da saúde, a clientela usuária, mas também os fornecedores e os gestores; quanto do ponto de vista das características próprias do setor de serviços em que a saúde se encontra. (CAMPOS, 1988)

Na realidade atual é preciso pensar e incentivar a elaboração de metodologias de ensino que visem formar profissionais para o exercício de práticas que estejam mais de acordo com os interesses e necessidades da população. É de vital importância contar com recursos humanos bem formados e comprometidos com

a saúde, conscientes da necessidade de garantir a qualidade e resolutividade dos cuidados e dos serviços prestados à população.

Uma das maneiras de se avaliar um serviço de saúde pode ser sistematizado da seguinte forma: estrutura dos serviços, processo de prestação dos serviços e resultados apresentados. Como estrutura dos serviços deve-se avaliar a organização da atenção, isto é, as instalações do local de atendimento, a equipe médica disponível, avaliando perfil, preparação e experiência. A estrutura mostra como o cuidado médico está sendo oferecido; a avaliação do processo diz respeito a competência médica no tratamento dos problemas de saúde - o que é feito pelo usuário; a prática avalia registros médicos, justificativas de procedimentos; a avaliação dos resultados pode constatar o estado de saúde do indivíduo, o vínculo estabelecido por ele e pelo profissional.

Para isto muitos trabalhos metodológicos existem para esta avaliação. Avalia-se a morbidade, disfunção, mortalidade, ocorrências adversas, progressão da doença etc. Para se avaliar a qualidade do atendimento também é importante avaliar-se a satisfação do usuário. (CAMPOS, 1988).

Estamos de acordo, quando avaliamos, constantemente, um serviço prestado melhor qualidade se obtém.

Campo (1988), relata que antes da década de 1960, poucos estudos foram feitos sobre satisfação do usuário quanto ao cuidado médico. A partir de 1970 o usuário passa a ser visto como consumidor do serviço de saúde. Neste momento leva-se em conta o interesse do cuidado profissional, a participação dos cientistas sociais para melhoria do cuidado, o questionamento dos indivíduos quanto ao cuidado, o interesse dos órgãos públicos, monitoramento da saúde por organizações (seguros de saúde) e consideração da saúde com qualidade de vida. Quando o indivíduo avalia a sua saúde, compara com algum atendimento feito anteriormente. Campos (1988), afirma que vários autores consideram que a percepção do usuário, o interesse pessoal do profissional, a qualidade do mesmo, a qualidade do treinamento da equipe, a privacidade, dentre outros, são levados em consideração no momento da avaliação da qualidade.

A partir da década de 1970, começa na Inglaterra e EUA pesquisas de satisfação dos usuários, esta é uma das metas dos serviços, a serem alcançados, para tanto se faz necessário a constante busca de melhoria e aperfeiçoamento dos serviços de saúde. No Brasil a busca da satisfação do usuário começa a ganhar

força na década de 1990, onde a comunidade começa a participar das ações de saúde devido ao controle social. Observa-se que usuários mais satisfeitos aderem melhor ao tratamento prescrito, conquistando, conseqüentemente melhores condições de vida. (ESPERIDIÃO et al., 2006).

Segundo Lebow (1990), a percepção individual do cuidado é muito mais difícil do que a avaliação do processo ou resultado final, porque inúmeros fatores afetam a percepção do indivíduo, como por exemplo, as experiências anteriores. Donabedian (1990), também destaca a importância da avaliação do indivíduo na atenção à saúde apesar de não considerar um indicador direto ou indireto.

Na visão do usuário, o que é considerado importante na qualidade do atendimento (cuidado), são os relacionamentos interpessoais entre este e o profissional que presta o cuidado (OLIVEIRA e GUIARDELLO, 2005).

Satisfação do usuário, segundo a BVS (2006) pode ser conceituado como: “O grau pelo qual o indivíduo considera o serviço ou produto ou o modo pelo qual este é executado pelo provedor como sendo útil, efetivo ou que traz benefício”.

Para Kloetzel (1988), na área da saúde a avaliação realizada pelo usuário é vista como de pouca importância e às vezes até com desconfiança, ao contrário do que acontece na mídia e nas agências de publicidade, que considera muito a opinião do público. A impressão inicial leva a pensar que, o questionamento ao usuário quanto à satisfação é uma impressão subjetiva, não serve como indicador de qualidade. Porém, esta é uma interpretação equivocada, porque o questionamento proporciona visualizar como o usuário age frente ao serviço que lhe presta atendimento e qual será seu comportamento futuramente.

Quando se busca na literatura sobre satisfação do cliente em relação ao serviço de saúde encontram-se alguns questionários, como por exemplo: Se recebeu a atenção esperada no que precisava, se sentiu seguro com o atendimento do profissional, se as orientações do médico estavam de acordo com suas condições de realização, se houve mudanças no bem estar do usuário e familiares com o atendimento do médico, se o material e / ou medicamentos fornecidos pela equipe para o atendimento do usuário foram suficientes e adequados às necessidades (MARIN et al., 2006)

Pensando na melhoria da qualidade de atendimento de uma UBS, sob o viés de um problema de agravo à saúde, preocupamo-nos em sermos mais críticos com o nosso trabalho.

Pouco se encontra na literatura nacional (REIS, 1990) no que se refere à qualificação do atendimento de uma UBS e com a satisfação do usuário.

Este projeto de pesquisa busca avaliar a qualidade da atenção médica e a satisfação do usuário de uma UBS para usuários na faixa etária de 40 a 69 anos portadores de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) que buscaram atendimento, através de agendamento espontâneo de consultas com médicos clínicos, durante o mês de maio de 2006.

A tabela abaixo (BRASIL, 2006) mostra o cadastramento de usuários de Porto Alegre, no hiperdia¹ durante o ano de 2005. Encontramos um maior nº de usuários na faixa etária de 40 a 69 anos e isto motivou a eleição desta faixa etária.

IDADE	Fem.	Masc.
15-19	6	2
20-24	8	3
25-29	26	5
30-34	44	14
35-39	127	28
40-44	202	71
45-49	354	126
50-54	458	166
55-59	397	161
60-64	416	222
65-69	403	162
70-74	307	144

¹ “O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde”. (BRASIL, 2006).

75-79	191	75
+80	132	45

Fonte: Portal de Saúde (Brasil, 2006).

A PORTARIA Nº 648 (Brasil, 2006), refere o controle da Hipertensão Arterial (HA), e o controle do Diabetes Mellitus (DM), quanto a política de atenção básica, como necessidades de atuação em todo o território nacional, considerando estas enfermidades como problemas de saúde pública.

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas, inicialmente, assintomáticas, não transmissíveis, altamente prevalentes, de alto custo social e com alta incidência de morte na população brasileira (BRASIL, 2004).

Segundo DATASUS (BRASIL, 2006): As doenças do aparelho circulatório, cujas complicações mais freqüentes são infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência Cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. Há algum tempo são a primeira causa de morte no Brasil, em 2000, mais de 27% do total de óbitos. Identificar precocemente os casos e estabelecer vínculo entre os portadores das enfermidades e as UBS, é importante para que se tenha um melhor controle do agravo destas, bem como reduzir o número de internações hospitalares.

Segundo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus , o acompanhamento e controle destas enfermidades, no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a estes agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares, que são as mais comuns nos países industrializados (BRASIL, 2004) .

Estas doenças estão inter-relacionadas e se não tratadas favorecem a manifestação de outras doenças. É esperado que 35% a 75% das complicações do diabetes podem ser devido a Hipertensão Arterial. Nos usuários com diabetes tipo 1 (Insulino Dependente) é maior a prevalência da hipertensão (BRASIL, 2002).

O diabetes apresenta alta perda de qualidade de vida, isto é, pode ocasionar insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, e doenças cardiovasculares. A Hipertensão Arterial se agrava com o aumento da idade,

responsável também por complicações cardiovasculares, encefálicas coronarianas, renais e vasculares periféricas (Brasil, 2004).

O diabetes é considerado um problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde, é a primeira causa de mortalidade, tem alta prevalência, é subdiagnosticado e muitas vezes com tratamento inadequado, incapacita o indivíduo, diminui a vida útil, (mortalidade prematura) e gera custos altos. (BRASIL, 2002).

Para melhor controle destas enfermidades são importantes a identificação precoce e o vínculo aos serviços de saúde. Desta maneira tem-se uma diminuição de internações e mortalidade.

No período de 2001-2003 foi reorganizada a atenção básica para estas enfermidades, atualizando profissionais, proporcionando maior resolutividade no atendimento. Uma campanha realizada para detecção de diabetes onde participaram 22,1 milhões de adultos com mais 40 anos e, em 16% destes, foram confirmados diagnósticos. Após esta campanha foram feitos uma detecção e controle da hipertensão arterial. Sabe-se que a hipertensão é duas vezes mais comum em indivíduos com diabetes (Brasil, 2004).

Considerando o referencial utilizado, este projeto pretende realizar uma avaliação sobre a atenção a estes dois problemas de saúde em uma UBS de Porto Alegre, buscando apontar algumas intervenções necessárias ao modelo existente, no sentido de buscar cada vez mais a construção do SUS que queremos para nós, servidores, e para a população que dele se utiliza.

METODOLOGIA

10.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa será realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bananeiras, um dos 226 serviços que prestam atenção básica em saúde (144 UBS e 82 PSF), ligados ao Município de Porto Alegre. (SMS, 2006).

As unidades de atenção básica à saúde são consideradas a “porta de entrada” do Sistema de Saúde, devendo ser o primeiro serviço com o qual os usuários tenham contato quando necessitarem de atenção à saúde, sendo responsáveis pelas ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Espera-se que esses serviços tenham um índice de resolubilidade de 80 a 85%.

A UBS Bananeiras está inserida no Bairro Partenon e possui uma população em torno de 17.000 ha sob sua responsabilidade, sendo que desta 5.068 ha possuem entre 40 e 69 anos.

Sabe-se que em torno de 20% (Brasil, 2002) dos usuários das unidades de saúde nesta faixa etária apresentam hipertensão ou diabetes.

No Serviço onde se realizará o estudo são realizadas uma média de 200h de consultas clínicas /mês, significando por volta de 800 atendimentos agendados / mês.

10.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participarão da pesquisa os usuários da UBS Bananeiras na faixa etária dos 40 aos 69 anos com diagnóstico ou queixas relacionadas à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que buscaram atendimento, através de agendamento espontâneo

de consultas com médicos clínicos, no mês de maio de 2006. Este mês foi estabelecido por sorteio, excluindo-se o período de férias.

Para fins de avaliação de satisfação buscar-se-á os usuários que foram atendidos no período previsto para realização da pesquisa com diagnóstico ou queixas relacionadas à HM e DM, ao qual será proposto, em contato telefônico ou visita domiciliar, a participação na investigação.

10.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A investigação se delinea como um estudo transversal que, segundo Goldim (1997), se caracteriza por ser um estudo observacional descritivo que busca identificar a prevalência ou a frequência de uma determinada característica. Este estudo refere-se a um determinado momento refletindo uma realidade temporal (GOLDIM, 1997).

A pesquisa pretende avaliar a qualidade da atenção prestada aos usuários (apêndice 2) e como os mesmos percebem o serviço de atendimento médico prestado na UBS (anexo 2). Para isso serão realizadas consultas aos prontuários e questionário com os usuários.

Para a análise da qualidade da atenção buscar-se-ão nas agendas dos profissionais médicos clínicos os usuários desta faixa etária que agendaram consultas no período escolhido. Destes se selecionará os prontuários, na faixa etária estabelecida com diagnóstico ou queixas relacionadas à hipertensão e / ou diabetes.

Serão considerados como elementos da investigação da qualidade da atenção prestada aos usuários o registro dos seguintes aspectos nos prontuários²:

- 1) Realização de consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão e diabetes;
- 2) Solicitação de exames complementares, quando necessário;
- 3) Prescrição de tratamento não-medicamentoso;
- 4) Tomada de decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;
- 5) Programação, junto à equipe, de estratégias para a educação do usuários;

² Itens retirados do Plano de reorganização a atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- 6) Encaminhamento às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam Hipertensão Arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva;
- 7) Encaminhamento à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica;
- 8) Encaminhamento à unidade de referência secundária os usuários diabéticos com dificuldade de controle metabólico;
- 9) Encaminhamento à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.);
- 10) Perseguição, obstinada, dos objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso).

Para avaliar a satisfação dos usuários, buscar-se-ão os usuários que foram atendidos no período previsto para realização da pesquisa por diagnóstico ou queixas relacionadas à Hipertensão e Diabetes.

A escolha do período a ser avaliado foi por sorteio, baseada na experiência da pesquisadora como coordenadora da UBS desde maio de 2003, que leva a crer que durante um mês teremos cerca de 48 usuários pertencentes ao grupo que se quer investigar.

10.4 ANÁLISE DO MATERIAL

Será utilizado para tabulação dos dados um banco de dados construída no Excel. A análise do material emergente no processo da pesquisa se dará pelo confronto entre os elementos tabulados e a literatura sobre o tema.

A tabela abaixo³ mostra o que se buscará nos prontuários dos usuários.

³Itens retirados do Plano de reorganização a atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde	UBS Bananeiras
Consulta para confirmação diagnóstica	
Exames complementares solicitados	
Prescrição de tratamento não-medicamentoso	
Início do tratamento medicamentoso	
Estratégias de educação em saúde para o usuário	
Encaminhamento às unidades de referência hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento	
Encaminhamento à unidade de referência secundária, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica	
Encaminhamento à unidade de referência secundária, usuários diabéticos com dificuldade de controle metabólico	
Encaminhamento à unidade de referência secundária casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de uma consulta especializada	
Perseguição dos objetivos e metas do tratamento	

11. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo Gondim (2001 s.p.), os aspectos éticos devem ser esclarecidos e que todos os atores envolvidos no projeto de pesquisa recebam documento que descreva com detalhes sua participação, riscos possíveis e um termo de consentimento informado.

Todos os usuários serão informados que participarão de uma pesquisa de satisfação de atendimento médico na UBS Bananeiras. (Anexo 2)

O consentimento deles deverá ser por escrito em documento formal expondo os objetivos da pesquisa, como será realizada e de que maneira ocorrerá a participação de cada um. (Anexo 1)

Será solicitada ao Gerente Distrital a autorização para coleta de dados em prontuários dos usuários, através de documento escrito. (apêndice 1)

13. ORÇAMENTO

Estão apresentadas na TABELA 2 abaixo as previsões de custos necessários para a realização da pesquisa que correrão por conta da pesquisadora.

TABELA 2

Impressora jato de tinta	R\$ 300,00
Micro computador	R\$ 2000,00
Folhas A4	R\$ 15,00
Cartucho de tinta para impressora	R\$ 200,00
Digitação	R\$ 100,00
Revisão/ Diagramação	R\$ 100,00
Encadernação	R\$ 50,00
TOTAL	R\$ 2765,00

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. **Política Pública e Organização do Sistema de Saúde**: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. São Paulo: Edusp, 1997.

ALMEIDA, Karina. Estagiária da coordenação de redes da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Porto Alegre. Informação sobre o número de serviços que prestam atenção básica na cidade de Porto Alegre. Informação concedida via telefone em 18 de nov. 2006

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988_05.10.1988.htm>. Acesso em: 30 out. 2006.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br/saude/planomunicipal/documento/lei8080.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2006.

BRASIL. **Portaria n. 176, de 02 de julho de 2003**. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/download/PT_176_03.doc>. Acesso em: 02 mai. 2005.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 17 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e do Diabetes Mellitus . **Programa de Educação Permanente em Hipertensão e do Diabetes Mellitus**. Brasília, DF. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, DF, 2004.

CAMPOS, Francisco Eduardo. **Resolutividade: Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1988. Tese para obtenção do título de doutor, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 1988

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil. Disponível em: <www6.senado.gov.br/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm>. Acesso em: 30out.2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

DATAGERAIS.**Saúde**.Disponível em: <http://www.datagerais.mg.gov.br/int_imrs_saude.php>. Acesso em: 14 out. 2006.

DECLARAÇÃO da alma-ata. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em:16out. 2006.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al. O programa de saúde da família e a puericultura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 739-743, set. 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviço de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

FLEXNER, A. **Medical education in United States and Canada**: report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching. New York: Merrymount Press, 1940.

FURASTÉ, Pedro Augusto. Normas **Técnicas para o Trabalho Científico**. 14. ed. Porto Alegre:[S.ed.], 2006

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**, Porto Alegre: Decasa, 1997. 199 p.

GOLDIM, J. R. **Projeto de Pesquisa: Aspectos Éticos e Metodológicos**. Porto Alegre: HCPA, 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/projeto.htm>> Acesso em: 11. nov. 2006.

KLOETZEL, Kurt 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, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 17 Nov 2006.

IBGE: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em:<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela>. Acesso em: 20 out. 2006.

MARIN, Maria José Sanches; CAETANO, Fabiane Bis; PALASSON, Rosilene Rocha. **Avaliação da Satisfação dos Usuários do Programa Interdisciplinar de**

Internação Domiciliar. Disponível em:

<<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/docdomiciliar.htm>>. Acesso em: 17 out. 2006.

Ministério da Saúde. **Revista de Hipertensão e Diabetes.** Brasília, DF:Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, abr. 2002.

NASCIMENTO, Álvaro. **História da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/04.htm>. Acesso em 16 out. 2006.

NETTO, Augusto Pimazoni. **A Necessidade Imediata de Um Novo Censo Nacional de Diabetes.** Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/artigos/censonacionaldiabetes.php>>. Acesso em: 22 out. 2006.

OLIVEIRA, Acácia Maria Lima de; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 71-77, jan./mar. 2006.

PEREZ, Emília Pessoa. Editorial. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p.9-13, jan./mar. 2004.

PLANO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/doc_comp/doc_plano.doc>. Acesso em: 16 out. 2006.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, v. 37, n. 6, dez. 2003.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS/MS. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 490-493, 2001.

SUS: sistema único de saúde. Disponível em:

<http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>>. Acesso em: 19 out. 2006.

STARFIELD, Bárbara. A importância da atenção primária na esfera supra municipal (regional). Disponível em:

<[http://www.conass.org.br/admin/arquivos/evento/Barbara%20Starfield%20-%20\(português\).pdf](http://www.conass.org.br/admin/arquivos/evento/Barbara%20Starfield%20-%20(português).pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2006.

APÊNDICES

Apêndice 1

Pedido de autorização para coleta de dados nos prontuários

Solicito a esta Gerência Distrital autorização para coleta de dados nos prontuários dos usuários que consultaram na UBS Bananeiras no mês de maio de 2006. O acesso aos prontuários permitira a realização da pesquisa, que tem como objetivo geral Avaliar a qualidade da atenção prestada a pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na faixa etária de 40 a 69 anos e a satisfação desses usuários, em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de POA.

Comprometo-me a utilizar os dados unicamente para fins da pesquisa. Ao término da pesquisa, os dados serão publicados ou apresentados em eventos científicos, entretanto sem revelar nomes das pessoas pesquisadas ou qualquer indicativo que revele suas identidades.

Porto Alegre, 22 de novembro de 2006.

Berenice Beresniack Scheirr
Pesquisadora

Autorizo,

Gerente Distrital – Dr. Breno Nora
GD Partenon/ Lomba

Apêndice 2

A tabela abaixo⁴ mostra o que se buscará nos prontuários dos usuários.

Ministério da Saúde	UBS Bananeiras
Consulta para confirmação diagnóstica	
Exames complementares	
Prescrição de tratamento não-medicamentoso	
Início do tratamento medicamentoso	
Estratégias de educação do usuário	
Encaminhamento às unidades de referência hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento	
Encaminhamento à unidade de referência secundária, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica	
Encaminhamento à unidade de referência secundária usuários diabéticos com dificuldade de controle metabólico	
Encaminhamento à unidade de referência secundária casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de uma consulta especializada	
Perseguição dos objetivos e metas do tratamento	

⁴ Itens retirados do Plano de reorganização a atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. (Ministério da Saúde, 2001)

ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Eu, Berenice Beresniack Scheirr, estou realizando uma investigação sobre qualidade da atenção e a satisfação dos usuários de um serviço de atenção primária em saúde.

O objetivo da investigação é avaliar a qualidade da atenção prestada a, e a satisfação dos usuários, na faixa etária de 40 a 69 anos em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de POA, com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

A investigação consistirá da análise dos dados do prontuário dos usuários atendidos no mês de maio de 2006 e de um questionário para avaliação da satisfação com a atenção à saúde recebida.

A pesquisadora compromete-se que estes dados serão usados somente para fins de pesquisa e que você não será identificada (o) em momento algum do estudo e que poderá, em qualquer momento da realização da investigação, deixar de participar do mesmo sem prejuízo para si ou ao seu atendimento na Unidade de Saúde em que está sendo realizada a pesquisa.

A investigação não oferece riscos aos entrevistados, nem modifica suas condições de saúde e atendimento prestado na UBS. O. Ao término da pesquisa, os dados serão publicados ou apresentados em eventos científicos, entretanto sem revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa pesquisada. Não há nenhum custo para você participar da pesquisa.

Esclareço que sua participação é muito importante para que possamos, de modo geral, melhorar a atenção aos portadores de HA e DM.

Agradeço sua colaboração e, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (51) 3331 1840, inclusive com ligações à cobrar, ou e-mail bscheirr@terra.com.br. Este projeto deverá ser avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, cujo telefone é (51) 3289 2770.

Eu, _____ (usuário deste serviço) fui informado dos objetivos da investigação acima de maneira clara e detalhada e me comprometo a atender a responder o que me for solicitado. Fui informado, também, que poderei deixar de prestar as informações solicitadas assim que desejar, desde que notifique a pesquisadora a minha desistência.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2006.

Endereço Completo: _____

Fone Residencial: _____

Fone Celular: _____

Assinaturas:

usuário

pesquisador

Anexo 2

Instrumento de Avaliação da Satisfação do Usuário⁵

Esse instrumento pretende avaliar a sua satisfação com o atendimento recebido na UBS Bananeiras. Por favor, assinale com um X a letra que correspondente à figura que melhor representa a sua resposta para as perguntas.



A



B



C



D



E

(Excelente)

(Ótimo)

(Bom)

(Razoável)

(Péssimo)

	A	B	C	D	E
1. Facilidade de agendamento da consulta					
2. Tempo despendido na sala de espera					
3. Cordialidade por parte da recepção					
4. Explicações dos servidores com respeito ao atendimento					
5. Cordialidade do profissional					
6. Atenção dada às informações					
7. Impressão do exame médico					
8. Confiança despertada pelo médico que realizou o atendimento					
9. Satisfação no atendimento médico para a solução do seu problema					
10. Explicações para as suas dúvidas					
11. Avaliação geral do atendimento					
12. Quanto a ajuda nos aspectos que precisou					
13. Os medicamentos fornecidos pela equipe para o atendimento do usuário foram suficientes e adequados às necessidades?					
14. Sugestões para atendimento					

⁵ Instrumento baseado em KLOETZEL, Kurt et al (1998).