

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
SUB ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E GESTÃO DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Dissertação de mestrado

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELA PERSPECTIVA DOS
USUÁRIOS: ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO EUROPEP PARA GRANDES
CENTROS URBANOS BRASILEIROS – UMA APLICAÇÃO NA COMUNIDADE
DE MANGUINHOS.

Mestranda: Ana Laura da Rocha Bastos da Silva Brandão

Orientadora: Ligia Giovanella

Rio de Janeiro

2011

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS:
ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO EUROPEP PARA GRANDES CENTROS
URBANOS BRASILEIROS – UMA APLICAÇÃO NA COMUNIDADE DE
MANGUINHOS**

Por:

Ana Laura da Rocha Bastos da Silva Brandão

Dissertação apresentada ao Programa da Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora

Ligia Giovanella

Rio de Janeiro

Abril, 2011

DEDICATÓRIA

Às pessoas que mais acreditam em mim:
Angela e Adalberto, que além de pais maravilhosos,
são meus melhores e maiores amigos e Pedro que é
uma das maiores alegrias da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Nesse período de dois anos pude experimentar os mais diversos sentimentos e por conta disso gostaria muito de agradecer:

A bondade e misericórdia, de Deus para com a minha vida todos os dias, desde que abri meus olhos para esse mundo;

O amor, dos meus melhores amigos e incentivadores: Angela e Adalberto meus mais que amados pais, que são sempre o meu abrigo, meu porto seguro, as pessoas pelo qual eu busco ser e fazer o melhor, simplesmente porque eles são os melhores;

A alegria, de ter o prazer e o privilégio de viver ao lado do amor da minha vida, Pedro Henrique, a pessoa que sem dúvida faz o dia ser mais doce, a vida mais leve, que enche o meu coração de amor todos os dias e que foi incansável durante esse período sempre ao meu lado;

O incentivo, do meu irmão querido Adalberto, que é o meu exemplo, a pessoa que me ensinou a pró-atividade com a vida;

A amizade, de pessoas tão queridas como a Graziela e Juliana, que além de grandes amigas, despertaram em mim de uma forma muito especial o gosto pela Saúde Pública;

O companheirismo, da amiga Ana Paula, sempre ao meu lado, compartilhando essa experiência comigo, não só do mestrado, mas da especialização e residência;

A orientação, da Professora Ligia Giovanella, que sempre muito disponível contribuiu em demasia para minha formação;

A parceria, e o apoio, do “Grupo PET” que muito contribuiu para que esse trabalho fosse possível, mas principalmente os amigos especiais, sempre presente nessa caminhada Cadu e Marcele;

O respeito, aos usuários do Sistema Único de Saúde que sem dúvida foram a razão desse trabalho.

RESUMO

No Brasil, durante as últimas décadas, mudanças foram realizadas na organização do sistema de saúde, e a atenção básica (AB) obteve destaque, com a introdução de programas inovadores com objetivos de realizar mudanças no modelo assistencial como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família. A consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe a necessidade de qualificação da AB ofertada à população, tornando necessário dessa forma o desenvolvimento de ferramentas que permitam a avaliação da Estratégia.

Muitas iniciativas com foco na avaliação da ESF vêm sendo desenvolvidas no Brasil, contudo a avaliação da ESF desde a perspectiva dos usuários ainda é escassa e não estão disponíveis instrumentos de fácil aplicação para uso rotineiro. Estudos de satisfação podem contribuir para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços e ser uma ferramenta para a participação popular.

A satisfação com os cuidados de saúde é um conceito multidimensional e pode ser caracterizada como uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde, desde aspectos relacionados ao acesso, infra-estrutura, organização dos serviços, interação usuário-profissional, até resultados em saúde.

O objetivo do presente estudo foi adaptar um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, adequado à ESF, tendo por base o instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP), que é um instrumento de medição da satisfação dos usuários de serviços médicos de medicina geral e familiar na Europa.

O questionário EUROPEP começou a ser desenvolvido em 1995 por pesquisadores de oito países e sua validação finalizou em 1998. O instrumento é constituído por 3 partes: i) **Indicadores chaves** (relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e, organização dos serviços); ii) **Indicadores de áreas específicas de satisfação** (consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados); iii) **Informações sobre os usuários** (dados socioeconômicos, de saúde e, atitudes após a experiência).

O presente estudo foi composto por duas fases. Uma de revisão e adaptação do instrumento, onde foram realizados: tradução do questionário, reuniões de consenso com profissionais da ESF, com usuários e ACS e pré- teste. A segunda fase foi a aplicação do instrumento a uma amostra representativa dos usuários da ESF do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias no município do Rio de Janeiro. Foram aplicados questionários a 289 usuários no período de junho a agosto de 2010.

Para análise dos resultados foram calculadas médias das proporções das respostas “muito bom” e “bom” para cada indicador chave, e utilizando esses valores foi possível

obter o índice de satisfação global. Foram realizados cruzamentos entre variáveis, para verificar possíveis associações entre os padrões de resposta e as características dos usuários, com a comparação das respostas entre sexos, usuários com distintos níveis de escolaridade, auto - percepção de saúde boa e ruim, e diferentes faixas etárias dos usuários.

Os usuários entrevistados eram mulheres em sua maioria (84%), com faixa etária média entre 30 a 39 anos e baixa escolaridade (53% não possuíam o ensino elementar completo). Na auto percepção de saúde, 40% dos entrevistados indicaram saúde regular.

O indicador Relação e Comunicação entre profissional e usuário foi o que mais se destacou positivamente em comparação aos outros. O item que obteve a maior satisfação foi o interesse do profissional sobre o usuário. O indicador chave Organização dos Serviços foi o que recebeu a pior avaliação em comparação aos outros. A pior avaliação de todas as perguntas foi o tempo de espera para consulta (56% dos usuários não estavam satisfeitos).

Foi avaliada a relação entre características dos usuários e padrões de satisfação. A população com menor nível de escolaridade se mostrou mais satisfeitas. Pessoas com boa auto percepção de saúde tendem a estar mais satisfeitas com os serviços prestados, e, os usuários mais jovens tendem a ser menos satisfeitos. Esses resultados corroboram achados da literatura.

Ao final da entrevista o usuário era convidado a expressar opiniões e sugestões do que precisava ser melhorado no Centro de Saúde. As contribuições foram principalmente relacionadas a três características: a mais mencionada foi a dificuldade para o acesso oportuno, a segunda foi a ampliação da oferta de profissionais e serviços e a terceira agregou sugestões relacionadas à organização dos fluxos da ESF no centro de saúde. Vale ressaltar que as sugestões de melhorias propostas para a unidade são em sua maioria factíveis, não demandam grandes investimentos financeiros e sim reorganização dos processos de trabalho, bem como otimização dos fluxos internos do centro de saúde.

Como limitação do método realizado, destaca-se que o instrumento foi adaptado de uma versão europeia para uma realidade de grande centro urbano da região sudeste do Brasil. Pode não ser adequado para todo o país, onde estão em jogo outras realidades (econômicas, sociais, demográficas, etc), sendo necessárias outras adaptações. Além disso, o instrumento foi idealizado para avaliar a atuação do profissional médico de família e como a ESF é composta por equipe multiprofissional, é necessário complementar o instrumento com perguntas específicas aos outros profissionais. Como potencialidade do método, destaca-se ser um instrumento de fácil manejo e rápida aplicação, que pode ser utilizado rotineiramente para monitoramento da ESF, e comparação entre unidades de Saúde da Família e entre municípios, e, principalmente, na mesma unidade de saúde ao longo do tempo, representando, assim, uma importante ferramenta para a institucionalização da avaliação na ESF.

ABSTRACT

Over the past twenty years, changes have been made to health system organization in Brazil. Primary health care (PHC) has come to prominence and innovative programs – such as the community health worker program (*Programa de Agentes Comunitários de Saúde*) and the family health program (*Programa de Saúde da Família*) – have been introduced in order to modify the model of care. Establishment of the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*, ESF) brought with it the need to improve the quality of PHC offered to the population, in turn requiring the development of tools with which to evaluate the strategy.

Many initiatives focusing on evaluation of the ESF are underway in Brazil. However, evaluation of the ESF from the user standpoint is still scarce, and no easily applicable tools are available for routine use. Satisfaction studies can contribute to institutionalizing evaluation and reorganizing services, and serve as a tool for public participation.

Satisfaction with health care is a multidimensional concept that can be characterized as individual evaluation of several dimensions of health care, ranging from aspects relating to access, infrastructure, service organization, user-health personnel interaction, through to health outcomes.

The aim of this study was to adapt an instrument for evaluating user satisfaction, which was suited to the ESF. This was based on the European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) questionnaire, an instrument used for evaluating PHC quality as user satisfaction with general practice and family medical services in Europe.

The EUROPEP questionnaire began to be developed in 1995 by researchers in eight countries, and validation was completed in 1998. The instrument comprises 3 parts: i) **key indicators** (relationship and communication, medical care, information and support, continuity and cooperation, and service organization); ii) **indicators of specific areas of satisfaction** (consultations, appointments and accessibility, characteristics of doctors, conditions at the health center, and the services provided); iii) **user information** (socioeconomic and health data, and post-questionnaire attitudes).

This Brazilian study comprises two phases. The first was to review and adapt the instrument, which included: translating the questionnaire, consensus meetings with ESF personnel, users and CHWs, and pre-testing. The second phase was to apply the instrument to a representative sample of ESF users from the *Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias* health center in the municipality of Rio de Janeiro. Questionnaires were applied to 289 users between June and August 2010.

In order to analyze the results, means of the proportions of responses “very good” and “good” were calculated for each key indicator; using those values it was possible to obtain an overall satisfaction index. Correlations were made between variables, so as to ascertain

possible associations between the response patterns and user characteristics: responses were compared by sex, level of schooling, self-perceived good and poor health, and age group.

Most of the users interviewed (84%) were women, with mean ages between 30 and 39 years and low levels of schooling (53% had not completed elementary schooling). In response to self-perceived state of health, 40% of the interviewees responded average.

The indicator group “relationship and communication between doctor and patient” stood out most from the others as the most favorably assessed. The item that showed greatest user satisfaction was the doctor’s interest in the user. The key indicator “service organization” received the worst evaluations. The question on appointment waiting times returned the worst evaluations (56% of users were dissatisfied).

The relationship between user characteristics and satisfaction patterns was examined. The population with least schooling expressed most satisfaction. People with self-perceived good health tended to be more satisfied with the services provided, and younger users tended to be less satisfied. These results corroborate the findings of the literature.

At the end of the interview, the user was invited to offer opinions and suggestions as to what needed improving at the health center. The contributions related mainly to three characteristics: the most mentioned was difficulty of timely access; the second was expansion of health personnel and services; and the third group of suggestions related to ESF flows at the health center. Note that most of the suggestions for improvements to the health center are feasible and do not call for major financial investments, but rather reorganization of the work and optimization of flows internal to the health center.

A salient limitation on the method used is the instrument’s having been adapted from a European version to conditions in a large city in southeastern Brazil. It thus may not be appropriate to the country as a whole, where other economic, social, demographic etc. realities are in play. In addition, the instrument was designed to evaluate the activities of family doctors and, as the ESF is based on a multi-professional team, the instrument has to be complemented with questions specific to the other personnel. One particular potential of the method is that it is easy to handle and quick to apply, and can be used routinely to monitor the ESF and compare among Family Health units and among municipalities and, most importantly, within the same health center over time. It thus represents an important tool for institutionalizing evaluation of the ESF.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	19
2	JUSTIFICATIVA	26
3	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	32
3.1	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	34
4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO.....	40
4.1	CONCEITOS CHAVES: SATISFAÇÃO, RESPONSABILIDADE E HUMANIZAÇÃO	52
4.1.1	Satisfação: conceitos na literatura	52
4.1.2	Responsividade	75
4.1.3	Humanização	82
4.2	INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DESDE A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS	84
4.2.1	Instrumento EUROPEP	90
5	OBJETIVOS.....	104
5.1	OBJETIVO GERAL	104
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	104
6	METODOLOGIA	105
6.1	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	106
6.2	INSTRUMENTO DE PESQUISA	110
6.3	ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO	112
6.4	POPULAÇÃO DE ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS SUJEITOS DA PESQUISA	117
6.5	TRABALHO DE CAMPO	119
6.6	TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	122
6.7	ASPECTOS ÉTICOS	125
6.8	RETORNO DOS RESULTADOS AOS SUJEITOS DE PESQUISA	126
6.9	LIMITES DO MÉTODO E DO INSTRUMENTO	126
7	RESULTADOS.....	128
7.1	PERFIL DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS	128
7.2	MARCAÇÃO E PONTUALIDADE DAS CONSULTAS E VISITAS DOMICILIARES	130
7.3	INDICADORES CHAVE DE SATISFAÇÃO	133
7.4	CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS E PADRÕES DE SATISFAÇÃO	145
		10

7.5	SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES DOS USUÁRIOS	158
8.	DISCUSSÃO	166
8.1	PERFIL DOS USUÁRIOS	166
8.2	DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO	169
8.2.1	Dimensão Relacional – usuário/profissional	169
8.2.2	Dimensão: Acessibilidade	171
8.2.3	Dimensão: Organizacional	174
8.2.4	Dimensão: Cuidados Médicos	176
8.2.5	Dimensão: Informação e Apoio	177
8.2.6	Dimensão: Continuidade e Cooperação	177
8.2.7	Índice de Satisfação Global	179
8.3	COMPARAÇÃO COM RESULTADOS DE OUTRAS APLICAÇÕES DO EUROPEP	180
8.4	DISCUSSÃO DE ASPECTOS METODOLÓGICOS	185
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
10	REFERÊNCIAS	196
11	ANEXOS	208
11.1	ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE PESQUISA	208
11.2	ANEXO 2 - INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO	215
11.3	ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	219
11.4	ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	221
11.5	ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – REUNIÕES DE CONSENSO E GRUPO FOCAIS	223
11.6	ANEXO 6 - LISTA DE RESPOSTAS E SUGESTÕES À PERGUNTA ABERTA DO QUESTIONÁRIO, CONTENDO SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO PELA ESF DO CSEGSF, RIO DE JANEIRO 2010.	225

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: INDICADORES DE ESCOLARIDADE E RENDA SEGUNDO COMUNIDADE DO COMPLEXO DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2000	108
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL SEGUNDO EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CSEGSF NO COMPLEXO MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2008	109
TABELA 3: QUANTITATIVO DE CONSULTAS MÉDICAS POR MÊS E POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CSGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2009	118
TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DE APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS A USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO TURNO E DIA DA SEMANA, CENTRO DE SAÚDE GERMANO SINVAL FARIA, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	121
TABELA 5: FREQUÊNCIA DAS ENTREVISTAS REALIZADAS SEGUNDO EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE GERMANO SINVAL FARIAS, COMPLEXO DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	122
TABELA 6: PERFIL DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	129
TABELA 7: CARACTERÍSTICAS DA MARCAÇÃO, PONTUALIDADE DAS CONSULTAS E RECEBIMENTO DE VISITAS DOMICILIARES, EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	132
TABELA 8: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O MÉDICO, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	134
TABELA 9: AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS MÉDICOS, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	136
TABELA 10: AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO E APOIO RECEBIDOS DO MÉDICO, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	138
TABELA 11: AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	140
TABELA 12: AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO CENTRO DE SAÚDE, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	142
TABELA 13: CLASSIFICAÇÃO DOS INDICADORES CHAVES DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	144
TABELA 14: SUBAMOSTRAS ANALISADAS DOS USUÁRIOS, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	145
TABELA 15: AVALIAÇÃO DE “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEXO, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	146
TABELA 16: AVALIAÇÃO DE “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEGUNDO NÍVEIS DE ESCOLARIDADE, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010.....	149

TABELA 17: AVALIAÇÃO DE “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEGUNDO AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010.....	152
TABELA 18: AVALIAÇÃO DE “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	155
TABELA 19: SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES DOS USUÁRIOS DA ESF DO CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010..	163
TABELA 20: COMPARAÇÃO DE RESULTADOS DOS INDICADORES CHAVES ENTRE ESTUDO EUROPEP EM PORTUGAL E O PRESENTE ESTUDO	182

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O MÉDICO, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	135
GRÁFICO 2: AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS MÉDICOS, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	137
GRÁFICO 3: AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO E APOIO, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	139
GRÁFICO 4: AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	141
GRÁFICO 5: AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO CENTRO DE SAÚDE, POR USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	143
GRÁFICO 6: COMPARATIVO DE INDICADORES CHAVES DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DA ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	144
GRÁFICO 7: AVALIAÇÃO DE RESPOSTAS “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEGUNDO SEXO, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	148
GRÁFICO 8: AVALIAÇÃO DE RESPOSTAS “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEGUNDO NÍVEIS DE ESCOLARIDADE, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	151
GRÁFICO 9: AVALIAÇÃO DE RESPOSTAS “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEGUNDO AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	154
GRÁFICO 10: AVALIAÇÃO DE RESPOSTAS “BOM” E “MUITO BOM” DOS INDICADORES CHAVES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	157
GRÁFICO 11: ÍNDICE GLOBAL SEGUNDO SEXO, NÍVEL DE ESCOLARIDADE, AUTO-PERCEPÇÃO DE SAÚDE E FAIXA ETÁRIA, ESF, CSEGSF, MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, 2010	158

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS ASPECTOS RELACIONADOS À QUALIDADE.....	42
QUADRO 2: DIMENSÕES DA QUALIDADE SEGUNDO DIVERSOS AUTORES	42
QUADRO 3: CARACTERÍSTICAS DA APS QUE DIFICULTAM A IMPLEMENTAÇÃO DA GARANTIA DA QUALIDADE EM APS SEGUNDO SELLES (1993)	45
QUADRO 4: MODELO DINÂMICO DA SATISFAÇÃO DA MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL	57
QUADRO 5: MODELO HOLÍSTICO DE SATISFAÇÃO	65
QUADRO 6: SISTEMATIZAÇÃO DO CONCEITO E FATORES QUE INTERFEREM NA SATISFAÇÃO SEGUNDO DIFERENTES AUTORES66 AUTOR.....	66
QUADRO 7: SISTEMATIZAÇÃO DAS DIMENSÕES PARA MEDIR A SATISFAÇÃO SEGUNDO OS DIFERENTES AUTORES	69
QUADRO 8: DIFERENÇA ENTRE OS CONCEITOS DE SATISFAÇÃO E RESPONSABILIDADE	82

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: GRADUAÇÃO DAS RESPOSTAS DE SATISFAÇÃO DO INSTRUMENTO EUROPEP	112
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB -	Atenção Básica
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AMQ -	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS -	Atenção Primária a Saúde
CAA -	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CSEGSF-	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DAB -	Departamento de Atenção Básica
ENSP -	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
EUROPEP -	<i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i>
FIOCRUZ-	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE -	Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicada
IDH-	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS -	Ministério da Saúde
NHS -	<i>National Health Service</i>
NOB -	Norma Operacional Básica
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PAC -	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool -	Primary Care Assessment Tool
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMS -	Pesquisa Mundial da Saúde
PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROESF-	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em grandes centros urbanos
PSF -	Programa de Saúde da Família
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SF -	Saúde da Família
SIPS -	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFRJ -	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USF -	Unidade de Saúde da Família
TEIAS -	Território Integrado de Atenção à Saúde

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a definição de atenção primária à saúde desenvolvida por Starfield vem sendo muito difundida. Segundo a definição de Starfield (2002), a atenção primária “*é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe*” (Starfield, 2002:26).

Starfield (2002), salienta ainda que um sistema de atenção primária adequado é capaz de reduzir ocorrência de situações indicativas de cuidados insatisfatórios como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, longos intervalos para visitas de seguimento, dificuldades de acesso a serviços de referência, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória.

No Brasil, durante as últimas décadas, grandes mudanças foram realizadas na organização do sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde com base na descentralização (regionalização) e reorganização funcional. Dentre essas mudanças para reorganização do modelo de saúde, a atenção básica obteve um relativo destaque, com a introdução de programas inovadores e estratégicos com objetivos de realizar mudanças no modelo assistencial oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Macinko et al, 2003). Programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) de 1994, foram implantados.

Em 1994, o PSF foi definido como *“um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária”*. No escopo das atividades foram incluídos, programação, grupos terapêuticos e visitas domiciliares (Brasil, 1994).

Se no primeiro documento ministerial de 1994, o PSF é entendido com um programa, no referencial que se segue, com a publicação ministerial de 1998, o manual “Programa de Saúde da Família – Saúde dentro de casa” enfatiza-se o caráter substitutivo da assistência do PSF e que este possibilitaria uma mudança das práticas centradas nos princípios da vigilância em saúde (Conill, 2002). O PSF passa a ser considerado uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais (Conill, 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF) se consolidou como a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica (AB) em 2006, através da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM 648/2006) que caracteriza a Atenção Básica *“por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”*(Brasil, 2006:10).

A substituição do modelo tradicional pela Estratégia de Saúde da Família, com enfoque na integralidade do sistema e práticas de saúde, implica em custos e o enfrentamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas marcadas pela tendência de extensão das equipes aos grandes centros urbanos e descentralização de responsabilidades com a média e alta complexidade com vistas à integralidade do sistema e das práticas de atenção à saúde (Rocha et al, 2008).

Implementar essa concepção abrangente ou integral de APS implica a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta de serviços de baixa qualidade (Giovanella et al, 2009).

Com a política sustentada ao longo da década, no início de 2011 o total de Equipes de Saúde da Família implantadas eram 31.883 em 5.290 municípios do país, atingindo assim a cobertura populacional de 52% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 97 milhões de pessoas (Ministério da Saúde).

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe a necessidade de qualificação da atenção básica ofertada à população, tornando necessário dessa forma o desenvolvimento e implementação de ferramentas que permitam a avaliação da implantação da Estratégia de forma permanente, para orientar com agilidade o processo decisório, e melhorar os resultados para a população assistida pela ESF.

Os desafios enfrentados pela gestão dos sistemas e serviços de saúde refletem a acelerada expansão ocorrida no Brasil nas últimas décadas, especialmente no âmbito da atenção básica, mas também, a baixa capacidade de investimentos financeiros no setor para qualificação das ações existentes e para criação de intervenções de retaguarda aos serviços que tiveram suas ações ampliadas. Essa conjuntura tem levado tanto à busca por inovações nos métodos de gestão e da atenção, quanto aos processos e instrumentos que subsidiem

novas práticas na operacionalização dos princípios e diretrizes do sistema (Alves et al 2010:146).

Entre as inovações produzidas, encontra-se a modificação nas práticas avaliativas e sua articulação a outras atividades de gestão. Muitas iniciativas com foco na avaliação da ESF vêm sendo desenvolvidas no Brasil nas últimas décadas. Pesquisas vêm sendo incentivadas pelo Ministério da Saúde para avaliações dos serviços de saúde para nortear a elaboração e reorientação de políticas e programas na AB, contudo, a avaliação da ESF desde a perspectiva dos usuários ainda é escassa.

A garantia de qualidade em APS deve se caracterizar por uma série de atividades que se desenvolvem de forma cíclica incluindo a avaliação de cuidados, as tomadas de medidas corretoras e a reavaliação para verificação das melhorias obtidas e não como se observa na prática onde a avaliação muitas vezes é caracterizada como momentos estanques, objetivando assim produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Saturno, 1993, Donabedian 1990)

A qualidade da APS ganhou destaque diante das reformas dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas. Aspectos como a universalidade e a garantia do acesso aos cuidados primários de saúde têm sido preconizadas nas reformas em diversos países, representando assim uma forma de alcance de uma maior equidade e da satisfação das expectativas dos usuários (Campos, 2005 a).

A avaliação desde a perspectiva dos usuários sobre a prática da ESF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência da Estratégia de Saúde da Família. Para Cotta (2005) a comunidade deve ser reconhecida como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde e permitir a sua adequação às expectativas da comunidade adscrita (Cotta, 2005).

Com o propósito de apoiar o desenvolvimento de instrumentos para avaliação rotineira da atenção básica principalmente pelas equipes de saúde da família, a presente dissertação adaptou o instrumento de avaliação chamado European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP). Este é um instrumento específico de avaliação da satisfação dos usuários que permite comparações da qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de atenção primária, e é rotineiramente aplicado em países europeus. A adaptação do instrumento foi testada por meio da aplicação na comunidade de Manguinhos do Rio de Janeiro.

Dado que a satisfação dos usuários na Estratégia de Saúde da Família não é usualmente monitorada e que temos uma ausência de instrumentos do Ministério da Saúde brasileiro de avaliação da satisfação dos usuários direcionados especificamente para a Estratégia de Saúde da Família que sejam de fácil, rápida aplicação e validados, destacam-se como questões para a investigação: Como deveria ser um instrumento de avaliação da satisfação dos usuários da Estratégia de Saúde da Família? De que forma os usuários avaliam a Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos?

Para compreender mais sobre o tema, pelo menos três conceitos são chaves: satisfação, responsividade e humanização. O conceito de satisfação, com sua diversidade de conceituações, suas dimensões de análise, instrumentos e metodologias de pesquisa, os problemas e possíveis vieses na aferição da satisfação.

A satisfação é um processo dinâmico e que pode ser influenciado por uma série de fatores como percepção do estado de saúde e da doença, crença, características sócio demográficas e por conta desse conceito multidimensional, a satisfação com os cuidados de saúde pode ser caracterizada como uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde, desde aspectos relacionadas ao acesso, infra-estrutura, até a interação usuário-profissional, e dos resultados em saúde (Esperidião e Trad 2005, Crow et al 2002, Ware 1981, Ferreira e Raposo 2006, Fitzpatrick 1991).

O segundo conceito chave, o da responsividade é um conceito relativamente novo que foi introduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através do relatório da OMS sobre a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde de 2000. A responsividade se refere ao quanto o sistema se adéqua às expectativas dos usuários (Darby et al, 2000, Valentine et al, 2003, Silva, 1999, Vaitsman e Andrade, 2005).

O terceiro conceito chave é o da humanização que se relaciona com os dois anteriores, pois a humanização tem componentes políticos que se referem à garantia dos direitos do usuário, que pode ser medida através de conceitos operacionais de satisfação e responsividade (Brasil, 2008, Vaitsman e Andrade, 2005).

No intuito de contribuir sobre o tema, a presente dissertação está estruturada da seguinte forma: inicia com breve revisão bibliográfica abordando a questão da avaliação da Atenção Básica no Brasil, contextualizando principalmente a necessidade de institucionalização da avaliação dentro dos processos de trabalhos dos serviços de saúde, apontando também a discussão da qualidade na APS e sua relação com a satisfação dos usuários.

O capítulo seguinte aborda os conceitos chaves para a discussão da avaliação desde a perspectiva dos usuários, são eles: o conceito de satisfação, responsividade e humanização.

O terceiro capítulo da revisão bibliográfica descreve alguns dos instrumentos utilizados em pesquisas para a avaliação por parte dos usuários, com uma abordagem especial para o EUROPEP, o instrumento utilizado no presente trabalho.

Em seguida é apresentado o Objetivo da pesquisa de mestrado, que foi adaptar instrumento de avaliação da satisfação do usuário, adequado à ESF, tendo por base o instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP).

O próximo capítulo de metodologia, apresenta a caracterização do local de estudo, o instrumento de pesquisa utilizado, o processo de adaptação do instrumento, a população de

estudo e os critérios de elegibilidade dos sujeitos de pesquisa, o trabalho de campo realizado, a tabulação e análise dos dados e por último os limites apresentados pelo método de avaliação utilizado.

Para melhor apresentação dos resultados, estes foram organizados em cinco tópicos, são eles: o perfil dos usuários entrevistados, as características de marcação e pontualidade das consultas e visitas domiciliares, os indicadores chave de satisfação, as análises cruzadas realizadas entre características dos usuários e os padrões de satisfação, e por fim, as sugestões e reclamações apontadas pelos usuários.

A discussão dos resultados com base na literatura revisada, também foi dividida em aspectos importantes, como o perfil dos usuários, as dimensões da satisfação (através dos indicadores chave), a comparação com outras aplicações do EUROPEP e por último a discussão a respeito da metodologia aplicada. O último capítulo é composto pelas considerações finais sobre o estudo e sua aplicabilidade em outros casos.

O presente trabalho foi realizado em parceria com a equipe do Programa de Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) sob a coordenação do Professor Doutor Carlos Eduardo Aguilera Campos, que desenvolve um projeto sobre avaliação da ESF desde a perspectiva dos usuários através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde) em parceria com o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

2 JUSTIFICATIVA

Conhecer em que medida os serviços de saúde conseguem responder às necessidades e expectativas dos usuários é de fundamental importância para serviços que se propõem a desempenhar o papel de porta de entrada preferencial do sistema de saúde e a manter com a clientela um vínculo permanente ao longo da vida, como pretendem ser as unidades de Saúde da Família no Brasil.

O monitoramento da satisfação dos usuários é importante para fins de garantia de qualidade de serviço, na avaliação dos tratamentos, e porque a satisfação pode afetar os resultados em saúde (Fitzpatrick, 1991)

Segundo Corrales et al (2006), *policy makers* e gestores frequentemente medem apenas aspectos parciais dos serviços. Em muitos casos, há dúvida se os indicadores de desempenho informam sobre o resultado final dos cuidados de saúde, ou simplesmente se oferecem uma descrição de como o processo de cuidados tem sido conduzido.

Com isso, Corrales *et al* (2006) propõem uma avaliação dos resultados finais do processo de cuidados de saúde que inclui a perspectiva dos usuários entre três dimensões propostas: 1) impacto na dimensão saúde, avaliada pela mortalidade e morbidade ou por questionários de auto-avaliação de saúde, 2) a **dimensão de satisfação**, definida como o nível em que as expectativas do usuário do serviço são cumpridas e 3) a dimensão econômica, que é o custo dos serviços prestados.

Segundo Fitzpatrick (1991), há três razões para além de pressões externas dos governos, das entidades profissionais e autoridades de saúde do porquê os profissionais de saúde devem levar a sério a satisfação do paciente como uma medida. Primeiro, porque a avaliação da satisfação pode desempenhar um importante papel na medida de resultados, sendo um preditor se os pacientes seguem seus tratamentos recomendados, surgindo assim indícios de que a satisfação está relacionada com a melhoria do estado de saúde (Fitzpatrick, 1991).

Em segundo lugar, a satisfação do paciente é uma medida cada vez mais útil para avaliar consultas e padrões de comunicação, como o sucesso de prestar informações e de envolver o paciente nas decisões sobre os cuidados (Fitzpatrick, 1991).

E terceira razão ressaltada pelo autor é que esse retorno dado pelo paciente, através da sua opinião sobre a satisfação em relação ao serviço pode ser usado sistematicamente para escolher entre modos alternativos de organização e prestação de cuidados de saúde, como o tempo de consulta ou de regimes de horário de atendimento (Fitzpatrick, 1991).

Sendo assim os potenciais benefícios do envolvimento dos usuários passam por uma utilização mais adequada, melhores resultados, maior motivação e satisfação e obviamente menos reclamações, tornando imperioso o surgimento de novas abordagens que facilitem a verdadeira e robusta colaboração entre profissionais, usuários e gestores (Santos et al, 2007).

No mesmo sentido, para Bleich et al (2009), a avaliação desde a perspectiva dos usuários pode se configurar como uma variável dependente, resultante da qualidade da prestação do serviço do serviço de saúde, sendo uma ferramenta para investigar a efetividade e resolutividade apresentadas pelo serviço, além de ter a capacidade de identificar formas de melhorar a saúde, reduzir os custos e implementar reformas nos sistemas de saúde (Bleich et al, 2009).

Os usuários devem, portanto poder emitir opiniões para que se possa conhecer não só sua opinião sobre o cuidado prestado, mas também, se possível, em que medida estes cuidados, de que foram alvos, contribuíram para melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. Assim este conhecimento pode servir como subsídio para o aprimoramento não só da Atenção Primária, mas também da atenção como um todo em seus diversos níveis do sistema.

A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada por se constituir um indicador sensível da qualidade do serviço e também por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (Trad et al, 2001).

Atualmente, a satisfação dos usuários é considerada como o objetivo fundamental dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos, pois segundo Santos et al (2007), esta posição está associada a seu valor de mediador de adesão terapêutica, a evidências que a satisfação está diretamente relacionada com os resultados dos cuidados em saúde, influenciando comportamentos de doença e saúde e do crescente papel do usuário enquanto consumidor (Santos et al, 2007).

Pacientes satisfeitos são mais otimistas sobre sua situação, têm se mostrado mais complacentes e cooperativos, além de ser mais provável a participação ativa no regime de tratamento (Crow et al, 2002).

Por outro lado, frustrados ou estressados, pacientes que tem suas expectativas não cumpridas podem não responder cabalmente às intervenções terapêuticas.

Além disso, conforme estudos de Crow et al (2002), uma compreensão dos fatores que contribuem para satisfação, e as tentativas de promover os atributos de cuidados, têm o potencial para colher um retorno ao serviço de saúde sob a forma de utilização mais eficaz dos medicamentos e recursos de serviços de saúde (Crow et al, 2002).

Diversos estudos mostram que há influência da satisfação na adesão ao tratamento. Esta é compreendida como um compromisso que se estabelece entre o paciente e o profissional/equipe de saúde de colaborar ativamente na delimitação e na execução de um projeto terapêutico. A adesão é um processo que se inicia antes de decisão de se usar medicamentos. Começa antes, com a construção de vínculos e das condições que possam consolidar uma boa relação paciente profissional/equipe de saúde (Albuquerque e Devaza, 2009).

Uma boa adesão do paciente está relacionada à assiduidade ao serviço e ao cumprimento da terapêutica, sem isso é muito difícil consolidar um vínculo continuado de médico-paciente (Kloetzel et al, 1998).

No estudo de revisão de Esperidião e Trad (2006) em 56 artigos publicados em revistas indexadas pelo MEDLINE e Web of Science, de 1970 a 2005, encontrou que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, fornecem informações importantes para o prestador, e ainda, o fato de que os pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida.

A preocupação com a satisfação dos usuários tem se desenvolvido também nos serviços privados de saúde com o intuito de responder as expectativas dos clientes/consumidores e evitar que estes mudem ou escolham outro prestador de serviços. A satisfação do cliente é vista como chave para o sucesso financeiro do prestador privado.

Contudo, quando a saúde é publicamente prestada, tal como no *National Health Service* (NHS) o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, os usuários têm direito de que suas opiniões sejam tomadas em conta quando os serviços estão sendo planejados e avaliados, argumentam Crow et al (2002). No sistema público a regulamentação de mecanismos de garantia de qualidade é projetada para aumentar a responsabilização de gestores e profissionais de saúde e além de garantir que a norma básica de um conjunto de cuidados ofertados à sociedade esteja sendo realizada, e, também para salvaguardar os direitos dos doentes (Crow et al, 2002).

A perspectiva do paciente é considerada um elemento importante no processo avaliativo dos serviços de saúde, porque os pontos de vista dos profissionais e especialistas sobre a experiência de cuidado e os resultados em saúde podem variar significativamente de importância em relação aos de seus clientes.

Ao contrário das críticas excessivas relacionadas à subjetividade da avaliação dos usuários, de acordo com Fitzpatrick, (1991) os estudos de percepções e de opinião dos usuários cada vez mais têm demonstrado que têm propriedades robustas em termos de confiabilidade e reprodutibilidade.

Segundo Kloetzel et al (1998), numerosos são os trabalhos que demonstram a confiabilidade dos inquéritos de satisfação, assim como a correlação com a adesão ao tratamento.

Mesmo que a mensuração da satisfação do usuário seja um processo complexo, a difusão da concepção da administração pública com foco para a qualidade, aliada ao crescimento dos movimentos dos consumidores, confere aos usuários um importante papel na avaliação dos serviços de saúde.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como o modelo de Atenção Primária à Saúde orientadora da reorganização dos serviços do Sistema Único de Saúde, porém existe uma grande diversidade de realidades no país, no que diz respeito às instalações, aos processos de trabalho e à qualidade assistencial das equipes.

Assim, torna-se fundamental, a pesquisa desde a perspectiva de usuários, tanto para a avaliação da satisfação com relação aos serviços, como também para a avaliação da qualidade do processo assistencial.

A ESF de certa forma busca uma ruptura de alguns paradigmas, incorporando novas formas de agir e pensar na perspectiva da mudança do modelo assistencial, possibilitando a incorporação de sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde, possuindo grande potencial de reconstrução das práticas, e a avaliação rotineira da qualidade dos serviços pelos usuários pode imprimir nova direcionalidade a estas práticas.

O usuário deve assumir o papel de protagonista, o que pressupõe reconhecer a presença do outro e as interações subjetivas (Aires, 2005).

Nesta reconstrução, com o atual processo de fortalecimento da ESF, após mais de uma década de expansão e consolidação, a implementação de propostas de avaliação da qualidade da Estratégia constitui-se como uma prioridade para o Sistema Único de Saúde, sendo crucial a análise em relação à resolutividade desse modelo de atenção a saúde

principalmente em relação a questões como acessibilidade, relação profissional- usuário, adesão ao tratamento, componentes dos estudos de satisfação.

Apesar da existência de alguns estudos que abordam as percepções e experiências vividas dos usuários em relação aos sistemas e serviços de saúde, não é usual incluir na avaliação no Brasil, a utilização de critérios de satisfação. Poucos são os estudos empíricos, que buscam ampliar os resultados para além de alcance de metas de produção. A aplicação rotineira de instrumentos de avaliação desde a perspectiva dos usuários pode contribuir nesta direção.

Ainda que as iniciativas de avaliação da ESF no Brasil tenham se multiplicado nos últimos anos, até o momento não foram desenvolvidos instrumentos de avaliação dos serviços desde a perspectiva dos usuários para uso rotineiro.

Ressalta-se assim a pertinência do desenvolvimento de um referencial próprio de pesquisa desde a perspectiva dos usuários para o Brasil e principalmente que avalie a ESF.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) que é uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família, não incorporou em sua versão inicial um instrumento para avaliação pelos usuários. Atualmente está em construção pelo MS uma proposta de avaliação pelos usuários como mais um caderno do AMQ.

3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A avaliação em saúde ganha destaque, pois implica em um processo de reconhecimento de atores e aspectos sociais, políticos e culturais relacionados ao objeto a ser avaliado (Pinheiro e Junior, 2009).

A avaliação não pode se limitar à verificação de regras e normas, mas constituir-se como uma ferramenta democrática e de empoderamento dos cidadãos na afirmação de seus direitos (Pinheiro e Junior, 2009).

No Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde e os avanços no processo de descentralização, houve um aumento da relevância dos serviços e programas na área da saúde pública, gerando questionamentos sobre a qualidade dos serviços prestados, as tecnologias utilizadas e os modelos assistenciais implementados, ressaltando assim o papel da avaliação (Novaes, 2000 apud Furtado, 2007).

Nas últimas décadas, com a expansão da cobertura da ESF, diversas iniciativas têm a avaliação em saúde como o foco, principalmente da Atenção Básica, e vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil. Estas incluem, desde a realização de pesquisas de cunho acadêmico, que têm como objetivo a avaliação de serviços de saúde de Atenção Básica, até a incorporação, pelo MS, da necessidade de pesquisas avaliativas para subsidiar a elaboração de políticas e programas e a difusão dos seus resultados (Felisberto, 2006).

Segundo Silva (2005), o campo da avaliação apresenta diversidade conceitual e pluralidade metodológica, e, persiste uma importante lacuna relacionada à incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação.

Contandriopoulos et al (1997), identificam quatro estágios no desenvolvimento dos conceitos de avaliação. No primeiro, ressalta-se a avaliação como essencialmente técnica e refere-se à aplicação de instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados.

No segundo estágio, a avaliação passa a descrever como os programas se articulam para alcançar resultados. No terceiro estágio, o julgamento fundamenta a avaliação. O quarto e último estágio vêm configurando-se mais recentemente, quando a avaliação é entendida como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Alguns autores identificam também dois tipos de avaliação: a *avaliação normativa* e a *pesquisa avaliativa*. Segundo Contandriopoulos et al (1997), a avaliação normativa é a atividade que faz julgamentos sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização, os serviços ou os bens produzidos, e os resultados obtidos, com critérios e normas. E corresponde às funções de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade.

A pesquisa avaliativa, por sua vez corresponde ao julgamento sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular utilizando para isso recursos da metodologia científica, sendo as práticas mais avaliadas as resultantes da ação social como políticas, programas e serviços de saúde (Silva, 2005).

Segundo documento do Ministério da Saúde, a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um processo de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (Brasil, 2003)

Outra definição importante a salientar é a de Contandriopoulos et al (1997): a avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre quaisquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Na opinião de Hartz (2000), tanto o monitoramento quanto a investigação normativa e a pesquisa avaliativa são ferramentas de gestão, mas o monitoramento é voltado para a

análise continuada a partir dos sistemas de informação, acompanhamento de procedimentos, produtos e situações de saúde. A avaliação é facilitada pelo monitoramento, que utiliza informações complementares e deve focalizar a efetividade ou impacto das mudanças produzidas. Dessa forma, enquanto o monitoramento busca acompanhar o alcance das metas, a avaliação julga se essas metas e objetivos foram alcançados, e os motivos de seu alcance ou não.

No Sistema Único de Saúde (SUS) as diferentes esferas de governo possuem suas responsabilidades no que concerne à avaliação das ações e serviços de saúde em seu território. No que se refere à Atenção Básica os principais mecanismos surgiram a partir da Norma Operacional Básica – 96 (NOB/96) que destaca a necessidade de aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados, e do impacto das ações sobre as condições de saúde da população.

Em 1999, com o intuito da criação de instrumentos que visassem orientar o processo de avaliação e monitoramento no âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, tendo como objeto de negociação as metas a serem alcançadas em relação a indicadores acordados.

Em 2006, o MS lançou o Pacto de Gestão que explicita a opção dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em fortalecer os compromissos e as responsabilidades dos entes federados, o que ocorre mediante processos de pactuação. Em assim sendo, se induz ao monitoramento e avaliação dos pactos estabelecidos; ou seja, a prática avaliativa se torna inerente ao processo. Ela ainda está contida nos eixos do pacto, onde é possível identificar um elenco de compromissos relacionados a esta prática, a serem aperfeiçoadas e institucionalizadas (Alves et al, 2010). **Institucionalização da avaliação da Atenção**

Básica

A avaliação de qualidade na Atenção Básica tem merecido um olhar privilegiado pelo Ministério da Saúde nos últimos anos. No ano de 2000, foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) da Atenção Básica, inicialmente denominada de

Coordenação de Investigação, num contexto de reorganização interna do Ministério da Saúde, com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) (Brasil, 2001).

Em 2003, tendo como cenário a expansão da ESF, colocando em questão novos desafios, principalmente relacionados à qualificação das equipes e à resolubilidade, o Ministério da Saúde redefiniu a missão da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) da Atenção Básica que passou a ser a de monitorar e avaliar / instrumentalizar a gestão e fomentar/ consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS.

É nesse sentido que a CAA propôs a política de institucionalização da avaliação, com o propósito de reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, e divulgando para a sociedade, as conseqüências e efeitos da implantação e implementação das políticas de Atenção Básica (Brasil, 2005).

A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica é composta por 6 componentes (I) monitoramento e avaliação; (II) desenvolvimento da capacidade avaliativa; (III) articulação sistemática e integração das ações; (IV) cooperação técnica e articulação institucional; (V) indução e gestão de estudos e pesquisas e (VI) produção de informação e comunicação. (Brasil, 2005)

Segundo publicação do DAB (Brasil, 2006), a Política Nacional de Monitoramento da Atenção Básica possui quatro focos centrais, contemplados nos seis componentes. O primeiro foco é o municipal, que tem como projetos estratégicos: estudos de linha de base; monitoramento do componente I do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF); e Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. O segundo foco é o estadual, onde se destaca o projeto de fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde. O terceiro foco é o federal que teve como alvo a mobilização interna, articulação intra e inter-setorial e qualificação da equipe em monitoramento e avaliação. Por fim, o quarto foco refere-se às instituições de ensino e pesquisa, cujo envolvimento se deu com os estudos de linha de base, a rede de centros colaboradores e o fomento e gestão de estudos e pesquisas. (Brasil, 2006 a)

A Política Nacional de Atenção Básica apresenta princípios, fundamentos e áreas de atuação da Atenção Básica, bem como as responsabilidades e as competências de cada esfera de gestão. Dentre os fundamentos estabelecidos nesta portaria, destaca-se o processo de avaliação e acompanhamento sistemático e descentralizado dos resultados alcançados, como parte integrante do processo de planejamento e programação das esferas de governo (Brasil, 2006).

A referida Política traz como responsabilidades tanto do nível federal, estadual e municipal, o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégicos organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica; assim como a definição de estratégias de articulação entre os níveis de gestão do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica; realizando também o monitoramento e avaliação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e estabelecendo outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da ESF no âmbito estadual (Brasil, 2006).

O desenvolvimento atual de diferentes iniciativas no campo da avaliação da AB/APS, representa a tentativa de resgate da compreensão destes diversos aspectos relacionados à implementação das práticas avaliativas nas diferentes dimensões do sistema, bem como, a busca da superação das dificuldades para sua aplicação e, para com base nisso, estruturar sistemas de avaliação que possibilitem promover mudanças com vistas ao alcance de melhores resultados em saúde.

Este destaque da avaliação na Política Nacional de Avaliação de 2006 sugere avanços na institucionalização da Atenção Básica.

Para além das questões anteriormente apontadas o processo de institucionalização da avaliação deve estar vinculado à elaboração de uma política clara de avaliação de programas e políticas no âmbito do SUS, da qual a política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica deve fazer parte, sendo importante na sua formulação, o envolvimento dos diversos atores e a definição de responsabilidades (Brasil, 2005).

Destacam-se aspectos apontados por Takeda e Talbot (2006:569), que visam contribuir para a institucionalização da avaliação da Atenção Primária à Saúde, a partir das seguintes questões:

a) *clara definição dos objetivos da avaliação*, uma vez que avaliar a APS significa avaliar, entre os elementos que a constituem, aquelas características únicas, particulares que a definem;

b) *conhecimento do que é APS e o reconhecimento da forte ligação entre APS e equidade em saúde*, e dessa forma, diferentes atores devem conhecer claramente os elementos operacionais da APS, seus significados, indicadores de avaliação, vantagens e limitações de cada um em termos do alcance dos princípios do SUS e de melhores resultados em saúde;

c) *necessidade de criar uma "inteligência" em APS*, inteligência entendida como a disponibilidade de informação essencial para a tomada de decisões, contribuindo para a efetivação destas ações;

d) a revisão das bases de dados nacionais;

e) a *escolha dos indicadores* para se avaliar a qualidade da APS e seus resultados;

f) *capacitações de equipes técnicas* para aquisição de competências avaliativas e *demais atores*, no entendimento do que são a APS e o SUS, na identificação das necessidades em saúde, na interpretação dos indicadores e no aprimoramento das formas de conhecer-se a complexa realidade.

Teixeira (2006:573) destaca a importância da participação da população na avaliação dado: "(...) o risco tecnocrático implícito no processo de incorporação da avaliação nas instituições e serviços de saúde. Ou seja, com a possibilidade de as práticas avaliativas se transformarem em um mero ritual, como acontece, em larga medida, com o processo de planejamento e programação das ações de saúde nas várias instâncias de gestão do SUS.

Devendo, portanto, levar em conta os sujeitos desses processos, quer os dirigentes e a burocracia governamental, quer os profissionais e trabalhadores de saúde, quer a população, vista não apenas enquanto usuários, consumidores dos serviços produzidos, senão enquanto sujeitos, cujo protagonismo, na tomada de decisão e no controle e avaliação da gestão do sistema, vem sendo, inclusive, estimulado no processo de construção do SUS”.

A política de institucionalização da avaliação da Atenção Básica, conduzida pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do MS, que a partir de 2004 tem como eixo o desenvolvimento da capacidade técnica em avaliação das estruturas gestoras estaduais e destaca-se como um dos objetivos da referida política: “Identificar aspectos relevantes da AB para serem monitorados e avaliados, com destaque para o Programa Saúde da Família (PSF)” (Felisberto, 2004).

Nesse sentido, como proposta para consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica foi desenvolvido um instrumento, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). A AMQ é uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2005 a).

Possui como eixos centrais o estabelecimento de parâmetros de qualidade para a Estratégia, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde (Brasil, 2005 a).

Foram elaborados cinco instrumentos de auto-avaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a: gestores municipais da saúde, coordenação da SF, unidade SF, equipe SF, profissionais de nível superior da SF (Brasil, 2005 a). Todavia esta metodologia de monitoramento não incorpora a perspectiva dos usuários, isto é, não há qualquer instrumento a ser aplicado aos usuários; somente instrumentos para gerentes e profissionais.

Em 2006 a AMQ apresentava 542 municípios cadastrados que corresponde a 9,74% dos municípios do país; 1101 unidades inseridas no aplicativo, 1430 Equipes inseridas no

aplicativo, 84 municípios com questionários submetidos que corresponde a 50,6% dos municípios alimentando o sistema, 15,5% dos municípios cadastrados e 1,5% do total de municípios do país e 649 Equipes com questionários submetidos (43,5% do total de equipes implantadas nestes municípios) (DAB, 2011). A AMQ, todavia, não alcançou ampla difusão no território nacional como um todo, não tendo ocorrido atualização dos dados de sua aplicação no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

O documento do DAB afirma ainda que a utilização de processos avaliativos crítico-reflexivo e contínuos contribuem para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolubilidade do sistema e satisfação dos usuários (Brasil, 2005 a), indicando preocupação do gestor federal com a avaliação da AB.

Mesmo com todos os avanços, desde investimentos financeiros, elaboração de documentos norteadores importantes como a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, até a criação de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação e a implementação da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), a incorporação da perspectiva dos usuários na avaliação em saúde e principalmente na institucionalização da avaliação na Atenção Básica, ainda se configura como um grande desafio.

4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Segundo definição de Vuori de 1993, qualidade é a capacidade de um produto ou serviço satisfazer as necessidades do consumidor e sua produção ao mínimo custo possível.

Falar de qualidade é falar de qualidade do produto que se oferece. De forma mais concreta, o que se deseja ou não, em um produto que satisfaça os requisitos estabelecidos pelos que o consomem (Saturno, 1993).

Para definir qualidade em termos operativos, temos que pensar na qualidade de um produto. A qualidade dos produtos não pode ser definida de forma abstrata, senão em função dos usuários a quem vão dirigir-se esses produtos, em relação a suas expectativas e suas necessidades (Saturno, 1993).

A avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento e sim como uma oportunidade de mudanças.

Com a crescente procura por cuidados de saúde, o aumento dos custos, a existência de recursos escassos para a saúde e a evidência de variação nas práticas clínicas, têm aumentado o interesse em medir e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em muitos países (Schneider e Palmer, 2002).

A noção de qualidade de atendimento tem sido caracterizada como uma construção social, através de um conceito multifacetado, assumindo assim vários significados que podem variar de acordo com os atores (profissionais, gestores, governos, usuários, entre outros), e em relação ao tipo de atendimento em questão, e ao contexto em que a assistência é prestada. Em vista disso, os sistemas de saúde possuem uma variedade de definições e abordagens para a avaliação da qualidade dos cuidados (Haddad et al, 1998).

A definição adaptada por Palmer (apud Saturno, 1993) pelo Programa Ibérico é: “Qualidade de Atenção é a provisão de serviços acessíveis e equitativos com um nível

profissional ótimo (qualidade técnica) que leve em conta os recursos disponíveis e alcance da adesão e satisfação dos usuários” (Saturno, 1993: 8).

Donabedian (1990) define a qualidade de atenção em saúde como o tipo de atenção que se espera que vá maximizar o bem estar do paciente, tendo em conta o balanço entre os ganhos e perdas que se relacionam com todo o processo de atenção.

Vuori (1993) destaca que todos nós temos nossas expectativas em relação à qualidade. Alguns destacam os aspectos técnicos da atenção, aqueles relacionados à habilidade dos profissionais e com o uso da tecnologia. Para outros, os aspectos psicológicos, relacionados com as experiências dos pacientes, são mais importantes (Vuori, 1993).

Para esse autor, a assistência à saúde tem vários objetivos qualitativos, que incluem: a eficácia, a efetividade, eficiência, adequação, acessibilidade, qualidade técnica científica e qualidade experimentada/ percebida. A ordem de importância desses objetivos depende de quem os contempla (Vuori, 1993).

Uma definição clássica de qualidade é a do Instituto de Medicina Americano (IOM) de 1972: “Assistência médica de qualidade é aquela que é efetiva na maioria dos níveis de saúde e o grau de satisfação da população com os recursos da sociedade e indivíduos tenham elegido para destinar a eles” (apud Saturno, 1993:8).

Saturno (1993) destaca em sua revisão que posteriormente se desenvolveram uma grande variedade de definições. O quadro a seguir retrata a evolução histórica dos princípios abordados nas definições de qualidade, e os aspectos levados em consideração.

Vale destacar a incorporação da satisfação nas avaliações de qualidade na década de 1970.

Quadro 1: Evolução histórica dos aspectos relacionados à qualidade

<i>Aspecto</i>	<i>Ano da publicação</i>
Efetividade	1916
Técnico-científico	1933
Coordenação	1958
Aceitabilidade	
Acessibilidade	
Eficiência	1973
Satisfação	1974

Fonte: Saturno, 1993

O próximo quadro também elaborado a partir da revisão de Saturno (1993), destaca mais detalhadamente as dimensões da qualidade da atenção segundo diversos autores. Ressalta-se também a dimensão da satisfação em algumas das definições.

Quadro 2: Dimensões da qualidade segundo diversos autores

Autor	Dimensões
Palmer (1983)	Competência profissional, acessibilidade, aceitabilidade/ satisfação , efetividade, eficiência.
Programa Ibérico (1990)	Qualidade técnico-científica, acessibilidade, satisfação .
Vuori (1982)	Qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência, adequação.
Nutting et al (1987)	Competência profissional, distribuição da assistência/integralidade, efetividade, eficiência, continuidade/coordenação.
Join Commission on Accreditation of Healthcare (1987)	Acessibilidade/disponibilidade, aceitabilidade, efetividade, eficiência, adequação, continuidade.
Join Commission on Accreditation of Healthcare (1989)	Acessibilidade, participação, efetividade, eficiência, adequação, continuidade, eficácia, oportunidade temporal, privacidade, confidencialidade, segurança e apoio estrutural.

Join Commission on Accreditation of Healthcare (1990)	Acessibilidade, aceitabilidade, efetividade, eficiência, adequação, continuidade, e eficácia.
Donabedian (1990)	Eficácia; Efetividade; Eficiência; Otimização; Aceitabilidade (que se sub divide em: acesso, relação profissional-paciente, amenidades, preferências do paciente em relação aos efeitos do cuidado, preferências do paciente relacionado ao custo do cuidado); Legitimidade e Equidade.

Fonte: Adaptado de Saturno, 1993.

Os critérios escolhidos para a caracterização de um serviço de qualidade não são definitivos porque nossa dinâmica social exige sempre aprimoramentos, melhorias e mudanças.

Segundo Vuori (1993), há cinco fatores que apóiam a introdução da melhoria da qualidade que são a ética, segurança do paciente, eficiência, assim como fatores relacionados ao sistema de saúde e do mercado de trabalho (Vuori, 1993).

Para Vuori (1988 apud Saturno, 1993:5) podem-se observar três tendências em relação à garantia da qualidade em saúde: a idéia da qualidade está se ampliando, os instrumentos de medida estão melhorando, e, o espectro da atenção sujeita à garantia da qualidade está ampliando-se.

Na APS, segundo Luís Pisco, “a avaliação da qualidade da atenção primária deve centrar-se no grau de êxito obtido na ajuda aos doentes”, com ênfase, portanto na efetividade e aceitabilidade. Os objetivos da atenção primária seriam: oferecer cuidados acessíveis e aceitáveis pela população, ser capaz de identificar necessidades para possibilitar a prevenção, modificar ou satisfazer o estado de saúde por meio da intervenção terapêutica, utilizando-se da melhor maneira possível as capacidades profissionais e os recursos financeiros (Pisco, s/d: 6).

A garantia de qualidade em APS para Pisco (s/d) se caracteriza por uma série de atividades que se desenvolvem de forma cíclica incluindo a avaliação de cuidados, a tomada de medidas corretoras e a reavaliação para verificação das melhorias obtidas. O objetivo é produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Pisco, s/d).

Em APS é muito freqüente que diversos atores (usuários, profissionais, gestores) tenham opiniões diferentes, inclusive opostas sobre o que é uma boa qualidade. Segundo Vuori (1993), os estudos têm mostrado que os pacientes hospitalizados valorizam em primeiro lugar a competência dos profissionais, que podem esquecer-se de outras áreas da atenção. Já, os usuários da APS têm, em geral, enfermidades menos graves e até mesmo em algumas ocasiões estão sãos. Assim, seu estado mental e físico permite aos usuários da APS observar um maior número de aspectos qualitativos da atenção que recebem, e parecem estar interessados em especial em aspectos psicossociais da atenção (Vuori, 1993).

Existem algumas questões que são relevantes para a garantia da qualidade na APS. Como a APS em geral tende a ser a porta de entrada para o sistema, os usuários apresentam uma grande variedade de queixas/patologias e essa variedade desafia a garantia da qualidade, pois incrementa as possibilidades, assim como dificulta a definição precisa de um diagnóstico. É mais difícil desenvolver critérios e normas de uma boa atenção para problemas do que para diagnósticos bem definidos (Selles, 1993).

A APS é mais do que os diagnósticos e tratamentos corretos de uma enfermidade. A APS está mais relacionada com as pessoas e seus ciclos vitais que são influenciados por distintas variáveis, são elas: biológicas, psíquicas, familiares e socioculturais que vão conformando a sua realidade, enquadram as disfunções, mal estar e sofrimento, buscando assim solução e alívio, com o acesso ao sistema de saúde (Selles, 1993).

Segundo Selles (1993), em estudos relacionados à qualidade, há características próprias do modelo de APS que propiciam certas dificuldades para a implementação da

garantia da qualidade em APS. Selles, (1993:20), destaca seis razões apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 3: Características da APS que dificultam a implementação da garantia da qualidade em APS segundo Selles (1993)

<p>1) Lugar que ocupa no Sistema de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">- Primeiro contato com os usuários (amplo espectro de problemas, difícil delimitação, questões de acesso)- Relação longitudinal com os problemas e pessoas- Integração e coordenação <p>2) Conteúdo da Prática profissional:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dimensão preventiva- Detecção e tratamento precoce- Atenção e controle de processos crônicos- Atenção a problemas agudos- Componentes psicossociais da atenção <p>3) Papel dos usuários</p> <ul style="list-style-type: none">- Adesão- Satisfação com a atenção- Participação da comunidade <p>4) Papel dos profissionais</p> <ul style="list-style-type: none">- Capacitação técnico científica- Atitude/motivação- Trabalho em equipe- Formação continuada <p>5) Falta de tradição em pesquisa em qualidade</p> <p>6) Insuficiência dos sistemas de registro</p>
--

Fonte: adaptado de Selles, 1993:20.

A primeira razão é o lugar que a APS ocupa nos sistemas de saúde. Por ser o primeiro contato com os usuários, atende um amplo espectro de problemas, com difícil delimitação e que também em muitos casos pode ser afetado por questões de acessibilidade (Selles, 1993).

Por outro lado, o desempenho do papel de porta de entrada pela APS também permite aprender muito com a opinião dos usuários e a aprender a ser atento com a qualidade (Vuori, 1993).

Outra questão ainda dentro desse primeiro item é a relação longitudinal que se estabelece com os problemas e com as pessoas. Um dos fundamentos/atributos da APS é a longitudinalidade, onde a relação se produz em diversos contatos ao longo do tempo. A continuidade da atenção para Selles (1993) está então relacionada com uma maior utilização dos serviços, um maior uso de serviços preventivos e em geral com uma melhora da qualidade (Selles, 1993).

Outra característica relacionada à posição da APS no sistema de saúde é a necessidade de integração/ coordenação com outros níveis de atenção do sistema e com outros setores sociais (Selles, 1993). É evidente que a integração da atenção tanto com setores do sistema de saúde como outros setores distintos, repercute em uma melhor atenção ao paciente e também necessita ser analisado.

A segunda razão de dificuldades de implementação da qualidade na APS é o amplo conteúdo da prática profissional. Segundo o autor, a APS se centra em manter os indivíduos e as famílias no melhor nível de saúde que seja possível com os recursos disponíveis mediante as distintas atividades, como: a prevenção, a detecção e abordagem precoce de problemas, a atenção a longo prazo dos problemas crônicos de saúde, o suporte à grande variabilidade de questões agudas e auto-limitadas, e, a atenção a usuários cujos sintomas decorrem de problemas psicossociais (Selles, 1993:22).

A terceira característica da APS que dificulta a avaliação é o distinto papel desempenhado pelo usuário. Na APS os pacientes conservam o controle e são parte ativa em sua própria atenção, decidindo quando procuram o cuidado, se realizam os tratamentos ou não, se vão modificar seus estilos de vida ou não. Outro fator muito relevante é a satisfação do usuário em relação aos serviços (Selles, 1993), dado que o cuidado deve ser longitudinal.

Estar satisfeito com o serviço é muito importante para permitir a procura daquele serviço a cada necessidade ao longo do tempo.

E outro item é a participação comunitária que pode ser um fator definidor por conta da exigência e pleito pela qualidade dos serviços de saúde.

A quarta razão é o distinto papel dos profissionais. Por um lado, a capacidade técnico-científica para a atuação em todas as atividades preventivas e curativas (enumeradas acima no tema do conteúdo da prática profissional) e, por outro, a atitude dos profissionais e motivação para o trabalho a ser realizado, complementado pela necessidade de se trabalhar em equipe (Selles, 1993). E por último o item da formação continuada, que seria como um remédio a posteriori, como uma medida corretora uma vez que se tenha detectado através de avaliações deficiências científicas e técnicas para o desempenho das atividades.

A quinta razão é a ainda escassa tradição de investigação em qualidade na APS, apesar de um grande número de publicações recentes, e a sexta e última razão das dificuldades, é a insuficiência dos sistemas de registro e informação da APS, já que estes são imprescindíveis para o desenvolvimento das atividades de garantia da qualidade.

Em nosso país, a implantação da APS tem características próprias que são suscetíveis ao aparecimento de outros problemas para a qualidade, como é o caso da implantação lenta da APS em algumas realidades, a cobertura desigual, a coexistência com outros modelos de atenção à saúde, a diferente procedência e formação dos profissionais.

A qualidade da APS ganhou destaque diante das reformas dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas, aspectos como a universalidade e a garantia do acesso aos cuidados primários de saúde têm sido preconizadas em diversos países, representando assim uma forma de alcance de uma maior equidade e da satisfação das expectativas dos usuários (Campos, 2005 a).

APS de qualidade tem sido considerada um importante requisito para a atenção de qualidade nos países, ganhando força através de evidências. Os sistemas nacionais de saúde

que priorizam as ações primárias em seu elenco de atividades, tendo a APS como eixo norteador das práticas do cuidado alcança melhores resultados em saúde e conseqüentemente maior satisfação dos usuários (Starfield, 2002).

Um conjunto de atributos se combinam para influenciar a qualidade do atendimento que é prestado. Avaliações do desempenho global de prestação de cuidados médicos podem incluir detalhes de estrutura e medidas de processo, bem como os de resultados (Donabedian, 1984). Entre as medidas de resultado Donabedian destaca também a satisfação dos usuários.

Para Crow et al (2002), embora haja muito debate sobre como a qualidade dos cuidados deve ser medida, os níveis de satisfação do usuário são sinais altamente relevantes; porque refletem a percepção dos consumidores, seus julgamentos sobre o cuidado, o sucesso dos prestadores de serviços de saúde. Refletindo assim os valores e expectativas dos clientes em relação à qualidade dos serviços de saúde.

Tem sido sugerido que a satisfação é uma condição necessária, mas não suficiente para a garantia de atendimento eficaz e que a chave para avaliar a qualidade do atendimento é uma combinação de medidas clínicas e também dos resultados centrados no paciente (Crow et al, 2002).

Argumenta-se que os pacientes não podem julgar aspectos técnicos do cuidado, e que usam como *proxies* de qualidade outros critérios para poder avaliar, como a limpeza das instalações, ou aspectos interpessoais e que não teria condições de avaliar a qualidade técnica.

Todavia, Crow (et al, 2002), na revisão da literatura realizada em seu estudo, sugere que consumidores dão avaliações válidas distintas daquelas dos profissionais. Os profissionais em geral, têm a preocupação de uma boa prática médica que por vezes, pode não gerar satisfação ou que não é totalmente percebida pelo usuário. Os usuários, por sua

vez, além dos aspectos relacionais, nem sempre considerados pelos profissionais, avaliam também os resultados em saúde.

Outro aspecto importante para a incorporação da perspectiva dos usuários na avaliação de qualidade é a garantia do direito à saúde.

Quando é realçada a avaliação na perspectiva dos usuários, conferindo centralidade no usuário como mais um avaliador legítimo, as avaliações tornam-se amplificadoras do direito dos cidadãos, podendo de certa forma influenciar no modo da oferta dos cuidados, possibilitar uma maior qualidade e resolutividade. Essas práticas de avaliação que incluem a ótica do usuário como portadores de direitos, o envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, segundo Pinheiro e Junior (2009), já que o usuário não é uma entidade passiva.

Bonet et al (2009), concorda que esse olhar do usuário enquanto sujeito ativo implica em um interesse pelas pessoas que buscam o cuidado em saúde, que imprime uma lógica própria de utilização e fluxo dos serviços de saúde, contornando assim a perspectiva reducionista que vê o usuário somente como destinatário das políticas (Bonet et al, 2009).

Segundo Fitzpatrick (1991), a satisfação do paciente, hoje, é considerada uma medida fundamental da qualidade do atendimento. Fatores que influenciam a satisfação do paciente podem desempenhar um papel significativo na determinação da qualidade da assistência ao paciente.

Como já exposto anteriormente percebe-se que já há muitos anos que a satisfação vem sendo relacionada com a qualidade.

Segundo Saturno (1993), a satisfação em saúde pode definir-se como a medida que a atenção sanitária e o estado de saúde resultante cumprem com as expectativas dos usuários. Porém o autor defende que este conceito se confunde com a aceitabilidade, que englobaria o conceito de satisfação.

O conceito então de aceitabilidade seria a medida que o paciente aceita e cumpre o plano de tratamento e cuidados prescritos.

Entre os componentes da aceitabilidade/satisfação podem-se referir pelo menos três questões diferentes, os aspectos organizativos, os efeitos da atenção recebida no estado de saúde e a maneira e trato recebido durante o processo de atenção por parte dos diversos tipos de profissionais implicados nesse processo (Saturno, 1993).

Palmer (1991 apud Saturno, 1993), resume a avaliação da qualidade em saúde pela medição de três dimensões centrais (competência profissional, acessibilidade e aceitabilidade), ajustada por três limitações, cujo conhecimento prévio é necessário: limitação na efetividade da tecnologia, limitação dos recursos disponíveis e limitações nas circunstâncias dos usuários.

Segundo Donabedian (1984), o enfoque tradicional focado nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, ao definir estratégias, critérios e padrões de medição da qualidade, o conceito de qualidade permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas (pacientes) na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade.

De acordo com os pressupostos de Donabedian (1984; 1990), o conceito de satisfação estaria inserido nos três componentes de avaliação dos cuidados à saúde que segundo o autor são: estrutura, processo e resultado, porém a satisfação está mais relacionada aos resultados.

A avaliação segundo critérios que envolvem estrutura processo e resultado permite ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, identificação dos problemas, trazendo assim a necessidade de buscar estratégias para a correção dos aspectos não satisfatórios (Campos, 2005).

Em relação a cada um desses componentes da avaliação desde a perspectiva dos usuários: nos resultados a perspectiva do usuário deve ser considerada para a avaliação da

efetividade do cuidado e a própria satisfação. No caso dos processos estaria ligado, por exemplo, à relação profissional e usuário, e em relação à estrutura, a avaliação na perspectiva do usuário pode auxiliar para a melhoria das instalações e insumos.

Para Saturno (1993), os usuários apreciam como determinantes da qualidade o trato interpessoal, a acessibilidade e os resultados concretos de melhora em seu estado de saúde e o bem estar e curto prazo (Saturno, 1993).

Estudos de satisfação dos usuários estão desempenhando um papel cada vez mais importante na avaliação da qualidade dos cuidados, de reformas desenvolvidas nos sistemas de saúde e, da prestação de cuidados de saúde em geral. No entanto, nos estudos de satisfação dos usuários não há ainda uma definição de satisfação universalmente aceita (Bleich et al, 2009).

Os estudos de satisfação geralmente possuem dois focos principais: enquanto alguns focam em pesquisas da satisfação do paciente com a qualidade e o tipo de cuidados de saúde recebidos, o outro foco baseia-se na satisfação das pessoas com o sistema de saúde em geral. Segundo, Bleich et al (2009) a importância de ambas as perspectivas tem sido demonstrado na literatura.

4.1 Conceitos chaves: Satisfação, Responsividade e Humanização

Para compreender mais sobre o tema, pelo menos três conceitos são chaves. São eles: o conceito de satisfação, com sua diversidade de conceituação, suas dimensões de análise, instrumentos e metodologias de pesquisa, os problemas e possíveis vieses na aferição da satisfação. O segundo conceito, o da responsividade é um conceito relativamente novo, e por último, o conceito da humanização que se relaciona com os dois anteriores.

4.1.1 Satisfação: conceitos na literatura

No Brasil, como mencionado, a avaliação da APS na perspectiva do usuário ainda não é uma prática corriqueira. Tendo em vista que o cuidado é um dos principais e mais importantes produtos da assistência oferecida, torna-se imprescindível uma avaliação nesta perspectiva.

Segundo, Crow et al (2002), no dicionário as definições atribuem a satisfação, o termo satis a raiz latina, que significa basta. Algo que satisfaça irá cumprir adequadamente expectativas, necessidades ou desejos, e, dando o que é necessário. Isto se aproxima do significado no dicionário Aurélio onde satisfação é: “contentamento, prazer que resulta da realização do que se espera, do que se deseja”.

Segundo Esperidião e Trad (2006) os estudos de satisfação se sobressaem na literatura na década de 1970 com destaque para os Estados Unidos e Inglaterra inseridos no paradigma de consumismo e da cultura da qualidade.

No campo da saúde, as pesquisas de satisfação do paciente na década de 70 tinham como objetivo conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento.

No Brasil, os estudos de satisfação destacam-se na década de 1990, com a promoção do conceito de *accountability* (com o sentido de prestação de contas), juntamente com o fortalecimento da participação da comunidade nas decisões, nos processos de avaliação e planejamento (Esperidião e Trad, 2005:304).

Ao analisar a questão da avaliação pela perspectiva dos usuários, algo que se deve observar é a diversidade de termos que são utilizados na literatura para a sua definição.

Esperidião e Trad (2006) relatam o uso da palavra cliente, sendo essa referida mais ao setor privado, onde o usuário assume o papel de consumidor; já o termo usuário não é muito utilizado internacionalmente, porém, segundo a autora, no Brasil, incorpora noções de cidadania e direito social. Em Portugal, o termo utilizado na APS é utente que significa cidadão pleno de direitos.

As opiniões dos pacientes são cada vez mais procuradas em questões como as necessidades de informação, aspectos interpessoais e organizacionais dos cuidados e no valor de tratamentos médicos (Fitzpatrick, 1991).

Dois pontos surgem em relação a essas definições. Em primeiro lugar, um sentimento de satisfação com um serviço não implica na existência de um serviço superior, mas sim que um padrão aceitável foi alcançado. A insatisfação é definida como um descontentamento, ou uma falha em relação à satisfação (Crow et al, 2002). É possível que os consumidores estejam satisfeitos a menos que algo inconveniente aconteça, e que a insatisfação é desencadeada por um evento crítico (Avis, 1995).

Em segundo lugar, a satisfação só pode ser avaliada de encontro às expectativas dos indivíduos, necessidades ou desejos. É um conceito relativo: algo que faça uma pessoa satisfeita (que adequadamente atenda às suas expectativas) e que ao mesmo tempo pode fazer outra pessoa insatisfeita (aquém das suas expectativas) (Crow et al, 2002).

Quando a satisfação é medida, os indivíduos são passíveis de avaliar um serviço ou um provedor comparando seus padrões pessoais subjetivos com a sua percepção da assistência recebida (Crow et al, 2002:1). A avaliação da satisfação é uma resposta a um juízo de valor, e é uma avaliação subjetiva ao invés de uma medida objetiva (Crow et al, 2002).

Esse tipo de avaliação tem sido descrita como uma avaliação de base cognitiva e emocionalmente afetada (Pascoe et al, 1993). Tem sido argumentado que satisfação pode ser medida em um continuum que varia de insatisfação ao muito satisfeito, e que a posição da satisfação de um indivíduo nesse continuum é afetada pelos valores, crenças e expectativas (Ware, 1981).

Outros autores sugerem que os fatores resultantes em insatisfação são ligeiramente diferentes daqueles que geram a satisfação. Segundo Eriksen (1995), pesquisas qualitativas concluíram que satisfação e insatisfação são diferentes, provenientes de diferentes construtos.

Várias abordagens têm sido utilizadas para tentar identificar os fatores que contribuem para a satisfação em saúde. Para Crow et al (2002), estes vão desde estudos que investigam como diferentes fatores co-variam até estudos mais detalhados com modelos teóricos que tentam explicar a relação entre as variáveis na base e nos princípios subjacentes.

Há um consenso que a conceitualização completa sobre satisfação com a saúde continua a ser estabelecida, e que a compreensão do processo pelo qual o usuário torna-se satisfeito ou insatisfeito por sua vez também está incompleta.

Como descreveremos adiante as abordagens são diferenciadas entre aquelas baseadas em expectativas, as derivadas das cognições e afetos, da teoria da discrepância, da dissonância cognitiva, as que se concentram em atributos dos serviços de saúde, aqueles que emanam da teoria econômica, da teoria da utilidade, da teoria do comportamento e aqueles que possuem natureza holística.

A satisfação do paciente tenta captar a percepção dos consumidores sobre a qualidade dos serviços prestados por um fornecedor ou do sistema como um todo. É um conceito complexo, influenciado por uma mistura de necessidade percebida, expectativas individuais e experiência do cuidado. Pesquisas de satisfação do paciente, por vezes, têm sido usadas como um componente de avaliação da qualidade do atendimento (Valentine et al, 2003).

Segundo definição de Pascoe (1993), a satisfação é a reação a aspectos relevantes da sua experiência com os serviços de saúde o os enfoques teóricos para compreensão da satisfação de usuários, centram-se, em geral, em aspectos psicológicos como crença, expectativas e percepções, que são as formas mais comuns de conceber esse conceito.

Para Linder Pelz (1982), satisfação é conceituada como sendo a consequência da comparação entre as expectativas, o desempenho (dos profissionais e unidades de saúde) e os resultados percebidos, envolvendo assim uma avaliação cognitiva e uma resposta emocional aos cuidados de saúde, expressando assim, uma atitude e uma avaliação do usuário quanto à qualidade percebida em relação aos cuidados de saúde obtidos.

O modelo proposto por Strasser et al (1993 apud Crow et al 2002:9), é bastante abrangente e pontua a satisfação dos usuários:

“- Como um processo dinâmico, que se altera com o tempo e entre os episódios de experiência do cuidado,

- Que se alicerça nas percepções humanas e que podem ter ou não uma base real objetiva,

- *Correlacionando o modo de agir das pessoas segundo dois níveis: primeiro o usuário como um avaliador de comportamentos e episódios de saúde (satisfação como uma variável de efeito) e segundo o usuário como uma espécie de modelador de comportamentos de saúde em relação ao futuro (satisfação como uma variável causal),*

- *Resulta em atitudes, expressas de forma cognitiva (ex. o médico que me atendeu é competente), ou afetiva (ex. me senti desconfortável com esse profissional) e que por sua vez, podem desencadear outras reações comportamentais,*

- *Um conceito multidimensional que perpassa pela avaliação dos cuidados recebidos e pela reação a todos os aspectos que o usuário considera relevante,*

- *E um processo individualizado e específico para cada pessoa devido a fatores sócio-demográficos, valores, crenças, expectativas, experiência anterior com os cuidados saúde e o estado de saúde atual” (Strasser et al 1993, apud Crow et al 2002:9).*

Para a definição dos graus de satisfação, Weaver et al (1997) sugerem como aspectos fundamentais: os ideais subjetivos, o limiar mínimo aceitável de qualidade de prestação de serviço, a apreciação subjetiva dos direitos que se tem e das experiências passadas em situações semelhantes (Weaver et al 1997).

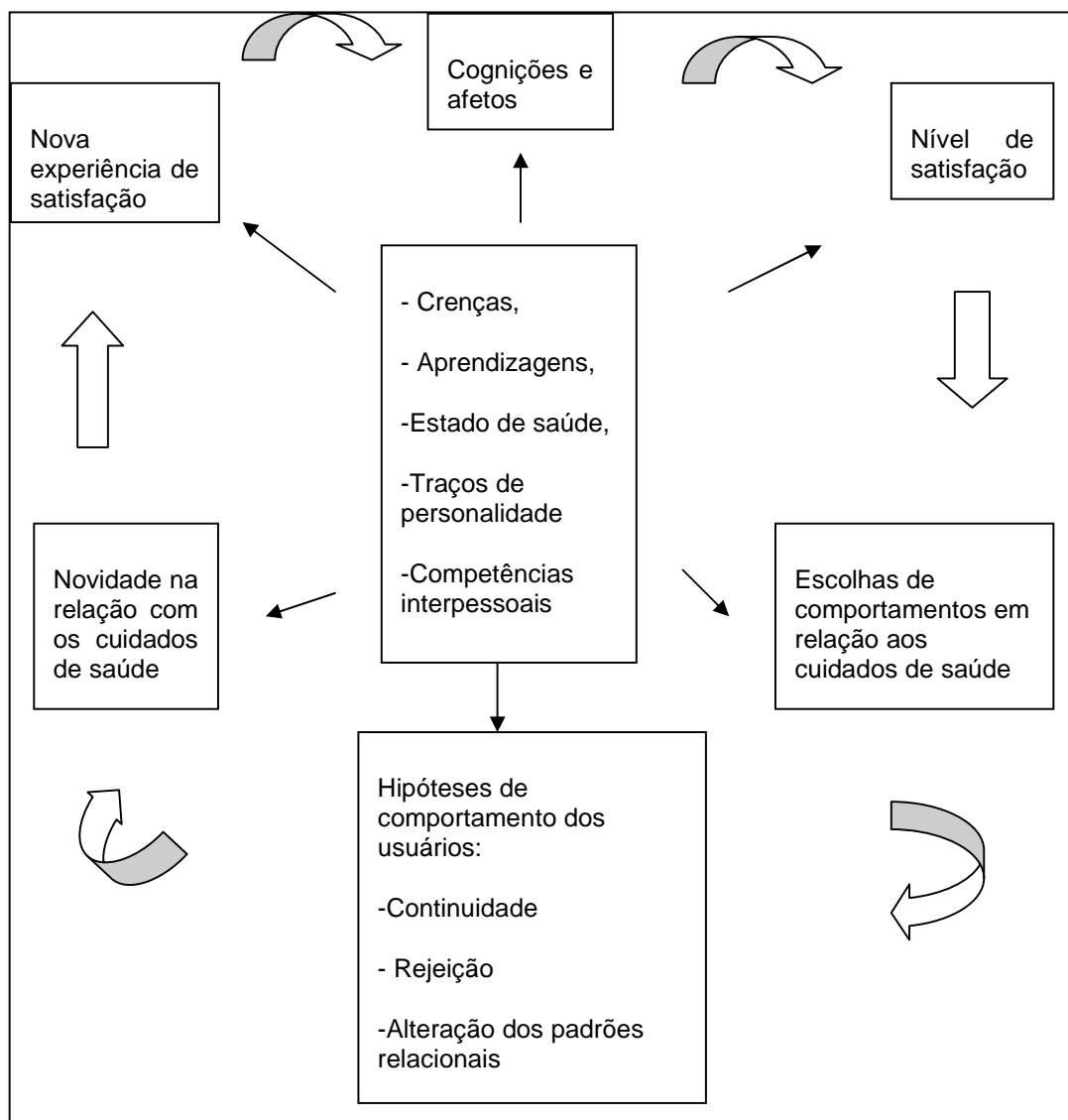
Segundo publicação de 2007, da Missão para os Cuidados de Saúde Primários do Ministério da Saúde de Portugal, o usuário não se configura passivamente, a satisfação tem correlatos comportamentais que fazem do usuário ativo no processo de satisfação, fazendo com que a satisfação seja um processo dinâmico (Santos et al, 2007).

As cognições e os afetos desencadeiam um determinado nível de satisfação produzindo assim escolhas de comportamento em relação aos cuidados de saúde, que podem ser, por exemplo, de continuidade, de evitamento, ou de alteração dos padrões relacionais, essas alterações produzem novas experiências de satisfação e assim sucessivamente (Santos et al, 2007).

Esse processo é afetado por outras variáveis, tais como:

- Crença, por exemplo, sobre a relação com o centro de saúde ou na relação médico paciente,
- Aprendizagens da relação com o centro de saúde com base nas experiências relacionais,
- Percepção do estado de saúde e da doença,
- Traços de personalidade e padrões comportamentais dos usuários,
- Tipos de competências interpessoais, como estilo de comunicação, etc (Santos et al, 2007).

Quadro 4: Modelo dinâmico da satisfação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários do Ministério da Saúde de Portugal



Fonte: Extraído de Santos et al, 2007.

A crescente importância da experiência e expectativa do paciente e do interesse em comparar a satisfação das pessoas com o sistema de saúde em diferentes países e períodos de tempo, sugere a necessidade de caracterizar a relação entre a satisfação com o cuidado e com o sistema. Investigação sobre índices de satisfação global entre o sistema e a experiência do paciente revelou fortes associações entre os dois enfoques de satisfação (Young et al, 2000).

Bleich et al (2009) todavia, discordam da hipótese acima, da avaliação do sistema de saúde como um todo desde a perspectiva dos usuários, e afirmam que a experiência do paciente corresponde a apenas uma pequena fração da satisfação do paciente com o sistema de saúde, mesmo com ajustes para fatores demográficos, de saúde e institucional. Argumentam que para a avaliação do sistema de saúde como um todo o conceito mais apropriado seria o conceito da responsividade.

Epel-Baron et al (2001) por sua vez, sugerem um modelo de análise onde os usuários dos serviços de saúde são vistos como consumidores, o chamado modelo de consumo. Esse modelo baseia-se em teorias de marketing para prestação de serviços de saúde.

Neste modelo, o pressuposto é que os pacientes têm uma determinada expectativa em relação à visita ao médico e que o grau em que essas expectativas são preenchidas podem ser medido, e, que há uma clara relação entre expectativa e satisfação (Epel-Baron et al, 2001).

Quanto mais a satisfação é menor do que as expectativas, menor será a satisfação e vice versa. Porém, quando as expectativas são baixas, claramente serão mais facilmente atingidas e um alto nível de satisfação será encontrado. No entanto, se as expectativas do paciente são elevadas, o médico terá uma tarefa difícil em corresponder a essas expectativas e a satisfação é susceptível de ser menor. De acordo com o modelo de consumo, a satisfação do paciente pode ser correlacionada com a intenção relatada pelo paciente de mudar de médico (Epel-Baron et al, 2001).

Resumidamente o modelo de consumo é baseado na premissa de que o consumidor dos serviços de saúde é capaz de escolher onde e com quem ele ou ela deseja receber o tratamento. Quando um indivíduo está satisfeito com um produto, é mais provável que continue a usá-lo (Epel-Baron et al, 2001). No modelo de satisfação do consumidor a satisfação pode ser interpretada como uma função do cumprimento da expectativa percebida.

As expectativas dos consumidores são, portanto vistas por alguns analistas como o principal determinante da satisfação em saúde. Esta abordagem baseia-se em técnicas de

pesquisa de mercado que estão por sua vez baseadas em teorias psicológicas. No forma mais simples, o cliente (in) satisfeito é visto como um reflexo da diferença entre o que é esperado (E) e que é percebido como tendo sido prestado(D), se $D > E$, o cliente ficará satisfeito, mas, se $D < E$ o resultado é a insatisfação, ou seja quanto maior a discrepância percebida entre as expectativas e experiência, há maior satisfação ou insatisfação (Thompson, 1995).

A insatisfação surge quando experiências negativas desconfirmam as expectativas positivas, ou quando as experiências negativas confirmam expectativas negativas. A não confirmação das expectativas afeta a qualidade percebida do atendimento e, conseqüentemente, a satisfação.

A teoria da discrepância explora como a satisfação é afetada por diferenças entre experiências e uma série de tipos de expectativas, incluindo pontos de vista dos usuários das necessidades e desejos, experiências passadas e as expectativas sociais. Essa abordagem envolve um exame de variáveis psicológicas e sociais mais amplas como as crenças e atitudes que afetam as avaliações dos cuidados em saúde (Linder-Pelz, 1982).

Segundo Linder-Pelz (1982), são necessários refinamentos para discutir as expectativas, como, a abordagem das origens das expectativas em relação a normas culturais, as experiências pessoais, opiniões da família e conhecidos, e as influências da mídia.

Há também a interferência dos fatores sociodemográficos e de saúde que podem influenciar as expectativas e as avaliações de processo, que se distinguem entre as expectativas globais, específicas e seus respectivos conteúdos (Linder-Pelz, 1982).

As expectativas globais (sobre a saúde em geral) e expectativas específicas (sobre atributos específicos do mesmo) identificam o conteúdo das expectativas em termos de características. São elas:

- Estruturais (instalações, equipamentos, pessoal),

- Processo de assistência (técnica e interpessoal), e

- Resultados (somático e psicológico).

Linder-Pelz (1982) aponta ainda os diferentes tipos de expectativas, incluindo ideais, desejos, aspirações e direitos.

Medir a satisfação como a diferença entre expectativas e percepções das experiências de cuidados é complicado por natureza, e a dinâmica é de duas vias, sendo necessário analisar a relação entre elas. Experiências podem provocar mudança de expectativas, quer diretamente, como um resultado de informações fornecidas durante o processo de cuidados, quer indiretamente, porque podem alterar a ocorrência das percepções dos pacientes. Igualmente, as expectativas podem modificar diretamente as ocorrências (por exemplo, quando pacientes solicitam determinados tratamentos), ou alterar as percepções dos pacientes.

A abordagem da dissonância cognitiva considera os meios pelos quais as expectativas e as percepções das experiências dos pacientes podem ser alteradas por eventos. Além de certo ponto, a assimilação passa a ter o efeito de contraste. As pessoas começam a exagerar cada vez maiores variações entre as suas percepções de ocorrências e suas expectativas (Thompson, 1995).

Para Parasuraman et al (1988) estas metodologias mencionadas medem a percepção dos serviços e a expectativa prévia dos usuários.

Segundo Crow et al (2002), outra abordagem que tenta esclarecer o conceito de satisfação dos consumidores foca nas avaliações dos atributos dos serviços de saúde. Estes utilizam métodos de revisão da literatura disponível ou técnicas de pesquisa primária para a produção de listas de recursos críticos que afetam a satisfação com os serviços de saúde. Esses recursos são muitas vezes incorporados como fator ou análise de componentes principais para validar as dimensões definíveis para o processo de cuidar.

Os resultados de tais estudos geralmente confirmam a multidimensionalidade da natureza do conceito de satisfação como a primeira teoria derivada por Ware (1981). Apesar de que atributos importantes de cuidado podem variar com o contexto da investigação, em geral dizem respeito a três temas principais: as características do fornecedor, as características do paciente e o relacionamento com o profissional e fatores relacionados a estrutura e definição de prestação de saúde (Crow et al, 2002).

As características do provedor incluem traços de personalidade, e habilidade em relação a aspectos técnicos da prática clínica. Alguns aspectos mais suaves, como preocupação, cuidado, carinho e sensibilidade, são influências importantes na satisfação. Da mesma forma, a relação médico-paciente, incluindo intercâmbio de informações e envolvimento do paciente, são meios potencialmente significativos de prestação de apoio prático e emocional e, portanto, capazes de aumentar a satisfação. Fatores estruturais incluem questões organizacionais tais como a acessibilidade, o modo de pagamento, a possibilidade de escolha e outras como equidade. Características do ambiente físico em que a saúde é prestada também afetam a satisfação, incluindo características tais como a privacidade, limpeza e alimentação fornecida (Crow et al, 2002:8).

Cada usuário da saúde tem um quadro único de referência a partir de avaliações que são feitas e, portanto, pessoas diferentes atribuem pesos diferentes a atributos específicos. Isto é explicado nesta abordagem em termos de fatores antecedentes: as características dos inquiridos que se presume influenciar o nível e o padrão de suas respostas em relação a satisfação. Antecedentes importantes incluem fatores sociodemográficos, condições de saúde e crenças (Crow et al, 2002:8).

Crow et al (2002), em sua revisão sistemática da literatura identificam que as investigações empíricas têm explorado a relação entre satisfação e diversas variáveis, relatando associação da satisfação com idade, sexo, raça, renda, educação e saúde. Crenças em saúde também podem influenciar a satisfação através do seu efeito sobre as expectativas (Crow et al, 2002).

Segundo Crow et al (2002), a análise econômica oferece um arcabouço teórico para uma abordagem empírica baseada em atributos e compartilha alguns pontos em comum com teorias de expectativas. Economistas chamam o conceito de satisfação no consumo de um produto ou serviço como "utilidade".

A teoria microeconômica moderna postula que indivíduos buscam a compra de bens ou serviços pela utilidade gerada por estes. Aplicando isto aos cuidados de saúde, e assumindo que os consumidores fazem escolhas, e estes escolherão um provedor de saúde em particular pelo conjunto de atributos de sua oferta (por exemplo, a acessibilidade, a simpatia, qualificações dos profissionais, apoio de pessoal auxiliar, etc.) (Crow et al, 2002).

Segundo a teoria da utilidade, a satisfação depende se a real utilidade é maior que, igual a ou menor que a utilidade esperada. Isto levanta a questão de como os consumidores formam uma opinião sobre utilidade esperada.

Como vimos, a Teoria do comportamento do consumidor prevê que isso varia de produto para produto, e distingue três tipos de bens e serviços disponíveis no mercado: bens de busca, experiência e credibilidade (Crow et al, 2002). Aspectos de cuidados de saúde encontram-se em cada uma dessas categorias.

A qualidade dos bens de busca pode ser determinada por inspeção antes da compra, tendo assim utilidade previsível e com isso, expectativas são claras. Por exemplo, é possível determinar a localização, instalações e horário da prática de um médico antes de procurá-lo.

A qualidade da experiência, no entanto, pode ser avaliada somente depois de obtê-los, assim as expectativas não são claras e há maior incerteza sobre a satisfação potencial. Como o relacionamento de um indivíduo com um médico irá se desenvolver, por exemplo, não pode ser totalmente apurado antes que uma consulta tenha sido realizada (Crow et al, 2002).

Credibilidade é obtida com confiança, isto porque, mesmo após o uso, as suas características podem não ser total ou parcialmente observadas. Alguns aspectos da prática

médica, incluindo os cuidados preventivos e algumas terapias curativas, possuem as características de credibilidade, e os consumidores têm expectativas incertas sobre suas utilidades.

Valores sociopolíticos criados pelo sistema de saúde (de mercado, públicos ou mistos) e mediados por variáveis sociodemográficas são influências importantes sobre os valores dos indivíduos, crenças e expectativas (Strasser,1993 apud Crow et al, 2002).

Assim, a satisfação é uma resposta individual de atitude para os juízos de valor formados. A satisfação relatada será também influenciada pelos instrumentos e os métodos utilizados pelos pesquisadores que procuram medi-la.

Satisfação ou insatisfação, com atributos de saúde afeta o comportamento subsequente, com conseqüências tanto para o consumidor individual como para o provedor.

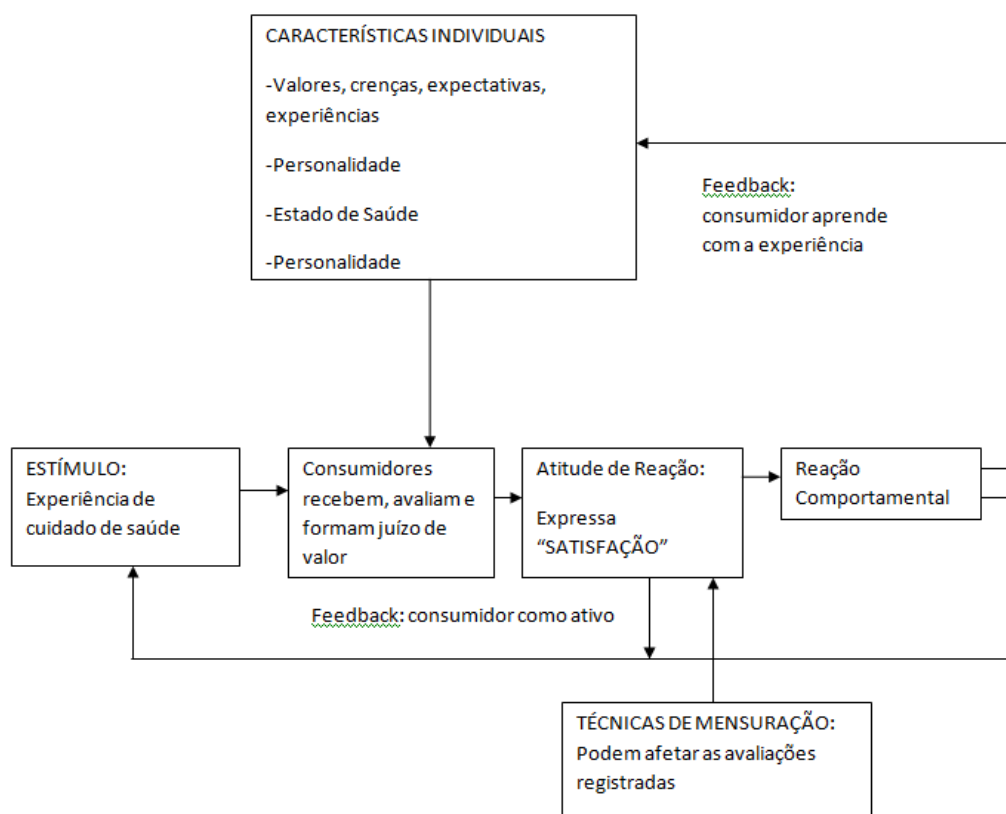
Embora muito outros fatores estejam também envolvidos, a satisfação está relacionada à adesão ao conselho médico, ao auto-cuidado e, portanto, com os resultados de saúde. Quando os consumidores escolhem um prestador, é também presumível que clientes satisfeitos irão utilizar o serviço novamente e recomenda-los para outros. Insatisfação, por outro lado, leva a mudanças de prestador e publicidade negativa.

Uma outra abordagem é a holística. Neste modelo, a determinação de satisfação é um processo dinâmico que envolve dois mecanismos de feedback (Strasser,1993 apud Crow et al, 2002:9).

Primeiro, as atitudes individuais são modificadas por experiências que, por sua vez, alteraram as expectativas e juízos de valor em uma maneira similar ao fenômeno de mudança de resposta relacionada à saúde na pesquisa de qualidade de vida. Em segundo lugar, os serviços prestados são afetados pelas respostas frente a atitude de consumidores (voz), articuladas através de feedback, e respostas por mecanismos comportamentais (utilização), tais como ameaças de mudança de prestador.

Modelos holísticos enfatizam as múltiplas influências sobre a satisfação com a saúde, e implicam que a coleta de dados relativos a esta é uma tarefa ampla e complexa, com várias possíveis fontes de medidas ou interpretação de erro (Strasser,1993 apud Crow et al, 2002). Segue abaixo um esquema que sintetiza o conceito da abordagem holística elaborado por Strasser (1993).

Quadro 5: Modelo Holístico de satisfação de Strasser (1993)



Fonte: Extraído de Crow et al, 2002:9.

O quadro a seguir reúne diversos conceitos de satisfação abordados por diferentes autores.

Quadro 6: Sistematização do conceito e fatores que interferem na satisfação segundo diferentes autores

Autor	Conceito e fatores que interferem na Satisfação do usuário
Ware (1981)	Valores, crenças e expectativas.
Linder Pelz (1982)	Expectativas, desempenho (profissionais e unidades de saúde) e resultados percebidos.
Pascoe (1983)	Crença, expectativas e percepções.
Crow et al (1995)	Expectativa dos indivíduos, necessidades ou desejos.
Thompson (1995)	Diferença entre o que é esperado e o que é percebido.
Weaver et al (1997)	Ideais subjetivos, limiar aceitável da qualidade, apreciação subjetiva e experiências passadas.
Parasuraman et al (1998)	Percepção dos serviços e expectativa prévia dos usuários.
Epel-Baron et al (2001)	Satisfação dos usuários dos serviços de saúde como consumidores. Relação entre expectativa e satisfação.
Valentine et al (2003)	Necessidade percebida, expectativas individuais e da experiência do cuidado.
Santos (2007)	Crença, aprendizagens, percepção do estado de saúde, traços de personalidade e competências interpessoais.

Fonte: elaboração própria

- **Dimensões da satisfação**

A satisfação com os cuidados de saúde resulta assim em um conceito multidimensional. Trata-se de uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde, desde aspectos relacionadas ao acesso, infra-estrutura, até a interação usuário-profissional, e aos resultados em saúde.

Segundo Weaver et al (1997), enquanto variável dependente, a satisfação com os cuidados de saúde tem sido avaliadas muitas vezes sem grande cuidados de definição, através de variadas dimensões da satisfação.

As dimensões mais frequentemente relatadas como sendo prioritárias para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde e mais incluídas em questionários de satisfação, segundo Santos et al (2007), são:

- Qualidade da interação entre usuário- profissional, relacionado, por exemplo, as competências interpessoais, o interesse do profissional, disponibilidade de ouvir, respeito,
- Qualidade da informação dada, como informações sobre o tratamento, exames, procedimentos.
- Tempo de consulta,
- Percepção e avaliação da competência técnica,
- Acessibilidade, como facilidade em marcação de consultas, tempo de espera e
- Infra estrutura, como conforto, adequação dos equipamentos, etc (Santos et al, 2007).

Fitzpatrick (1991) relata que uma das pesquisas mais elaboradas foi a de Snyder em 1975, que foi capaz de demonstrar que os pacientes tinham opiniões distintas em pelo menos quatro grandes dimensões de seus cuidados de saúde: 1) a conduta do médico, 2) a

disponibilidade de atendimento, 3) continuidade, conveniência e 4) acessibilidade financeira. No entanto, uma lista completa das dimensões em termos da satisfação dos pacientes seria muito maior, incluindo itens como: humanidade, informação, qualidade geral, competência, burocracia, acesso, custo, facilidades, resultados, continuidade e atenção para problemas psicosociais.

Vaitsman e Andrade (2005) apontam a diversidade de metodologia de pesquisa de satisfação do usuário, destacando a de Parasuraman de 1988, conhecida como: *SERVIQUAL: a multiple item scale of measuring customer perceptions of service quality*, que avalia o atendimento em cinco dimensões. São elas: agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade.

Para Esperidião e Trad (2005), destacam-se como dimensões da satisfação aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional; aspectos da relação médicos – pacientes e outros (Esperidião e Trad, 2005).

Segundo Esperidião e Trad (2005:309), a taxonomia mais aceita entre as pesquisas de satisfação é a de Ware et al de 1981, que subdivide em oito dimensões, são elas: “1) o comportamento interpessoal que é o modo que o provedor se relaciona com o paciente; 2) qualidade técnica do cuidado referente à competência e adesão ao diagnóstico e tratamento; 3) acessibilidade/ conveniência, que está relacionado à facilidade de acesso, tempo de espera; 4) aspectos financeiros; 5) eficácia e resultados do cuidado; 6) continuidade do cuidado; 7) ambiente físico; 8) disponibilidade, ou seja, presença de recursos médicos, quantidade adequada de provedores, equipamentos e insumos”.

Em relação a uma classificação mais ampla Esperidião e Trad (2005:309), destacam a de Prévost de 1998, que caracteriza a satisfação nas dimensões: relacional, organizacional, sócio econômico e cultural. Em uma adaptação desse estudo Trad et al (2002) que pesquisou a satisfação dos usuários com o Programa Saúde da Família, incluiu a dimensão cognitiva, destacando a concepção dos usuários sobre o PSF.

Outro exemplo de estudo de satisfação é o EUROPEP, instrumento que começou a ser desenvolvido em 1995 e atualmente já foi traduzido para mais de 15 idiomas e que utilizamos neste presente trabalho. No EUROPEP, estão contempladas as dimensões: relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação, organização dos serviços, acessibilidade, características dos profissionais, infra estrutura (Ferreira e Raposo, 2006), utilizando assim diversas dimensões mencionadas nos estudos anteriores.

Quadro 7: Sistematização das dimensões para medir a satisfação segundo os diferentes autores

Autor	Dimensões da satisfação dos usuários	
Snyder (1975)	- Humanidade - Informação - Qualidade geral - Competência - Burocracia - Resultados	- Acesso - Custo - Instalações - Continuidade -Atenção para problemas psicosociais
Parasuraman et al (1988)	- Agilidade - Confiabilidade - Empatia	- Segurança - Tangibilidade
Ware et al (1981)	- Comportamento interpessoal - Qualidade técnica do cuidado - Acessibilidade/ conveniência - Aspectos financeiros	- Eficácia e resultados do cuidado - Continuidade do cuidado - Ambiente físico -Disponibilidade.
Prévost (1998)	- Relacional - Sócio econômica	- Organizacional - Cultural
Trad et al (2002)	- Relacional - Sócio econômico - Cognitiva	- Organizacional - Cultural
Esperidião e Trad (2005)	- Acesso - Estrutura física e organizacional	- Qualidade - Relação médico – paciente.
Santos et al (2007)	- Interação usuário-profissional - Informação - Infra estrutura	- Consulta - Acessibilidade
Ferreira e Raposo (2006) EUROPEP	- Relação e comunicação - Cuidados médicos - Informação e apoio - Continuidade e cooperação	- Organização dos serviços - Acessibilidade - Características dos profissionais - Infra estrutura

Fonte: Elaboração própria.

- **Instrumentos e metodologias das pesquisas em satisfação dos usuários**

A medição da satisfação somente pode ser realizada adequadamente se houver uma definição clara do que a satisfação é, e uma compreensão dos seus fatores subjacentes. Como a base conceitual da satisfação com a saúde não é totalmente estabelecida (Avis, 1995), há dificuldades para a medição e interpretação dos resultados dos inquéritos.

Há pouco consenso também sobre os instrumentos utilizados para avaliar a satisfação. Na literatura são identificados numerosos tipos e abordagens. Segundo Souza e Pereira (1999), os instrumentos variam desde caixas de sugestões, linhas telefônicas, sistemas de vídeos, inquéritos transversais, entrevistas, observações participantes, grupos focais e estudos qualitativos de abordagem antropológica.

Apesar dos problemas com a criação de uma definição tangível de satisfação e das dificuldades com a sua mensuração, o conceito continua a ser amplamente utilizado. No entanto, o mais frequente, quando os pesquisadores pretendem medir a satisfação realizam avaliações gerais dos serviços de saúde.

Um método comum é pedir às pessoas para avaliar aspectos da sua experiência de seus cuidados (por exemplo, o que opinam sobre como o médico explicou o tratamento). Tais indicadores são referidos como medidas indiretas de satisfação, e que poderiam solicitar diretamente os inquiridos sobre quão satisfeitos estão (Crow et al 2002).

Outra abordagem é perguntar às pessoas sobre sua experiência em relação ao serviço de saúde (Por exemplo, quanto tempo esperou por uma consulta). Este método é mais objetivo e útil para o estabelecimento de tendências ao longo do tempo (Ware, 1981).

Outro método comumente usado, especialmente quando a satisfação está sendo monitorada para fins de comercialização, é a pesquisa sobre as intenções dos usuários de recomendar ou retornar a um prestador de serviço. Embora expresse intenções

comportamentais nem sempre traduzidas em ações, estes estudos podem alertar os gestores e profissionais para a existência de insatisfação e a necessidade de melhor investigação (Crow et al 2002).

Outro modo de se avaliar satisfação dos usuários é através das reclamações, assim, deve-se dar muita atenção quando há resultados desfavoráveis expressos em reclamações, pois esse tipo de resultado pode servir como indicador relevante sobre o serviço estudado. Estudos têm se dedicado em avaliar as reclamações, pois esta medida pode servir para esclarecer em que aspectos o serviço pode e deve melhorar (Esperidião e Trad, 2005).

Do ponto de vista de gestão, informações tanto objetivas como subjetivas são valiosas e complementares.

Há, no entanto, efeitos práticos de problemas associados com a obtenção de medidas de avaliações subjetivas para a análise e interpretação dos dados para a tomada de decisões.

Um problema é que abordagens diretas e indiretas nas pesquisas de satisfação geralmente não produzem informações sobre a importância relativa dos serviços de saúde. Por exemplo, os inconvenientes da espera podem ser compensados se o médico está interessado, escuta e explica. A avaliação independente de atributos não mostra relação de forças entre preferências, no entanto, esses dados são necessários para a tomada de decisão (Crow et al 2002).

Em Esperidião e Trad (2006), uma metodologia de pesquisa mencionada é o de Zeithaml e Bitner (1996) que diferencia os níveis de expectativas dos usuários em relação aos serviços e atendimentos, sendo eles os serviços desejados, serviços adequados e os serviços presumidos.

Swan (1985) propõe um modelo composto por quatro construtos, sendo eles a percepção do desempenho do serviço, a confirmação da expectativa a respeito do desempenho e a percepção do tratamento equitativo, a satisfação geral e a intenção de re-

visitar ou evitar o serviço no futuro. O grande destaque desse modelo é a incorporação da percepção da equidade.

Weiss (1988) apresenta os principais grupos que determinam a satisfação, sendo eles as características dos pacientes, as características dos profissionais, os aspectos da relação médico-paciente e os fatores estruturais e ambientais.

As avaliações da satisfação em saúde podem ser realizadas em uma variedade de contextos, podendo ser focadas exclusivamente nos cuidados, opiniões sobre a qualidade do serviço recebido, ou podem ser estendidas para a opinião sobre aspectos mais amplos dos cuidados e do funcionamento do atendimento do sistema como um todo.

Estudos genéricos de aferição de satisfação com a saúde podem se concentrar em questões como a igualdade de acesso, custos e abrangência de cobertura dos serviços. Informação sobre a satisfação com o atendimento pessoal é exigida pelos gestores para o monitoramento da prestação dos serviços em suas áreas de responsabilidade e por profissionais para a obtenção de perspectivas dos seus clientes sobre os cuidados. Ambos os grupos também estão interessados nos determinantes da satisfação dos que estão fora do seu controle, tais como as características sociodemográficas dos entrevistados, ou grandes características sistêmicas (Crow et al 2002).

Para atender as distintas necessidades de investigação, estudos de satisfação são realizados em diferentes contextos: clínica geral, cuidados primários, cuidados ambulatoriais hospital / ambulatorial, no hospital ou na comunidade. Eles podem avaliar questões diferentes: visitas específicas, episódios total, a cuidados prestados pelo pessoal médico ou de enfermagem, ou o aspectos relacionais do cuidado.

Para Crow et al (2002), os usuários de saúde são os principais interessados na investigação da satisfação, porque eles podem se beneficiar se seus comentários influenciarem posteriormente na prestação dos serviços. Estudos que focam em aspectos da insatisfação, ou analisam as queixas, são particularmente importantes a este respeito.

Evidências sugerem que a maioria das denúncias é feita para proteger outros consumidores de serviço de má qualidade, ao invés de outras formas de reparação (Crow et al 2002).

Problemas e vieses na medição da satisfação

Resumidamente destacaremos quatro problemas relacionados à medição da satisfação, apontados por Crow et al (2002).

O primeiro, é que a medição da satisfação possui caráter pessoal e subjetivo, significando que as opiniões sobre determinado nível de cuidado pode variar. Decisões dos indivíduos refletem as suas próprias circunstâncias e antecedentes e não se prestam à medida objetiva (Crow et al 2002).

Segundo, a satisfação pode expressar conhecimentos e expectativas, ao invés da qualidade do serviço e do atendimento. Caso os usuários tenham um conhecimento limitado das oportunidades e expectativas baixas ou pouco claras sobre um serviço de qualidade, estes podem expressar uma alta satisfação mesmo se tratando de baixos níveis de cuidados prestados.

Da mesma forma, se os usuários são passivos e acríticos em relação à saúde, a sua expressão de satisfação pode carregar pouco significado; um cliente satisfeito pode ser aquele que não detém opinião em relação a tudo, ou aquele que se remete inquestionavelmente em relação ao paternalismo médico.

Um estudo de Jung (1998) sugeriu que a avaliação dos consumidores é baseada no comportamento dos médicos, mas em geral pouco se sabe sobre os mecanismos pelos quais julgamentos de satisfação são formados (Jung, 1998).

A terceira dificuldade para medição da satisfação é que há a necessidade de separar os sentimentos de satisfação ou insatisfação com a prestação de serviço ou processo de cuidar daqueles relacionados com os resultados do cuidado em saúde. Isto é extremamente complexo devido à natureza recíproca da relação entre resultados de saúde e satisfação com

o atendimento recebido. Isto significa que os dados sobre satisfação não podem ser interpretados de forma independente de informações sobre o estado de saúde.

Um quarto problema é que as teorias cognitivas de dissonância prevêm que as pessoas não admitem a insatisfação com os serviços que eles próprios escolheram para utilização, uma vez que poderia sugerir uma inconsistência em seu comportamento.

Além das dificuldades para medição da satisfação, também ressaltamos os vieses que esse tipo de estudo pode incorrer.

Alguns vieses têm sido identificados na aplicação de algumas metodologias nos estudos de satisfação, são eles: viés da gratidão e aquiescência.

Na literatura, independente da grande variabilidade das metodologias aplicadas para medir a satisfação dos usuários, a maioria dos estudos, tanto quantitativos quanto qualitativos, traz como resultados altas satisfações (Carr-Hill, 1992). Este fenômeno é reconhecido como efeito de “elevação” da satisfação.

Essa tendência de elevada satisfação nos inquiridos, tem se mantido com o decorrer do tempo e tem gerado reflexões para a comunidade científica, sobretudo em relação aos aspectos teóricos e metodológicos dos estudos de satisfação, com relação a:

- Utilidade, validade e fundamentação do conceito,
- Valores e expectativas dos usuários,
- Poder da profissão médica,
- Nível de dependência dos usuários e dos profissionais, entre outros vieses (Williams, 1994).

Esse efeito de elevada satisfação pode ser decorrente do chamado viés de gratidão, que é representado pela relutância em expressar opiniões negativas, após ter sido atendido.

A alta satisfação pode estar também relacionada à técnica empregada, assim como ao tipo de entrevistas, entrevistador, forma como as perguntas são endereçadas e do momento de abordagem dos usuários (Esperidião e Trad, 2005).

Ressalta-se também que nas avaliações dos serviços públicos, a alta satisfação poderia expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço (Esperidião e Trad, 2005: 308).

Outro viés destacado para as metodologias empregadas para avaliação de satisfação dos usuários é o viés da aquiescência, relacionado à enumeração dos quesitos dos questionários, nos instrumentos que possuem escala, onde detecta-se uma tendência do indivíduo concordar com os primeiros itens da escala, independente de seu conteúdo, podendo assim, a forma de organização do questionário influenciar o nível de satisfação (Esperidião e Trad, 2005).

Esses aspectos não devem, no entanto reduzir a importância deste tipo de estudos, devendo sim funcionar como um alerta para a necessidade de uma boa definição do que se pretende medir. Para isso é importante também um bom instrumento de medição e principalmente saber interpretá-lo objetivamente.

4.1.2 Responsividade

No início dos anos 2000, o conceito de responsividade foi introduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através do relatório da OMS sobre a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde de 2000.

Um grupo de trabalho da OMS teve como tarefa refinar e ampliar o conceito de experiência do paciente para cobrir não só o processo interpessoal entre médico e paciente ou cliente, mas também a interação entre o sistema de saúde e a população que este serve. Este conceito então foi chamado de responsividade (Valentine et al, 2003).

Segundo Darby, a definição da OMS de 2000 é “*Responsiveness is how well the health system meets the legitimate expectations of the population for the non- health enhancing aspects of health system.*” (Darby et al, 2000: 1).

A responsividade pode ser entendida por dois eixos, um relacionado ao usuário do sistema de saúde, como um consumidor (assim a maior responsividade seria uma forma de atrair os consumidores) e, segundo relacionando responsividade à salvaguarda dos direitos dos pacientes e ao cuidado adequado (Silva, 1999).

Para Vaitsman e Andrade (2005), o conceito de responsividade está relacionado com o quanto as ações governamentais atendem as demandas e expectativas da população, e consideram que no campo da avaliação em saúde este conceito refere-se aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde (Vaitsman e Andrade, 2005).

Na construção do conceito de responsividade, este então ficou mais ligado a características da dimensão interpessoal da avaliação da qualidade dos cuidados ao invés de qualidade técnica propriamente dita (Valentine et al, 2003).

A Responsividade inclui sete elementos agrupados em dois componentes:

1) Respeito pelas pessoas, que está relacionado a ética que engloba a interação das pessoas com o sistema de saúde, são eles: dignidade, confidencialidade, autonomia.

2) Orientação para o cliente, está relacionada aos componentes que influem na satisfação do paciente, não diretamente ligado aos cuidados de saúde, tais como: atenção imediata, acesso a redes de apoio social durante o cuidado, escolha do prestador de cuidados, qualidade das instalações dos serviços básicos (Gakidou et al 2000).

Na definição de responsividade de Valentine et al (2003), foi incluído o quesito de clareza da comunicação como o oitavo elemento e no componente de respeito pelas pessoas.

Segundo Valentine et al (2003) esses elementos foram selecionados por serem validados como atributos importantes que os indivíduos buscam em sua interação com o

sistema de saúde, quando tomados em conjunto, para capturar todos os importantes aspectos da responsividade que as pessoas valorizam e por último por serem capazes de ser medidos de uma forma que é comparável dentro e entre populações.

Para melhor compreensão do conceito de responsividade os elementos que a compõem serão detalhados a seguir.

O primeiro elemento da responsividade é a **autonomia** que segundo Valentine et al (2003) possui dois componentes: tomada de decisão e o sistema de valores pelo quais as decisões são tomadas.

Autonomia dividi-se em quatro questões, que são elas: i) a necessidade de fornecer informações aos indivíduos (e suas famílias, se for o caso) sobre seu estado de saúde, os riscos e as opções de tratamento alternativos; ii) a necessidade de envolver os indivíduos (e suas famílias, onde apropriado) no processo decisório, iii) a necessidade de obter o consentimento informado no âmbito da testagem e tratamento, direito dos pacientes de recusar o tratamento para si próprios.

O segundo elemento é a **escolha do prestador dos cuidados de saúde**, diz respeito a instituições de saúde e prestadores de saúde. A escolha é definida como o poder ou a oportunidade de escolher, o que exige obviamente mais do que uma opção.

A escolha do prestador de cuidados, inclui a opção de consultar o mesmo prestador de serviços de saúde, se desejar, tanto quanto consultar um outro médico em caso de insatisfação com os encontros anteriores. A escolha do prestador de cuidados de saúde também pode melhorar a qualidade e os resultados da saúde indiretamente (Valentine et al, 2003); além do que os indivíduos devem ser capazes de obter uma segunda opinião em casos de doença grave, crônica ou cirurgia (Darby et al, 2000).

Terceiro elemento da responsividade é a **confidencialidade** que está relacionada a três áreas específicas: a privacidade do ambiente em que as consultas são realizadas por

profissionais de saúde, o conceito de comunicação privilegiada e a confidencialidade dos registros médicos e informações sobre indivíduos (Valentine et al, 2003).

O conceito de comunicação privilegiada está relacionado ao fato de que os indivíduos são capazes de divulgar informações sobre si próprios para os profissionais de saúde, com a convicção de que esta informação será mantida em sigilo (Valentine et al, 2003).

O quarto elemento é a **dignidade**, sendo definido como o “estado de ser digno de honra ou respeito”.

A dignidade refere-se em receber atendimento de uma forma respeitosa, solidária, e não discriminatória. Alguns elementos podem ser considerados como dignidade em saúde, são eles: a privacidade durante o exame médico, privacidade com o corpo, privacidade para expor emoções e compartilhar sentimentos (Valentine et al, 2003:580).

O quinto elemento da responsividade é a **atenção imediata**, definida como cuidados prestados prontamente, ou logo que necessário. Incluindo rapidez para obtenção de assistência em emergências, tempo e listas de espera para consulta e tratamento que devem ser curtos (Darby et al, 2000:21).

Para a atenção imediata alguns fatores devem ser levados em conta como a distância e disponibilidade de transporte para o recebimento da atenção (Dary et al, 2000).

Esta dimensão não se limita apenas aos serviços médicos. A falta de atenção imediata em termos do processo administrativo que cercam o encontro também pode afetar o bem-estar dos indivíduos (Valentine et al, 2003).

A operacionalização e realização de atenção imediata podem ser dificultadas por pelo menos dois fatores: a escassez de recursos, tais como pessoal, e a falta de um mecanismo eficiente para facilitar os fluxos de trabalho (Valentine, 2003).

O sexto elemento, a **qualidade das instalações**, é considerado como a medida em que a infra-estrutura física de uma unidade de saúde é acolhedora e agradável. Inclui o ambiente limpo, manutenção regular, mobiliário adequado, ventilação suficiente, espaço suficiente nas salas de espera, água potável e instalações sanitárias (Valentine et al, 2003).

O sétimo elemento da responsividade é o **acesso redes de apoio social**, suporte da comunidade e da família. Maior é o bem-estar do paciente se este tem acesso às suas famílias e outras redes de apoio da comunidade durante o processo do cuidado (Valentine et al, 2003). O apoio social ajuda as pessoas a lidar melhor com o estresse da doença e suas conseqüências.

O acesso ao apoio familiar e da comunidade foi definido para incluir os direitos de visita de familiares e amigos de pacientes internados, bem como o direito de receber alimentos de membros da família, se desejar. Abrange também a oportunidade de realizar práticas religiosas e culturais que não são contrárias as sensibilidades de outros pacientes ou de prestadores de cuidados de saúde, o direito à prática de tratamentos alternativos (Valentine et al, 2003:582).

Darby et al (2000) inclui também acesso a rádios, jornais ou algum material de leitura, algum tipo de apoio para pacientes que sofram de alguma doença em curso ou doenças terminais e suporte pós-hospitalar.

O oitavo e último elemento da responsividade, sugerido por Valentine et al (2003) é a **clareza da comunicação** definida como a clareza na transmissão da informação e o seu entendimento.

A comunicação envolve o tempo e a oportunidade para o paciente fazer perguntas e dar respostas, explicar claramente ao paciente e à família a natureza da doença, e os detalhes do tratamento necessário e fornecer outras opções quando necessário (Valentine et al, 2003:579).

O domínio do elemento da comunicação se aplica a todos os tipos de contatos entre a população e o sistema de saúde, não apenas para as interações entre a clínica de um paciente e um provedor.

Darby et al (2000:3) listam algumas razões que predizem a importância da responsividade:

- Responder às expectativas das pessoas é o centro da função dos sistemas de saúde;
- Diz respeito a direitos humanos básicos;

- Um sistema de saúde pode melhorar alguns dos elementos de responsividade sem grandes investimentos, como por exemplo, com educação em saúde e formação dos profissionais de saúde, a fim de torná-los mais sensíveis ao direito fundamental dos indivíduos. Melhorar responsividade também não implica necessariamente um grande investimento em tecnologia ou requer novas legislações que a autorize, como mudanças no financiamento.

No entanto, nem todas as mudanças na responsividade são de baixo custo, abordar elementos como a escolha do médico ou atenção imediata, pode exigir a aplicação de recursos adicionais para ser plenamente realizado.

Segundo Vaitsman e Andrade (2005) as pesquisas de responsividade possuem melhor capacidade para avaliar mudanças que as perguntas sobre satisfação.

Com o intuito de diminuir a subjetividade presente nas avaliações de satisfação dos usuários, a responsividade se refere ao quanto o sistema se adequa às expectativas dos usuários. Para tal, as metodologias que enfatizam a responsividade propõem de certa forma perguntas que reduziriam o fator subjetivo das respostas e também o viés de gratidão (WHO, 2000).

O tipo de pergunta e o modo de formulá-la para responsividade difere das perguntas sobre satisfação. A satisfação costuma perguntar o quanto a pessoa está satisfeita ou não em

relação a algum componente dos serviços de saúde, onde é levada em consideração a expectativa prévia. Já as pesquisas que buscam medir responsividade perguntam com que frequência um determinado evento ocorreu (Vaitsman e Andrade, 2005).

Ao avaliar a responsividade, o primeiro elemento é o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde e o segundo é medir a percepção das pessoas sobre o que acontece.

Vale ressaltar que as diferenças pontuadas por Silva (1999) entre responsividade e satisfação dos pacientes estão centradas em três pontos: primeiro que a responsividade avalia o sistema de saúde como um todo e a satisfação dos pacientes concentra-se na interação dos cuidados clínicos; segundo que a responsividade está relacionada aos aspectos não médicos e a satisfação dos pacientes aos aspectos médicos e não médicos; e por último que a responsividade avalia as percepções individuais; e a satisfação dos pacientes representa uma mistura complexa das necessidades percebidas com as expectativas individuais e a experiência do cuidado.

Valentine et al (2003) por sua vez pontuam as diferenças entre o conceito de responsividade e satisfação do paciente em dois tipos, são eles: o tipo de interação e os componentes da interação com o sistema de saúde.

Como tipo de interação, os autores entendem, por exemplo, um serviço de saúde, seguro saúde, campanha de saúde pública, assim a satisfação do paciente se concentra em interações em instalações médicas, enquanto que a responsividade inclui o âmbito de avaliar o sistema de saúde como um todo, concentrando-se sobre os diferentes tipos de interações que as pessoas têm com o sistema de saúde.

Para o segundo ponto de diferenciação, o componente da interação, considera que a satisfação do paciente geralmente abrange componentes tanto clínicos e não-clínicos de uma interação, enquanto a responsividade se concentra apenas nos últimos.

Um sistema de saúde responsivo contribui para a promoção da saúde por ser mais favorável para os indivíduos que procuram atendimento no início, para ser mais aberto em suas interações com os prestadores de cuidados de saúde, e para melhor assimilar as informações de saúde (Valentine et al, 2003).

Quadro 8: Diferença entre os conceitos de satisfação e responsividade

Autor	Satisfação	Responsividade
Silva (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Concentra-se na interação dos cuidados clínicos - Relacionada aos aspectos médicos e não médicos e - Mistura das necessidades percebidas com as expectativas individuais e a experiência do cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia o sistema de saúde como um todo - Relacionada aos aspectos não médicos - Avalia as percepções individuais
Valentine et al (2003) - Tipo de interação - Componentes da interação com o sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Concentra-se em serviços de saúde específicos - Abrange componentes clínicos e não-clínicos de uma interação 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclui o âmbito de avaliar o sistema de saúde como um todo. - Concentra-se apenas nos componentes não-clínicos de uma interação

Fonte: Elaboração própria.

4.1.3 Humanização

O conceito de Humanização surge vinculado à noção de direito humano, na saúde, está relacionado à dimensão ética da atenção à saúde principalmente a relação entre pacientes e profissionais de saúde.

No Brasil esse conceito foi introduzido junto com o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar em 2001 e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

em 2002, e posteriormente com a publicação da Política Nacional de Humanização de 2003 (Vaitsman e Andrade, 2005).

A Humanização da atenção à saúde como uma possibilidade de transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde ao adotar uma postura ética de respeito e acolhimento ao usuário, entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor dos serviços de saúde (Cotta et al, 2005).

Por humanização entende-se valorização dos diferentes sujeitos que estão implicados no processo de produção de saúde, são eles, usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam a Política Nacional de Humanização são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2008).

Dentre os aspectos de como a humanização se operacionaliza no SUS destaca-se, o mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde (Brasil, 2008).

O conceito de humanização para Vaitsman e Andrade (2005) de acordo como vem sendo utilizado no setor saúde, tem componentes políticos que se referem à garantia dos direitos do usuário, que pode ser medida através de conceitos operacionais de satisfação e responsividade (Vaitsman e Andrade, 2005).

Assim, o lugar dos usuários nos serviços de saúde sobressai com a noção de humanização, que possui foco na dimensão humana, individual e ética do atendimento e o foco da dimensão da cidadania (Vaitsman e Andrade, 2005).

Em relação à satisfação dos usuários, o projeto de humanização contempla avaliações periódicas, envolvendo dois aspectos: a criação de condições para a participação ativa dos usuários na avaliação da qualidade dos serviços e a participação da comunidade organizada como parceira dos agentes públicos em ações de apoio e acompanhamento dos serviços (Vaitsman e Andrade, 2005).

Segundo Merhy (1998), ao desenvolver-se nos serviços de saúde capacidades como responsabilizar, resolver, autonomizar, acolher, está adotando-se práticas centradas no usuário. Nesse sentido, devem-se incorporar tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo.

Considera-se essencial para o estabelecimento de novas relações entre os usuários, serviços de saúde e profissionais, com alicerces na humanização e nos direitos de cidadania, a existência de dinâmicas interativas e complementares entre esses atores (Souza et al, 2008).

Estudos rotineiros sobre a satisfação dos usuários com os serviços podem contribuir para a humanização dos mesmos, além de possibilitar a orientação para as necessárias intervenções nos serviços de saúde.

4.2 Instrumentos de pesquisa para avaliação desde a perspectiva dos usuários

No Brasil existem alguns instrumentos para a obtenção de informações sobre a saúde e a atenção recebida desde a perspectiva dos usuários, ainda que não especificamente direcionados à avaliação da satisfação.

Uma importante forma de se obter informações em saúde é através dos Inquéritos Nacionais Populacionais. No Brasil se destacam a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Suplemento Saúde (PNAD – Saúde) e a aplicação da Pesquisa Mundial de Saúde em 2003 no nível nacional, e, posteriormente em dois estados brasileiros com um instrumento adaptado para Atenção Básica.

Inquéritos populacionais em saúde vêm sendo utilizados de forma crescente para obtenção de informações sobre o funcionamento da assistência a saúde no mundo.

O inquérito nacional em saúde no Brasil que tem adquirido periodicidade é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Suplemento Saúde. Realizada nos anos de 1998, 2003, 2008 aborda aspectos relacionados a acesso e utilização de serviços de saúde no país.

A PNAD - Saúde, todavia, trabalha mais com aspectos de utilização do que satisfação. Além dos aspectos de utilização dos serviços de saúde são avaliadas, questões como, a auto-avaliação do estado de saúde, a situação do atendimento, os motivos de procura pelo serviço de saúde, os motivos de não atendimento e os motivos da não procura aos serviços de saúde (PNAD – Saúde, 2003).

Outro inquérito realizado no país cujo instrumento incorporou dimensões da responsividade foi a Pesquisa Mundial da Saúde (PMS), como desdobramento de uma proposta internacional de avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde.

No ano de 2000 foi publicado o Relatório Mundial de Saúde de 2000, cuja metodologia para avaliação do desempenho dos Sistemas de Saúde baseava-se em cinco dimensões: estado de saúde (medido através da esperança de vida ajustada pela incapacidade), desigualdade do estado de saúde, responsividade, desigualdades na capacidade de resposta do sistema de saúde e justiça na contribuição para o financiamento de saúde (Szwarcwald e Viacava, 2008).

Todavia, muitas críticas foram levantadas em relação à avaliação realizada, que comparou o desempenho dos sistemas de saúde dos países em parte com base a modelagens e avaliações de expertos. Com isso no ano de 2001 a OMS propôs a elaboração da Pesquisa Mundial de Saúde em vários países para obtenção de informações populacionais não disponíveis (Szwarcwald e Viacava, 2008).

No Brasil a Pesquisa Mundial de Saúde foi aplicada em 2003, através de inquérito em amostra populacional, em âmbito nacional, sendo pesquisados aspectos como: estado de saúde da população; fatores de risco; situações crônicas; utilização de medicamentos e de serviços de saúde e finalmente o grau de satisfação com a resposta dos serviços de saúde do ponto de vista dos usuários (Szwarcwald et al, 2004).

Em 2005, o instrumento de pesquisa foi adaptado para avaliar a atenção básica e realizadas novas pesquisas com amostras populacionais em municípios de dois estados brasileiros, o Rio de Janeiro e Pernambuco, sendo chamada de Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica (Szwarcwald *et al*, 2006).

Em relação à satisfação dos usuários a investigação abrangeu 16 perguntas que dão conta da maioria dos aspectos de responsividade (Gouveia et al, 2009) assim também como proposto por Valentine et al. Os aspectos estudados foram: tempo gasto até o provedor do cuidado; tempo de espera para atendimento; clareza na explicação dos profissionais; disponibilidade de tempo para perguntas a respeito de problemas de saúde e tratamentos; tratamento respeitoso por parte dos profissionais; respeito pela intimidade física durante o atendimento; possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames; participação na tomada de decisão sobre cuidados em saúde e tratamento; privacidade junto aos profissionais de saúde; sigilo de informações pessoais; liberdade de escolha do profissional de saúde, limpeza das instalações inclusive banheiros; espaço disponível em salas de espera e atendimento (Gouveia et al, 2005).

Na parte correspondente à avaliação de satisfação na pesquisa nacional, o critério que obteve os piores graus foi o tempo de espera para atendimento, enquanto aspectos como intimidade, o sigilo das informações pessoais e as competências dos profissionais de saúde receberam a pontuação mais elevada de satisfação (Gouveia et al, 2005).

Segundo Szwarcwald e Viacava (2008), o inquérito populacional da Pesquisa Mundial da Saúde proporcionou informações relevantes para a avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde assim como o monitoramento das desigualdades socioeconômicas

em saúde além de possibilitar um panorama da complexidade do objeto e possibilitando assim subsídios para a tomada de decisões.

Vale destacar que este é um instrumento que avalia a satisfação dos usuários com o Sistema de Saúde como um todo, e não com algum serviço de saúde específico como proposto pelo presente trabalho.

Entre os instrumentos internacionais com foco na atenção primária, destacam-se o Primary Care Assessment Tool (PCATool) e o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP).

O PCATool se destaca por ter sido desenvolvido em um importante centro de pesquisa que conta com uma equipe de pesquisadores de renome na discussão da Atenção Primária e pelo fato desse instrumento ter sido adaptado, validado e aplicado em diversos municípios brasileiros. É dirigido à avaliação dos atributos da APS, não sendo especificamente um instrumento para a avaliação de satisfação.

O instrumento EUROPEP se destaca por ser um instrumento já validado e aplicado em 16 países diferentes. Representa uma possível alternativa da institucionalização da avaliação da Atenção Básica desde a perspectiva dos usuários e por ser o instrumento que será adaptado e utilizado no presente trabalho

Segundo pesquisas internacionais os sistemas de saúde com APS robusta, que possuem os atributos de: acessibilidade, APS como porta de entrada, vínculo ou longitudinalidade, elenco de serviços ou integralidade, coordenação ou integração de serviços, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional, estão correlacionadas com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e alto grau de satisfação dos usuários (Macinko et al, 2003).

Para avaliar a presença e a efetividade dos atributos essenciais e derivados da APS, Starfield desenvolveu um instrumento na “*The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for de Underserved Populations*” (Cassady et al, 2000). Este instrumento o *Primary*

Care Assessment Tool (PCATool) possui três componentes, são eles: *Child Consumer/Client Survey*, *o Adult Consumer/ Client Survey* e *o Facility/Provider Survey* (van Stralen, 2008).

O instrumento conta com 77 perguntas sobre os atributos da APS com respostas em escala do tipo Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributo. O valor final de cada atributo é calculado com a média das respostas. São produzidos 2 escores: a média dos valores dos atributos essenciais e de suas subdivisões produz o Escore Essencial da Atenção Primária a Saúde, e a média dos escores dos atributos essenciais com os atributos derivados produz o Escore Geral da APS.

São considerados como atributos essenciais da APS: o acesso do primeiro contato com o sistema de saúde; a continuidade e integralidade da atenção; a coordenação da atenção no sistema e o vínculo e longitudinalidade. E os atributos derivados são a atenção a saúde centrada na família e a orientação comunitária (Starfield, 2002).

No Brasil o PCATool foi validado por um grupo de pesquisa no Rio Grande do Sul e em outra iniciativa adaptado por Almeida e Macinko (2003).

Em 2002, foi realizado um estudo seccional de validação da versão infantil do instrumento PCATool no município de Porto Alegre no Rio Grande do Sul (Harzhein et al, 2006). No estudo o questionário foi aplicado aos cuidadores de menores de oito anos usuários de serviços públicos em Unidades de Atenção Básica (UBS), que representam APS tradicional e equipes do Programa de Saúde da Família.

O processo de validação contou com: tradução (do inglês para o português), tradução reversa (inglês para o português) além de pré-teste, análises de validade e confiabilidade e validação dos conteúdos com a opinião de nove *experts* (Harzhein et al, 2006).

Outra adaptação do instrumento PCATool para avaliação rápida dos elementos organizacionais e de desempenho do sistema de atenção básica do SUS foi realizada no município de Petrópolis no Rio de Janeiro. Na aplicação pesquisou-se a diferença das

opiniões em relação a unidades tradicionais de atenção básica e o Programa de Saúde da Família (Macinko et al, 2003).

Em contraste com a versão original, essa versão contém cem perguntas divididas em oito dimensões. São elas, acessibilidade, porta de entrada, logitudinalidade, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional (Macinko et al, 2003).

Instrumentos similares são aplicados aos gerentes dos serviços de APS, aos profissionais, e, aos usuários.

Esta versão adaptada por Almeida e Macinko do PCATool foi utilizada como instrumento de avaliação em estudos financiados pelo Ministério da Saúde através do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em grandes centros urbanos (Proesf) para o desenvolvimento de estudos avaliativos do tipo linhas de base da implantação do SF nos municípios (Ibañes et al, 2006).

Entre essas pesquisas, o PCATool foi utilizado em um estudo envolvendo 62 municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de São Paulo. No estudo os quesitos, segundo a opinião dos usuários, que obtiveram o maior percentual de respostas positivas foram a porta de entrada, o vínculo, e os profissionais de saúde e os menores percentuais foram o enfoque familiar, a orientação comunitária, a coordenação e acessibilidade. Ou seja, de uma forma geral as dimensões que envolvem a atenção direta nas unidades de saúde são mais bem avaliadas do que outras cuja essência requer mudanças profundas na cultura e comportamento dos serviços (Ibañes et al, 2006).

Em outro estudo o PCATool também foi utilizado para comparar as modalidades assistenciais Programa de Saúde da Família e Unidades Básicas tradicionais por extrato de exclusão no município de São Paulo, considerando as opiniões dos usuários, profissionais de saúde e gestores (Elias et al, 2006).

Também foi realizado um estudo utilizando o PCATool em sete municípios do Estado de Goiás e dois de Mato Grosso do Sul, envolvendo 36 unidades da Estratégia de Saúde da Família e 28 unidades básicas tradicionais. Com a análise dos questionários aplicados observou-se que os serviços da Estratégia de Saúde da Família foram melhores avaliados (Van Stralen et al, 2008).

Van Stralen et al (2008:150) ressaltam algumas importantes diferenças de definição de Atenção Primária a Saúde que apoiam o PCATool da concepção de atenção básica adotada para a Estratégia de Saúde da Família. Relatando que o PCATool enfoca a relação médico paciente, o agente principal é o clínico e a ESF enfoca a unidade familiar, o agente principal é a equipe multidisciplinar e o trabalho do agente comunitário de saúde, atentando assim para o fato do PCATool ser pouco sensível para diversos aspectos da Estratégia de Saúde da Família implantada no Brasil.

Por sua vez, o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) é um instrumento específico de avaliação da satisfação dos usuários, padronizado e validado a fim de permitir comparações da qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de atenção primária em nível internacional.

4.2.1 Instrumento EUROPEP

O EUROPEP é um instrumento de medição da satisfação dos usuários de serviços médicos de medicina geral e familiar na Europa, que busca subsidiar a administração dos serviços e a gestão em saúde (Ferreira e Raposo, 2006).

O instrumento EUROPEP está associado à qualificação da gestão, segundo Ferreira e Raposo (2006). A gestão qualificada inclui um conjunto de boas práticas para a tomada de decisão, a implementação de soluções, a avaliação, o monitoramento e a correção quando necessário. Assim a avaliação da satisfação dos usuários, como um instrumento de qualificação da gestão orienta a implementação de mudanças que permitam melhorar o

sistema de saúde, respondendo as reais necessidades dos usuários, para atingir a qualidade desejada e necessária.

O instrumento EUROPEP foi desenvolvido para permitir a comparação internacional da medicina de família na Europa. Tais comparações entre países com diferentes sistemas de saúde podem ajudar os *policy makers* a melhorar os sistemas de atenção primária na Europa.

Neste momento o EUROPEP encontra-se traduzido em 15 idiomas (Pisco, 2003). Foi aplicado em países como: Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Islândia, Holanda, Noruega, Eslovênia, Suécia, Suíça, Reino Unido, Israel, Portugal.

O questionário EUROPEP começou a ser desenvolvido em 1995 por investigadores de oito países, através de um estudo sobre as prioridades dos pacientes, seguindo-se em 1996 os primeiros testes com estudos qualitativos e quantitativos e em 1997 o estudo de validação e os procedimentos formais de tradução.

Foram realizados estudos preparatórios para a elaboração do EUROPEP identificando as prioridades dos usuários nos cuidados de clínica geral e medicina familiar. Segundo Grol e Wensing (2000) as avaliações dos cuidados pelos usuários só podem ser pesquisados quando houver uma compreensão das suas expectativas e opiniões sobre o cuidado.

Uma busca sistemática de pesquisas sobre os aspectos prioritários do cuidado na perspectiva dos usuários foi realizada, resultando em 57 estudos que preencheram os critérios de inclusão. A análise demonstrou que estes 57 estudos enfocam aspectos muito diferentes do cuidado e em geral abordam apenas um ou dois aspectos (por exemplo, competência profissional ou humanidade) (Grol e Wensing, 2000).

Com base em uma análise detalhada de 19 estudos que foram capazes de classificar diferentes aspectos do cuidado, as seguintes dimensões foram consideradas pelos pacientes como as mais importantes em pelo menos 50% dos estudos: humanidade, competência / precisão, o envolvimento do paciente nas decisões, o tempo para prestação de cuidados, a

disponibilidade e acessibilidade, informação e disponibilidade de serviços especiais (Grol e Wensing, 2000).

Neste instrumento entende-se que para estudar a satisfação, portanto, é importante explorar as expectativas, necessidades e prioridades dos pacientes relacionados com os cuidados de APS, e também reunir informações sobre as experiências de pacientes com real prestação de cuidados.

O EUROPEP utiliza o conceito de "avaliações dos pacientes" aqui, referindo-se a "avaliações subjetivas dos diferentes aspectos da prestação de cuidados em relação a pontos positivos e negativos" do cuidado recebido (Jung, 1999). Assume-se ser uma reação cognitiva, em contraste com satisfação, que é assumido como sendo uma reação (geral) emocional para uma situação específica.

O EUROPEP também foi projetado para fornecer *feedback* educacional para profissionais, médicos de família, clínicos gerais e pacientes. Tal retorno visa estimular os profissionais a melhorarem aspectos específicos de sua prática, desempenho e a organização dos cuidados (Grol e Wensing, 2000).

Embora vários instrumentos validados estivessem disponíveis no início do estudo EUROPEP em 1995, um instrumento validado internacionalmente para medir as avaliações dos usuários de cuidados de medicina geral e familiar não existia.

Um grupo de trabalho com representantes de oito países executou uma série de estudos e atividades entre 1995 e 1999, a fim de desenvolver e testar o instrumento EUROPEP, nos anos de 1998 a 1999, mais sete países aderiram ao projeto.

Um fator que contribuiu para o emprego deste instrumento em outros países é o seu próprio processo de elaboração.

Muitos questionários internacionais têm sido desenvolvidos em um país específico e depois traduzidos para outros idiomas, o que pode induzir problemas culturais e lingüísticos.

Uma característica do instrumento EUROPEP que ameniza essa questão é que foi desenvolvido por um grupo internacional desde o início e testado em distintas culturas.

Características do instrumento Europep

A) Conceito: O instrumento busca apreender as avaliações dos usuários sobre aspectos específicos da prática da medicina geral e de família.

Segundo Grol e Wensing (2000), seu foco não seria nem em relação a respostas emocionais do paciente (satisfação), nem em experiências reais com a prática de cuidados gerais (relatos dos usuários), embora a distinção entre os conceitos seja difícil.

O modelo corresponde à equação: avaliação = expectativa em relação ao cuidado menos a experiência do cuidado recebido. Por isso são dirigidas as avaliações dos usuários diretamente e não para as suas expectativas e experiências (Grol e Wensing, 2000).

B) População de usuários: É focada em usuários que tenham tido experiência recente (nos últimos 12 meses) com a atenção por serviços de medicina geral e de família (Grol e Wensing, 2000).

C) Aspectos dos cuidados de saúde (validade de conteúdo): Os aspectos da prática da medicina geral e de família cobertos pelo instrumento devem refletir as prioridades dos doentes sobre as principais áreas de clínica geral e familiar (Grol e Wensing, 2000).

Particularmente importante foi a relevância dos aspectos de satisfação destacados por pacientes em países com diferentes culturas, línguas e organização de cuidados de saúde. Estes aspectos prioritários foram utilizados para o desenvolvimento de critérios explícitos e seleção de perguntas do questionário, a fim de garantir boa validade de conteúdo do instrumento.

D) Confiabilidade: Cada questão no instrumento EUROPEP tem conteúdo próprio e específico, por isso é não apenas um indicador de uma dimensão subjacente de cuidados de clínica geral. As dimensões selecionadas para avaliar foram empiricamente confirmadas por

meio dos estudos preparatórios para construção do instrumento EUROPEP (Grol e Wensing, 2000).

E) Sensibilidade: O instrumento EUROPEP deve ser capaz de identificar a variação relevante em avaliações da prática da medicina geral e de família em diferentes países (Grol e Wensing, 2000).

F) Validade de critério: um padrão ouro para a satisfação do paciente com cuidado ainda não está disponível, mas o instrumento vai produzir dados sobre as avaliações de aspectos específicos do atendimento nos diferentes países (Grol e Wensing, 2000).

G) Validade de construto: Enquanto não há, nenhuma norma de ouro para validar o instrumento EUROPEP, as questões devem estar ligadas a outras medidas que de alguma forma podem ser previstas de antemão. Por exemplo, o estudo deve estar alinhado com a maioria dos estudos, que mostram que as pessoas idosas têm avaliações mais positivas do que os jovens. Portanto, os estudos do projeto EUROPEP foram validados em relação a resultados de diferentes estudos da literatura internacional. (Grol e Wensing, 2000).

Estudos sobre a validade e confiabilidade do instrumento EUROPEP

Para validar o instrumento EUROPEP foram realizados diversos estudos e procedimentos, tais como:

- A) Estudo de prioridades dos usuários e desenvolvimento do instrumento (1996);
- B) Estudo piloto qualitativo (1996);
- C) Estudo piloto quantitativo (1996);
- D) Procedimento formal de tradução (1997);
- E) Estudo de validação (1997);
- F) Seleção final dos itens (1997);

G) Validação final: Psicometria do estudo (1998) (Grol e Wensing, 2000).

A seguir, são descritas todas essas as etapas:

A) Estudo de prioridades dos usuários e desenvolvimento do instrumento

Os aspectos da prática da medicina geral e de família incluídos no instrumento EUROPEP incorporaram primeiramente as prioridades dos pacientes sobre a qualidade do atendimento. Para tal, foi realizado um estudo em oito países para identificar as prioridades do paciente, bem como uma revisão sistemática da literatura nesta área.

Foi um processo estruturado para fazer uma seleção preliminar dos itens que refletem as prioridades do paciente e contemplar as principais dimensões dos cuidados de clínica geral, através desses inquéritos.

Em seguida, os itens específicos foram formulados pelo núcleo de pesquisadores que enviaram comentários para os membros do grupo de trabalho EUROPEP em 1996. Foram utilizados cerca de 50 questionários de satisfação de pacientes para apoiar este processo (Grol e Wensing, 2000).

Um grupo núcleo revisou os itens com base nas observações e desenvolveu questionário que foi testado.

O questionário incluía uma lista estruturada de 38 aspectos relevantes ao cuidado, dividido em cinco eixos: 1) técnica médica do cuidado, 2) relação médico-paciente, 3) informação e apoio, 4) disponibilidade e acessibilidade e 5) organização dos serviços.

Todos os 38 aspectos foram observados como importante no contexto dos cuidados de clínica geral, mas os pacientes opinaram sobre a importância dos aspectos, e também como os classificaram.

A pesquisa foi realizada em uma amostra de 3.540 pacientes. Os aspectos da prática assistencial mais valorizado em todos os países foram:

- Tempo suficiente durante as consultas
- Atenção rápida em caso de emergências
- Confidencialidade das informações sobre os pacientes
- Profissional fornecer todas as informações que eles querem saber sobre sua doença
- Se sentir à vontade para falar sobre seus problemas.

B) Estudo piloto qualitativo

O estudo piloto qualitativo ocorreu em 1996 e objetivou a construção de um questionário em inglês para a realização de estudos, na cidade de Leicester no Reino Unido, os pacientes foram abordados na sala de espera e foram questionados se poderiam levar para casa o instrumento, preenchê-lo e enviá-lo de volta no envelope de resposta paga.

Os usuários que concordaram foram convidados para ajudar no desenvolvimento do questionário através de uma entrevista por telefone. As entrevistas por telefone foram realizadas por dois pesquisadores por dois dias e foram gravadas.

A primeira versão do instrumento EUROPEP, era composta por 48 perguntas com uma escala de cinco pontos.

Com este processo vários problemas foram detectados e o instrumento foi revisado (Grol e Wensing, 2000). Quatro questões sobre as atitudes gerais foram formuladas, as perguntas adicionais também utilizaram os mesmos cinco pontos de gradação de escala (muito bom, bom, regular, ruim e péssimo).

C) Estudo piloto quantitativo

Este estudo ocorreu em 1996 e foi realizado para avaliar a variação dos escores entre a resposta dos usuários e para testar a viabilidade dos processos de seleção de usuários em diferentes países (Grol e Wensing, 2000).

A versão em inglês do questionário derivado do estudo qualitativo no Reino Unido foi traduzido em diferentes idiomas.

Em cada um dos cinco países, cerca de 50 pacientes inscritos junto a dois a quatro médicos foram selecionados. Aos pacientes foi entregue um questionário no momento da visita ao médico e foi pedido para que o usuário completasse e enviasse por correio.

Neste estudo, 239 pacientes responderam ao questionário (53 da Dinamarca, 38 da Alemanha, 51 de Holanda, 44 da Noruega e 53 do Reino Unido) (Grol e Wensing, 2000).

Para análise, a contagem simples das frequências foi feita por país, para determinar a variação dos escores entre os pacientes, bem como os percentuais de pacientes que responderam ao diferentes tipos de perguntas.

Este estudo levantou algumas questões fundamentais que foram discutidas pelo grupo EUROPEP em junho de 1996, como por exemplo, tamanho do questionário, o tempo em que as perguntas se referem, nos últimos 6 meses ou nos últimos 12 meses de atuação do médico. Com base nas discussões, uma nova versão do questionário foi elaborada compreendendo 44 itens (Grol e Wensing, 2000).

D) Procedimento formal de tradução

Em 1997, em cada um dos países participantes, um procedimento sistemático foi seguido para traduzir a nova versão em inglês do questionário de 44 itens (Grol e Wensing, 2000).

A versão do questionário Inglês foi traduzida por três pessoas, incluindo pesquisadores em geral e um tradutor profissional, permitindo a detecção de erros e divergências de interpretação de itens ambíguos.

Em uma reunião de consenso destes indivíduos, as traduções foram comparadas, onde cada um dos itens foi discutido separadamente e todos os problemas de tradução foram registrados.

Depois da reunião, foi realizada a tradução reversa para o inglês e os pesquisadores analisaram as discrepâncias com a discussão de uma versão final do questionário de cada país (Grol e Wensing, 2000).

E) Estudo de validação

O estudo de validação em 1997, teve como objetivo avaliar a pertinência das questões para cada paciente, bem como sua sensibilidade à variação entre pacientes (Grol e Wensing, 2000).

Foram realizadas pesquisas entre os usuários de oito países para avaliar esta versão dos 44 itens de instrumento. Usuários adultos maiores de 18 anos receberam um questionário no momento da consulta, preencheram e enviaram em um envelope pré-pago para o instituto de pesquisa.

Em cada país, cerca de 200 usuários foram selecionados de 4 ou 5 profissionais médicos. Em oito países, um número pequeno de usuários (10-25 por país) foi entrevistado por telefone, depois de terem devolvido o questionário a fim de determinar se as perguntas e as instruções foram devidamente compreendidas.

Ao total 1.008 usuários de oito países responderam (168 da Dinamarca, 104 da Finlândia, 125 da Alemanha, 142 da Holanda, 157 da Noruega, 35 de Portugal, 117 do Reino Unido e 160 da Suécia) (Grol e Wensing, 2000).

Através dessas aplicações do instrumento uma lista de 44 questões para a qualidade dos cuidados da prática da medicina geral e de família foi desenvolvida.

F) Seleção final dos itens

O objetivo desta atividade foi fazer a seleção final dos itens que seriam incluídas no instrumento EUROPEP. Para tal, uma série de critérios foi formulada: critérios absolutos e relativos.

Critérios absolutos significam que os escores desses critérios tiveram consequência direta na inclusão ou exclusão das perguntas e os critérios relativos, significam que a pontuação seria o total do escore alcançado (Grol e Wensing, 2000).

Critérios em relação aos aspectos do cuidado:

1) Cobertura: Pelo menos 2 itens foram incluídos para cada uma das seguintes dimensões: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação; instalações, disponibilidade e acessibilidade. O número final de perguntas por dimensão foi necessariamente igual (critério absoluto).

2) Importância

2.1) Todos os aspectos dos cuidados que foram classificados no top-10 das prioridades dos pacientes em pelo menos 4 dos 8 países (dados do estudo de prioridades EUROPEP) foram incluídas no questionário (critério absoluto).

2.2). Todos os aspectos do cuidado que foram classificados no top-10 das prioridades dos pacientes em pelo menos um país no estudo das prioridades tiveram uma pontuação positiva para a importância (critério relativo).

Critérios em relação as questões individuais:

1) Resposta dos itens

1.1) As perguntas foram excluídas, se a resposta do item foi inferior a 30% em mais de 1 país (critério absoluto).

1.2) Perguntas que tinham resposta do item superior a 80% em pelo menos 4 dos 8 países tiveram uma pontuação positiva para a resposta (critério relativo).

2) Linguagem

Itens foram excluídos quando ocorreu problema de tradução quando encontrada em pelo menos dois países (critério absoluto).

Como resultado dessa etapa de seleção final os 23 itens foram selecionados para o instrumento EUROPEP (Grol e Wensing, 2000).

G) Validação final: Psicometria do estudo

Este estudo teve como objetivo avaliar as características psicométricas dos 23 itens do instrumento EUROPEP com relação à validade de conteúdo (resposta aos itens) e confiabilidade (consistência interna).

Uma amostra de 16 países europeus foi incluída no estudo, refletindo uma variedade de sistemas de cuidados primários de saúde. A amostra foi estratificada de acordo com práticas de cuidado e urbanização em cada país, para refletir a situação nacional, o mais próximo possível da realidade (Grol e Wensing, 2000).

A população de usuários foi constituída por indivíduos que recentemente (nos últimos 12 meses) se consultaram com o clínico geral ou médico de família.

Foram reunidos 1.080 pacientes por país, sendo 45 a 80 usuários por profissional de saúde. O usuário foi orientado a preencher o questionário em casa e enviá-lo em um envelope pré-pago para a unidade de pesquisa (exceto em Israel, onde questionários foram coletados no consultório).

Em 12 dos países, lembretes foram enviados para os que não responderam o questionário três semanas após a entrega do mesmo.

Desta forma foi construído o instrumento EUROPEP final que é um instrumento multidimensional, composto por 23 perguntas sobre as avaliações de usuários de aspectos específicos de cuidados de clínica geral e medicina de família, utilizando-se uma escala com 5 possibilidades de resposta (muito bom, bom, regular, ruim e péssimo).

Com a escolha definitiva das 23 questões e a validação final em 1998, em 1999 foram efetuadas as primeiras avaliações e no ano 2000 foram publicados os primeiros resultados em nível internacional (Pisco, 2003).

O questionário EUROPEP final de avaliação a atenção prestada pelo profissional médico de família e comunidade, é composto por três partes:

- A) Indicadores chaves
- B) Indicadores de áreas específicas de satisfação
- C) Informações sobre os usuários (Ferreira e Raposo, 2006).

Os indicadores chaves correspondem a:

A1) Relação e comunicação. Representado por 6 perguntas, envolvendo questões como: duração da consulta, interesse do profissional, forma que o usuário foi envolvido nas decisões sobre o cuidado, forma que o médico ouviu o usuário, confidencialidade das informações e facilidade do usuário de se sentir à vontade com o profissional;

A2) Cuidados médicos. Representado por 5 perguntas, envolvendo questões como: alívio rápido dos sintomas, ajuda para obtenção de melhora para desenvolvimento das tarefas diárias, atenção dedicada, exame que o profissional fez, oferta de serviços de prevenção de doenças.

A3) Informação e apoio. Representado por 4 perguntas, envolvendo as questões: explicação detalhada sobre exames e sintomas da doença, apoio para enfrentar problemas emocionais, informação para que o usuário compreenda a importância de seguir os conselhos, prescrições.

A4) Continuidade e cooperação. Representado por 2 perguntas, envolvendo questões como: o conhecimento do profissional sobre o que falou e fez na consulta, e se o profissional

orientou sobre o que esperar dos cuidados hospitalares e de especialistas quando encaminhado.

A5) Organização dos serviços. Representado por 6 perguntas, envolvendo as questões: apoio do pessoal do centro de saúde, marcar uma consulta em horário e data adequada, facilidade de falar ao telefone com o centro de saúde e com o profissional médico, tempo de espera e por fim a rapidez com que os problemas foram resolvidos.

Os Indicadores de áreas específicas de satisfação correspondem a:

B1) Consulta, marcação e acessibilidade. Envolvendo as questões: motivo da consulta, forma de marcação da consulta, tempo de espera entre o dia da consulta e o da marcação, tempo que permaneceu no centro de saúde.

B2) Características dos profissionais. Envolvendo questões como: pontualidade, atenção aos usuários.

B3) Condições do centro de saúde e os serviços prestados. Envolvendo questões como: respeito com que foi tratado, liberdade de escolha, serviços ao domicílio, qualidade das instalações.

E a terceira parte do instrumento inclui as informações sobre os usuários por meio de:

C1) Dados socioeconômicos (gênero, idade, situação familiar, escolaridade, situação de trabalho),

C2) Dados de saúde (auto-percepção do estado geral e prevalência de doenças crônicas)

C3) Atitudes após a experiência (recomendação do profissional e vontade de mudar de profissional).

Para cada indicador é calculado um índice, obtido através das médias das perguntas (Ferreira e Raposo, 2006).

Em relação à aplicação do instrumento, estes são entregues aos usuários que os preenchem em casa e enviam o questionário por correio ao Centro de Saúde. A aplicação do questionário tem periodicidade anual, e os médicos no momento em que são contratados são informados dessa forma de avaliação.

O instrumento possui como pontos positivos, o fato de ser um questionário simples, de rápida aplicação e de fácil preenchimento, ter sido aplicado em diversos países e possibilitar análises comparadas internacionais, e, por se configurar como um instrumento de institucionalização da avaliação desde a perspectiva dos usuários. Por estas características o instrumento pode assim desenvolver um papel de utilidade prática para a gestão da atenção primária a saúde e até mesmo para o sistema de saúde como um todo.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Adaptar um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, adequado à Estratégia de Saúde da Família, tendo por base o instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP).

5.2 Objetivos específicos

- Revisar e adaptar o instrumento Europep;
- Aplicar o instrumento EUROPEP adaptado a uma amostra de usuários da Estratégia de Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria;
- Avaliar a satisfação dos usuários com o profissional médico da equipe de Saúde da Família;
- Analisar as relações entre características sócio demográficas dos usuários com os padrões de respostas;
- Reformular o instrumento a partir dos resultados da aplicação.

6. METODOLOGIA

A avaliação desde a perspectiva dos usuários pode se configurar como uma ferramenta para investigar a efetividade e resolutividade dos serviços de saúde. De acordo com Bleich et al (2009) a avaliação pela perspectiva dos usuários, capacita os gestores na identificação de formas de melhorar a atenção à saúde prestada e a reduzir os custos dos serviços de saúde. Outra contribuição importante refere-se à influência positiva da satisfação do usuário com um serviço/ profissional sobre a adesão ao tratamento (Albuquerque e Devaza, 2009).

Assim conhecer os problemas vivenciados pelos usuários permite empreender estratégias para saná-los contribuindo para melhoria da satisfação e conseqüentemente aumento da adesão ao tratamento e da efetividade da atenção à saúde prestada.

A presente pesquisa visou adaptar um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, o instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS, o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP) e adequá-lo para uso no monitoramento rotineiro da atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

O estudo foi composto por duas fases, sendo uma de revisão e adaptação do questionário EUROPEP, versão de Portugal, e a segunda de aplicação do instrumento com a realização de um inquérito transversal com amostra representativa dos usuários da Estratégia de Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germana Sinval Faria (CSEGSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em Manguinhos no Rio de Janeiro.

O trabalho foi realizado em parceria com a equipe do Programa de Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)¹ que desenvolve um projeto sobre avaliação da ESF desde a perspectiva dos usuários através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde²) no CSEGSF.

4.1 Caracterização do local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP que cobre a população do complexo de Manguinhos, englobando 16 comunidades. Em outubro de 2008, o CSEGSF contava com 59.865 prontuários individuais abertos ao longo do tempo (pesquisa realizada no GIL em 31/ 10/ 2008).

O Centro de Saúde Escola da ENSP, criado em 1967, atua nas áreas da assistência, ensino e pesquisa. Apresenta um caráter misto na oferta dos serviços. Funcionam no mesmo espaço: Equipes de Saúde da Família, profissionais médicos das clínicas básicas (pediatria, clínica médica e ginecologia), outros especialistas (psiquiatria, dermatologia, geriatria, infectologia, homeopatia, acupuntura) e profissionais das áreas de nutrição, serviço social,

¹ Da linha de pesquisa: Evidência clínica e organizacional, modelos assistenciais, educacionais e avaliação da qualidade em Atenção Primária à Saúde sob a coordenação do Professor Doutor Carlos Eduardo Aguilera Campos.

² O PET – Saúde, instituído em 2008 tem como objetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Caracteriza-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências e é dirigido aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS. Está previsto no Programa Mais Saúde – Direito de Todos – 2008-2011, Eixo 4 - Força de Trabalho em Saúde – medida 4.3: “Qualificar e adequar a formação profissional em saúde com a colaboração de equipes de Saúde da Família selecionadas, utilizando ambientes comunitários e de centros de saúde” (Portal da Saúde, 2010) .

psicologia. O Centro de Saúde realiza também atividades preventivas, como imunização, atividades de vigilância epidemiológica e trabalhos de promoção à saúde nas comunidades do Complexo de Manguinhos.

A estrutura física do Centro de Saúde é ampla e inclui quinze consultórios para atendimento individual multidisciplinar, três salas para grupos, infra-estrutura de serviços complementares e um laboratório de análises clínicas.

Uma de suas prioridades, no momento, é a reorientação do serviço para promoção da saúde, favorecendo as práticas baseadas na melhoria da qualidade de vida dos moradores do Complexo de Manguinhos. Tem como um dos enfoques centrais a intersetorialidade, articulando-se com a comunidade e outras instituições para o enfrentamento dos problemas da área, a partir de uma visão global (ENSP, 2010).

O Complexo de Manguinhos localiza-se entre os bairros de Benfica e Bonsucesso, no município do Rio de Janeiro, na área programática 3.1. É cortado por dois rios, pela Linha Férrea da Leopoldina e margeado por grandes avenidas como a Avenida Brasil, Avenida dos Democráticos e Linha Amarela.

O bairro caracteriza-se por grande quantidade de construções irregulares, uma inadequada rede de saneamento básico, com moradias de risco (Boldstein e Zancan, 2002). Recentemente vem recebendo obras de melhoria de infra estrutura por meio de uma intervenção do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em parceria entre o governos federal e estadual.

Manguinhos apresenta baixo desenvolvimento humano. Segundo dados do Instituto Pereira Passos, no ano de 2000, Manguinhos se encontrava na 122ª colocação em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano entre os 126 bairros do município, com um IDH de 0,726 (Instituto Pereira Passos, 2009).

O Complexo de Manguinhos é constituído por 16 comunidades. São elas: Parque Carlos Chagas, Greenville, Nelson Mandela, Samora Machel, Nova Era, Embratel, Mandela

de Pedra, Parque Oswaldo Cruz, Monsenhor Brito, Vila São Pedro, Agrícola de Higienópolis, Habitacional Provisória 2, Vila Turismo, Parque João Goulart, Vila União, Ex-combatentes.

Essas comunidades estão imersas em situação de violência e pobreza, e são marcadas por déficits de aparatos públicos como de saúde e educação. A comunidade destaca-se pelo baixo nível de escolaridade e o baixo rendimento nominal mensal, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 1: Indicadores de escolaridade e renda segundo comunidade do complexo de Manguinhos, Rio de Janeiro, 2000

Comunidades	Nº médio de anos de estudos	Rendimento nominal médio mensal (R\$)
Mandela de Pedra	3,9	161,0
Parque João Goulart	4,9	327,6
Samora Machel	4,7	324,0
Monsenhor Brito	5,1	385,7
Parque carlos Chagas	5,2	378,7
Habitacional Provisória 2	5,3	318,9
Vila Turismo	5,3	363,7
Parque Oswaldo Cruz	6,1	564,4
Área coberta por PSF Manguinhos	5,1	360,6
Área não coberta pelo PSF Manguinhos	5,6	359,2

Fonte: Adaptado de Soranz (2008)

Neste território, a ESF foi implantada no ano 2000 por meio de convênio estabelecido entre a ENSP e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. As duas primeiras equipes de saúde da família implantadas no CSEGSF adscreveram população das comunidades Mandela de Pedra e Parque João Goulart (Mello, 2008).

Em 2004, foram implantadas outras seis equipes para cobrir as seguintes comunidades: Comunidade Agrícola de Higienópolis, Conjunto Habitacional Provisório 2,

Monsenhor Brito, Parque Carlos Chagas, Parque Oswaldo Cruz, Samora Machel, Vila São Pedro e Vila Turismo; alcançando-se assim cobertura de 10 das 16 comunidades da região (Mello, 2008). Com essa expansão estima-se que o total da população coberta passou, de 11,9% do bairro de Manguinhos para 83,0% em 2004 (Soranz, 2008).

Juntas, as oito equipes de Saúde da Família do CSEGSF cobrem 45 setores censitários alcançando 37.423 pessoas (tabela 2). Outros seis setores também correspondem à área de responsabilidade sanitária do CSEGSF/ENSP, contudo não são cobertos pela ESF.

Na tabela a seguir é apresentada a distribuição da população e das famílias segundo equipe de saúde da família do CSEGSF.

Tabela 2: Distribuição populacional segundo equipe de Saúde da Família no CSEGSF no Complexo Manguinhos, Rio de Janeiro, 2008

Comunidades	População	No. Famílias
Conjunto Habitacional Provisório 2	3317	1056
Comunidade Agrícola de Higienópolis	1165	406
Vila São Paulo	1100	400
Parque Carlos Chagas	3.840	1.162
Samora Machel	4.672	1.328
Mandela de Pedra	4.016	1.111
Parque Oswaldo Cruz	3.392	1.104
Monsenhor Brito	3.507	1.158
Habitacional Provisória 2	4.056	1.094
Vila Turismo	4.213	1.313
Parque João Goulart	4.145	1.362
Total	37.423	11.494

Fonte: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, 2009.

Em 2009, a coordenação da ESF de Manguinhos iniciou um processo de atualização de seus dados por meio de cadastramento das famílias com o objetivo de realizar o cálculo populacional para efetivar 100% de cobertura da ESF dentro de um processo de organização local do território denominado Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS - Manguinhos).

Para constituir a TEIAS ocorreu em 2010 um processo de reestruturação da ESF no complexo de Manguinhos. Foi implantada no território outra unidade de saúde, a Clínica da Família Victor Valla, que é responsável pela cobertura das comunidades de Samora Machel, Mandela 1, Mandela de Pedra, Conab, Desup, Vila União e Ex-Combatentes. Na nova unidade foram implantadas sete Equipes de Saúde da Família. Parte destas equipes foi transferida do CSEGSF que em 2010 passou a contar com apenas 6 Equipes de Saúde da Família.

O total de capacidade instalada do SUS, em Manguinhos inclui duas unidades básicas de saúde, o CSEGSF e a Clínica Victor Valla, e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (construída no ano de 2009) como unidades públicas prestadoras de assistência à saúde para a população local.

4.2 Instrumento de pesquisa

A presente dissertação tem como base o questionário EUROPEP que foi adaptado para a realidade do Brasil e aplicado aos usuários das equipes de saúde da família da comunidade de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Uma das vantagens de tomar como base o EUROPEP é que o questionário utilizado já foi validado e aplicado em 16 países (Pisco, 2003), não se tratando de um questionário *home made*. As sucessivas validações aprimoraram o questionário tornando-o mais adequado para uso nos serviços de APS.

Segundo Esperidião e Trad (2005), um estudo de meta análise realizado por Hall e Dornan de 1998, com uma amostra de 221 estudos, mostrou que 97% dos instrumentos utilizados para captação de respostas referentes à satisfação dos usuários são elaborados pelos próprios pesquisadores, chamados de *home made questionnaire*, e apenas 3% são de questionários já utilizados em outras pesquisas. Os autores consideraram que questionários *home made* apresentam baixa confiabilidade e validade ou podem ser muito específicos.

No questionário EUROPEP, o endereçamento das questões relativas à satisfação é de abordagem direta e indireta.

As questões diretas referem-se explicitamente aos níveis de satisfação com experiências dos serviços e a abordagem indireta infere os níveis de satisfação a partir de questões dirigidas aos usuários em relação aos serviços prestados. Este último tipo de questões geralmente é empregado em estudos que consideram aspectos multicausais da satisfação (Carr- Hill, 1992).

O instrumento EUROPEP adaptado pelo presente estudo (anexo I), possui 53 perguntas, sendo 52 perguntas fechadas e 01 pergunta aberta. Essas perguntas estão organizadas em três partes e compõem: os indicadores chave, os indicadores de áreas específicas de satisfação, e os dados dos usuários.

As três partes do questionário subdividem-se em:

Indicadores chaves: Relação e comunicação; Cuidados médicos; Informação e apoio; Continuidade e cooperação e Organização dos serviços.

Indicadores de áreas específicas de satisfação: Consulta, Marcação e acessibilidade; Profissionais; Condições do Centro de Saúde.

Dados dos usuários: Dados sócio - demográficos; Dados de Saúde e Atitude após a experiência.

Para mensuração das respostas das perguntas fechadas é utilizada uma escala, que aborda a satisfação pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o último atendimento, sobre o serviço e sobre o profissional, a partir de categorias que variam entre “concordo plenamente” e “discordo plenamente”, representadas por figuras de faces em cinco expressões distintas de satisfação (1- muito bom; 2- bom; 3- regular; 4- ruim, 5- péssimo e 6- não se aplica).

Figura 1: Graduação das respostas de satisfação do instrumento EUROPEP



Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo Não se aplica

É importante destacar que o questionário realiza avaliação sobre o trabalho do profissional médico de família e comunidade e não da equipe como um todo.

4.3 Adaptação do instrumento

A importação de métodos de pesquisa pode comprometer a validade e confiabilidade da avaliação, caso não seja realizada a adequada adaptação cultural e para o sistema de saúde em pauta (Esperidião e Trad, 2005).

O instrumento para ser aplicado no CSGSF passou por três etapas de adaptação. São elas: primeira fase: tradução, segunda fase: reuniões de consulta aos profissionais de nível superior da ESF, usuários e ACS, terceira fase: pré-teste da aplicação do instrumento.

O processo de adaptação foi apoiado pela equipe do PET saúde. A primeira etapa do processo de adaptação do questionário foi a tradução do questionário do português de Portugal para o português do Brasil conjuntamente com a equipe do PET- Saúde. Apesar da semelhança do idioma, algumas questões tiveram que ser alteradas. Algumas por diferenças apenas ortográficas, como por exemplo, em português de Portugal constava objectivo da consulta que foi alterado para objetivo da consulta. Outra, pelo uso de termos distintos, como utente e usuário.

Na segunda fase de adaptação, o questionário foi submetido a reuniões de consenso, com os profissionais, usuários e ACS da USFs de Manguinhos. Essas reuniões tiveram como

objetivo verificar se os processos avaliados no instrumento correspondiam às ações e à organização do trabalho da ESF no Brasil. Além disso, visou envolver os profissionais no processo de avaliação.

Na primeira reunião realizada com os profissionais de nível superior, os profissionais foram reunidos e motivados a debater o conteúdo do instrumento e a adequabilidade deste em relação à comunidade a ser estudada. A reunião contou com a presença de duas médicas, e três enfermeiras que atuam na ESF de Manguinhos. Foi uma reunião com grande participação de todos os presentes.

Nessa reunião alteraram-se no instrumento basicamente questões que não conferem com os processos de trabalho da ESF, como por exemplo: marcação de consultas por telefone, realização de contato direto com o médico de família por telefone. Essas alterações foram feitas por diferenças na organização do serviço nos países de origem do instrumento. Na Europa há a possibilidade de marcação de consulta por telefone e na ESF isso não é possível.

Os profissionais nesta reunião argumentaram que as perguntas possuem muitas possibilidades de resposta (que são 6: péssimo, ruim, regular, bom, muito bom e não aplicável/ não relevante) e que isso poderia confundir o entrevistado por conta da dificuldade de fazer a distinção entre cada possibilidade de resposta. Os profissionais propuseram que fossem utilizadas apenas três possibilidades de resposta (bom, ruim e regular). Esta sugestão, contudo, não pode ser acatada, pois caso fosse alterado o número de possibilidades de resposta, perder-se-ia a comparabilidade das respostas com os outros estudos que aplicaram o questionário EUROPEP. Os profissionais apontaram ainda que o questionário estava muito extenso.

A segunda reunião foi realizada com 10 usuários com pelo menos um ano de cadastro na ESF. Esta reunião teve como objetivo adequar os termos do questionário para a melhor compreensão pelos usuários a serem entrevistados. Esta reunião teve também o intuito de realizar um processo mais participativo.

A discussão com o grupo de usuários iniciou com a apresentação da pesquisa. Foi realizada uma leitura coletiva do instrumento a fim de colher informações a respeito da compreensão das perguntas e do instrumento, bem como de alternativas sugeridas para melhora do questionário.

Os usuários apresentaram dúvidas a respeito do significado de algumas palavras e com isso na versão do questionário a ser aplicado, para cada palavra onde foi detectada dificuldade de compreensão utilizamos alguns sinônimos entre parênteses.

Exemplo: uma questão do item relação e comunicação anteriormente era abordada da seguinte forma: “O sigilo da informação sobre o seu caso”, por incompreensão dos usuários sobre o significado do termo sigilo, foi acrescentado ao questionário a palavra segredo para facilitar a compreensão.

O mesmo procedimento foi realizado na parte de informações individuais, na pergunta sobre se o usuário possui alguma das doenças da lista apresentada há mais de três meses. Para cada patologia listada foi inserida uma versão de como a doença é popularmente denominada no Brasil. Por exemplo, diabetes foi acrescida a expressão “açúcar no sangue”, hipertensão arterial foi acrescida a expressão “pressão alta”, no caso das doenças mentais foi colocado, “sofre dos nervos”.

Outra reunião foi realizada com seis Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na ESF em Manguinhos há pelo menos um ano. Essa reunião também objetivou adequar o instrumento à compreensão dos usuários e à lógica dos processos de trabalho da ESF. A reunião com os ACS foi realizada por conta da proximidade que esse profissional possui tanto com os usuários, quanto com a unidade de saúde e com os profissionais da equipe.

Os Agentes Comunitários pontuaram principalmente o tamanho do questionário, que julgaram ser longo, e também não entenderam o significado de algumas palavras. Julgaram ainda desnecessário o grande número de perguntas sobre o Centro de Saúde. Na versão final estas perguntas foram mantidas por serem consideradas perguntas relevantes para a

compreensão da qualidade dos serviços prestados e do funcionamento do Centro de Saúde como um todo.

Após a reunião com os ACS foram suprimidas três perguntas que tratavam da pontualidade e tempo de atendimento, questões consideradas redundantes que já estavam presentes em outras perguntas no questionário.

Após estas reuniões o questionário foi revisto, as sugestões incorporadas, e realizada a terceira fase do processo de adaptação. Esta constou de pré-teste, com a aplicação do instrumento em um número reduzido de pessoas cadastradas a USF, para que fosse possível conferir: a adequabilidade do instrumento à realidade, a forma e tempo de aplicação, as dúvidas e questões dos entrevistadores e dos usuários no momento da entrevista e a forma mais adequada para abordagem aos usuários.

O pré-teste do instrumento foi realizado pela mestranda em parceria com os alunos que fazem parte do PET Saúde, com a aplicação do questionário a 25 usuários da ESF Manguinhos, em dias da semana e turnos diversos. O tempo médio de aplicação do instrumento foi de 15 minutos. Não houve dificuldades e empecilhos para a aplicação dos questionários revistos.

Um ponto importante do pré teste, foi a verificação de que as respostas fornecidas pelos usuários mudavam se a entrevista fosse realizada do lado de dentro da unidade ou do lado de fora. Do lado de fora da unidade, os entrevistados em geral forneciam respostas mais críticas em relação aos serviços prestados pelo Centro de Saúde. Este fato pode estar associado as pessoas se sentirem mais à vontade de criticar o serviço não estando próximo dos profissionais que prestaram atendimento. Assim para realizar a pesquisa, a aplicação do instrumento aos usuários ocorreu do lado de fora da unidade.

A pesquisa com usuários no serviço de saúde logo após o atendimento busca resgatar a experiência concreta do usuário no serviço, evitando efeitos de perda de memória (Kloetzel et al, 1998). Além disso, a opção de realizar a entrevista do lado de fora foi uma

tentativa de reduzir viés de aplicação, já que os entrevistados poderiam ficar um pouco mais a vontade em responder as perguntas.

A escolha pela aplicação dos questionários na unidade de saúde e não nos domicílios deve-se a questões operacionais de facilidade para a realização da pesquisa, ainda que se reconheçam limitações na aplicação de questionários em amostras de usuários na unidade de saúde ou próximo dela e não no domicílio.

O instrumento EUROPEP na Europa é auto aplicado com o preenchimento do instrumento pelo próprio usuário e enviado pelo correio, porém optamos pela realização com entrevistadores do lado de fora da unidade. Uma das dificuldades consideradas para a realização da forma auto-aplicável foi a baixa escolaridade dos usuários adscritos as Equipes de Saúde da Família em Manguinhos.

A satisfação medida logo após a consulta costuma estar mais associada a aspectos relacionados à relação médico-paciente. Alguns pesquisadores, todavia ressaltam que o indivíduo possui uma tendência de ter uma postura mais crítica com o passar do tempo (Esperidião e Trad, 2005:306).

Outra critica para a realização das entrevistas face à face, assim como as que foram realizadas no presente estudo, é que essas costumam inibir a sinceridade dos pacientes e familiares por medo de algum tipo de represália por parte dos profissionais e serviço que estão sendo avaliados (Esperidião e Trad, 2005:306).

Durante o processo de adaptação e validação do instrumento, por uma iniciativa da parceria entre o PET Saúde e o Centro de Saúde Germano Sinval Faria, ocorreu também uma reunião de trabalho do Projeto Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Nessa reunião foi discutida a implantação do Caderno 6, intitulado provisoriamente como Melhoria Contínua da Qualidade e a idéia da realização do caderno 7 que tem como objetivo trabalhar a questão da Satisfação do Usuário nas unidades de atenção básica brasileiras.

Esta reunião realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) no Centro de Saúde Escola, nos dias 22 a 24 de março de 2010, contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, representantes de Secretarias Estaduais, a equipe do PET Saúde – EUROPEP. Contou com a presença de Luis Pisco, diretor do Instituto de Qualidade em Saúde de Portugal, que pode compartilhar e discutir a aplicação do instrumento EUROPEP em Portugal, além de tirar dúvidas surgidas no processo de adaptação e relatar experiência de aplicação do método. O pré-teste do instrumento e seus resultados foram apresentados nessa reunião.

Após todas essas etapas e contribuições, o instrumento passou por sua revisão final gerando assim o questionário que foi aplicado (anexo 1).

4.4 População de estudo e critérios de elegibilidade dos sujeitos da pesquisa

Os critérios de elegibilidade dos sujeitos para a aplicação do questionário foram: o usuário deveria ser atendido pela equipe de saúde da família há mais de um ano, ser maior de 18 anos, ter realizada a consulta com profissional médico, ou ser acompanhante de menores de idade em consulta médica no dia da entrevista.

O questionário adaptado e revisado foi aplicado a uma amostra de usuários atendida pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família. A opção por uma amostra foi adotada devido à limitação de tempo e de recursos disponíveis.

Como se pretendeu avaliar a atuação do médico de Saúde da Família o cálculo da amostra levou em consideração o número de consultas médicas da ESF por mês de cada equipe de saúde da família no ano de 2009.

Tabela 3: Quantitativo de consultas médicas por mês e por equipes de Saúde da Família do CSGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2009

Equipes de Saúde da Família	Número de Consultas Médicas por mês no ano de 2009												Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Conjunto Habitacional Provisório	142	197	207	214	60	199	156	139	17	131	225	148	1835
Mandela de Pedra	0	0	0	0	89	105	72	113	146	144	145	124	938
Monsenhor Brito	0	0	0	238	286	351	285	191	126	132	173	138	1920
Parque Carlos Chagas	110	289	237	236	199	248	384	0	243	226	244	196	2612
Parque Joao Goulart	162	331	114	165	110	140	154	371	207	124	334	110	2322
Parque Oswaldo Cruz	137	254	131	137	196	300	110	172	154	235	209	198	2233
Samora Machel	0	175	372	296	249	305	244	308	201	287	41	52	2530
Vila Turismo	0	0	0	0	159	342	0	0	0	0	0	0	501
Total	551	1246	1061	1286	1348	1990	1405	1294	1094	1279	1371	966	14891

Fonte: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, 2010.

O tamanho da amostra foi calculado de forma a maximizar sua representatividade. Em outras palavras, torná-la o mais significativa possível.

O Cálculo da amostra considerou a seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{(z^2 \times p \times q)}{e^2}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n_{final} = n \times perda + n$$

Sendo:

N= 14891 consultas

z= 1,96

p=0,5

q=0,5

e= 0,06

perda= 0,1

n final= 288

De acordo com o universo total de 14.891 consultas médicas em todas as equipes de saúde da família no ano de 2009 foi calculada uma amostra de 288 pacientes. Com este número, tem-se uma margem de erro de 6% e intervalos de confiança de 95%.

Os elementos da amostra foram selecionados no fluxo de saída do Centro de Saúde em diferentes dias da semana e turnos diversos para garantir maior representatividade,

A amostra foi calculada com apoio de um profissional de estatística do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ.³

4.5 Trabalho de campo

As entrevistas foram aplicadas aos usuários do CSEGSF por entrevistadores treinados: quatro alunos de graduação de medicina do PET SAUDE e três alunas de nutrição da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e, em sua maior parte foram aplicadas pela própria mestranda.

A mestranda ficou encarregada da supervisão do trabalho de campo e a revisão dos questionários aplicados, através da avaliação da qualidade do preenchimento dos questionários e verificação se estavam completos e com todas as informações necessárias.

³ Agradecimento especial a Professora Carla Andrade Teixeira do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps/ENSP/Fiocruz) pelo auxílio no cálculo da amostra do presente trabalho de dissertação.

Foi elaborado um instrutivo (anexo 2) para os entrevistadores que aplicaram o instrumento.

Além do instrutivo foi realizado treinamento para o preenchimento dos questionários. No primeiro momento do treinamento o questionário foi lido e apresentado, tirando-se as dúvidas a respeito das perguntas e formas de perguntá-las. O segundo momento do treinamento foi a aplicação dos instrumentos de forma supervisionada, onde a mestrandia aplicava e os entrevistadores observavam a forma de aplicação e vice versa.

Nesse sentido, também foi tomado o cuidado para que as entrevistas fossem realizadas por pesquisadores de campo não diretamente envolvidos no processo de assistência dos usuários.

O trabalho de campo ocorreu de 09 de junho a 06 de agosto de 2010 com a aplicação de 289 questionários, em diferentes dias da semana e nos turnos da manhã e tarde para que a aplicação do questionário não fosse enviesada por conta dos diferentes processos de trabalho das equipes em relação a turno e dias da semana.

A abordagem dos entrevistadores aos sujeitos de pesquisa ocorreu do lado de fora da unidade. Todas as pessoas que saíam do centro de saúde eram cumprimentadas e o entrevistador perguntava se a pessoa tinha sido atendida pelo médico de família, e se esta pessoa estava cadastrada à equipe de saúde da família há mais de 1 ano. Quem respondesse que sim a esses dois questionamentos era então entrevistado.

A tabela abaixo demonstra a distribuição da aplicação dos questionários em relação a dias da semana e turnos.

Tabela 4: Distribuição de aplicação dos questionários a usuários da Estratégia de Saúde da Família segundo turno e dia da semana, Centro de Saúde Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Dia da semana	n	%
Segunda feira	69	23,8
Terça feira	70	24,2
Quarta feira	88	30,4
Quinta feira	27	9,3
Sexta feira	35	12,1
Total	289	100
Turno da entrevista	n	%
Manhã	204	70,6
Tarde	85	29,4
Total	289	100

A distribuição dos questionários aplicados por dia de semana e turnos é compatível com os processos de trabalho do Centro de Saúde. Uma menor proporção de questionários foi aplicada no turno da tarde, pois a demanda dos centros de saúde é mais intensa no turno da manhã, e nas tardes ocorre a maior parte das atividades administrativas internas. Nas quintas feiras à tarde, turno com menor número de questionários aplicados, não há atendimento no Centro de Saúde, pois são realizadas sessões científicas para todos os profissionais. No turno da tarde acontecem também as reuniões semanais das equipes. Algumas equipes as realizam nas sextas feiras à tarde e outras nas terças feiras à tarde o que contribuiu para que a aplicação das entrevistas no turno da tarde fosse mais esvaziada.

O quadro a seguir apresenta distribuição das entrevistas dos usuários por equipes de saúde da família. Vale ressaltar que a ESF em Manguinhos tem grande dificuldade de fixação de profissionais médicos e os mesmos alternam muito. Como uma condição para a realização do estudo, foi o usuário ter sido atendido pelo médico, algumas equipes que momentaneamente estavam sem médicos apresentaram um número de entrevistados menor do que outras já que a entrevista não poderia ser realizada.

Além disso, no processo de reorganização duas novas equipes, Samora Machel e Mandela de Pedra, foram deslocadas para a Clínica da Família Victor Valla localizada em parte da comunidade de Manguinhos.

Tabela 5: Frequência das entrevistas realizadas segundo Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde Germano Sinval Farias, Complexo de Manginhos, Rio de Janeiro, 2010

Equipe de Saúde da Família	n	%
Conjunto Habitacional Provisório	54	18,7
Vila Turismo	54	18,7
Parque João Goulart	51	17,7
Monsenhor Brito	5	1,7
Parque Carlos Chagas	22	7,6
Comunidade Agrícola de Higienópolis	10	3,5
Mandela de Pedra	33	11,4
Vila São Paulo	6	2,1
Samora Machel	2	0,7
Parque Oswaldo Cruz	52	18,0
Total	289	100,0

Os questionários aplicados foram revisados sistematicamente pela mestranda para verificação do preenchimento e de inconsistências entre as respostas.

Na revisão dos questionários foi analisada a coerência interna da marcação das respostas. Ao entrevistador marcar o item de que o usuário foi consultado no mesmo dia, na pergunta de nº11 (“A sua consulta foi marcada para uma hora adequada para você?”), várias outras perguntas decorriam dessa resposta. Por exemplo, na pergunta de nº 11.1 (“Como marcou a consulta?”) obrigatoriamente o entrevistador deveria assinalar que a consulta não foi marcada, pois o paciente fora atendido no mesmo dia da ida ao Centro de Saúde.

Durante a revisão dos questionários, em caso de dúvidas em relação ao correto preenchimento das respostas foi realizada consulta telefônica com o entrevistador ou com o próprio usuário para correção.

4.6 Tabulação e análise dos dados

Após a revisão, todos os questionários receberam um código e foram digitados pela mestranda em banco de dados, criado no Excel.

Após a digitação dos dados, foi realizada a limpeza do banco, com a correção dos possíveis erros de digitação ou inconsistências.

Para verificação da digitação foi realizado um sorteio aleatório, através dos códigos do questionário e foi revista a digitação dos questionários no banco. Como a amostra foi de 289 questionários foi realizada a verificação da digitação em 10% dos questionários totalizando assim 29 questionários revistos.

Como cada questionário possui 53 perguntas, e foram analisados 29 questionários a revisão totalizou a observação de 1537 itens. Nessa busca foram encontrados apenas três erros e que foram corrigidos, considerando assim aceitável o número de erros de digitação.

Finalizada a digitação, os dados foram migrados para o pacote estatístico, Stata MP 10.0 para a tabulação dos dados e posterior análise.

Os dados foram consolidados com a tabulação e cálculo de frequências simples para todas as variáveis.

A valoração geral de cada um dos Indicadores Chave (Relação e Comunicação, Cuidados Médicos, Informação e Apoio, Continuidade e Cooperação e Organização do Serviço), foi obtida somando-se as respostas “muito bom” e “bom” e dividindo pelo número de perguntas referentes a cada indicador. Em outras palavras, o valor final de um Indicador Chave é a média das proporções de “Muito Bom” e “Bom” do conjunto das perguntas referentes a este indicador.

Após o cálculo das médias, os indicadores chaves foram classificados: como muito bom, se a média das proporções de respostas para “muito bom” e “bom” ultrapassa 85%; como bom se a média está situada entre 86% a 65%, suficiente entre 64% a 45%, ruim entre 44% a 25% e péssimo entre 24% e 0%.

Utilizando-se dos valores médios dos cinco Indicadores Chaves é possível obter um Índice Global a partir do cálculo de média ponderada. Este índice nada mais é que a média

entre os Indicadores Chave. Contudo, o número de perguntas de cada indicador não é constante. A título de exemplo, enquanto o indicador “Relação e Comunicação” é composto de cinco perguntas, em “Continuidade e Cooperação” há apenas duas. Desta forma, o Índice Global deve ser uma média dos Indicadores Chave ponderada pelo número de perguntas de cada indicador.

Na etapa final da análise, foram realizados cruzamentos entre variáveis, para verificar possíveis associações entre os padrões de resposta e as características dos usuários. Foi realizada a comparação das respostas entre:

- Sexos masculino e feminino,
- Usuários com distintos níveis de escolaridade: um grupo de baixa escolaridade (composto por: analfabeto, ensino elementar incompleto, ensino elementar completo e ensino fundamental incompleto) e outro grupo de maior escolaridade (composto por: ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo ou mais).
- Auto-percepção de saúde: usuários com a auto-percepção de saúde entre ótima, muito boa e boa e o outro grupo dos usuários com a percepção de saúde regular e má.
- E por último foi analisada a associação entre as respostas e três diferentes faixas etárias dos usuários: uma dos usuários até 39 anos, outra faixa de 40 a 59 anos, e faixa etária de 60 anos e mais.

O questionário possui também uma pergunta do tipo aberta, de livre resposta: “Diga, por favor, o que precisa ser melhorado no Centro de Saúde”. Esta pergunta tem como objetivo complementar os dados de perguntas fechadas e proporcionou informações que não foram contempladas e previstas em outras partes do questionário.

Dos 289 questionários aplicados, 176 usuários entrevistados responderam a pergunta aberta, ou seja, cerca de 61% dos entrevistados tinham alguma consideração a respeito de melhoria ou sugestão no centro de saúde.

As respostas da pergunta aberta foram desmembradas já que em uma mesma resposta os usuários abordavam diversos temas da atenção à saúde, gerando assim 254 menções de sugestões.

Essas respostas foram categorizadas e agrupadas. As categorias foram construídas e analisadas de forma a destacar as mais importantes, não apenas pela quantidade de respostas de um determinado tema, mas pela capacidade da resposta em apontar aspectos diferentes da avaliação sobre o serviço.

4.7 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu as diretrizes e normas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos em consonância com a Resolução 196/96 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos observando os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, através do protocolo de pesquisa número 39/10 e também foi solicitada a autorização da direção do CSEGSF para realização da pesquisa (anexo 3).

Os sujeitos desta pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, benefícios e riscos do estudo, sendo oferecido o direito de escolha quanto à participação.

O termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 4) foi lido a todos os usuários, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas e a não identificação dos participantes.

O usuário, sujeito da pesquisa, pode a qualquer momento desistir de participar da pesquisa, tendo a liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização.

Os questionários foram codificados e os dados tabulados de modo a não identificar os usuários e na publicação dos resultados será garantido o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Também foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 5) para os profissionais que participaram, através dos grupos focais, da adaptação do instrumento.

Ao final da pesquisa, o material coletado ficará sob posse dos pesquisadores e não será disponibilizado para terceiros. Após cinco anos do término do trabalho o material será destruído.

4.8 Retorno dos resultados aos sujeitos de pesquisa

Ao final da dissertação, os resultados serão apresentados em uma das sessões científicas que ocorrem todas quintas feiras no Centro de Saúde para avaliar e discutir os resultados encontrados junto aos profissionais da ESF e a gerência do Centro de Saúde.

Como retorno aos sujeitos de pesquisa, os resultados também poderão ser discutidos junto ao Conselho Local de Saúde.

4.9 Limites do método e do instrumento

Os estudos de satisfação podem apresentar uma grande variedade de fontes de erro. As avaliações podem ser influenciadas por características do entrevistado, como idade ou escolaridade, pelas expectativas do paciente e por fenômenos psicossociais, ou gratidão. Juntamente com estes fatores relacionados aos respondentes, a precisão das avaliações pode

ser afetada por muitos fatores metodológicos, incluindo a estratégia de amostragem, taxa de resposta, o formato das perguntas e o procedimento de coleta de dados (Sitzia, 1999).

Como limitação do método realizado, destaca-se que o instrumento foi adaptado de uma versão europeia para uma realidade de grande centro urbano da região sudeste do Brasil, porém pode não ser adequado para todo o país, onde estão em jogo outras realidades (econômicas, sociais, demográficas, etc), podendo ser necessárias outras adaptações.

O instrumento EUROPEP foi idealizado para avaliar a atuação do profissional médico de família e como a ESF é composta por equipe multiprofissional, talvez isso possa representar algum viés.

O instrumento na Europa é auto-aplicável, onde as pessoas recebem o questionário por correio com um selo para o envio do questionário preenchido para o centro de saúde. No processo de adaptação, o instrumento foi aplicado por entrevistadores treinados e a aplicação foi realizada do lado de fora do Centro de Saúde após o atendimento do usuário, o que pode produzir vieses como anteriormente discutido.

Outra limitação pode ser decorrente da seleção dos usuários e as entrevistas realizadas no fluxo de saída nem sempre de forma sistemática.

Como potencialidade do método, destaca-se que é um instrumento de fácil manejo e rápida aplicação, potencial para ser utilizado como forma de monitoramento na ESF, cuja aplicação posteriormente pode servir como comparação dos resultados obtidos e avaliação do grau de satisfação dos usuários de diferentes equipes no interior de cada município, ou entre municípios e estados, e principalmente na mesma unidade de saúde ao longo do tempo.

7. RESULTADOS

Para melhor descrição, os resultados serão apresentados subdivididos em cinco tópicos: i) perfil dos usuários entrevistados, ii) caracterização da marcação, pontualidade das consultas e visitas domiciliares, iii) indicadores chaves, iv) análises cruzadas de característica dos usuários por padrões de resposta v) sugestões e reclamações dos usuários decorrentes da pergunta aberta.

7.1 Perfil dos usuários entrevistados

Como já mencionado, o critério de elegibilidade para a realização da aplicação do questionário é o usuário ser atendido pela equipe de saúde da família há mais de um ano, ser maior de 18 anos, ter realizado a consulta com profissional médico, ou ser acompanhante de menores de idade em consulta médica no dia da entrevista.

Os usuários entrevistados eram em sua maioria do sexo feminino, 84% (243) e apenas 16% (46) do sexo masculino.

O estudo entrevistou pessoas acima de 18 anos e a idade média dos entrevistados foi de 41 anos. Na amostra de usuários a faixa etária com maior proporção foi a de adultos entre 30 a 39 anos (43%).

A escolaridade dos usuários é baixa. Mais da metade dos entrevistados não tem o ensino fundamental completo. Os usuários que possuem o ensino elementar completo ou fundamental incompleto correspondem a 34%, porém se somarmos os analfabetos e o ensino elementar incompleto totalizam 53% dos entrevistados.

Os usuários foram questionados quanto a sua auto percepção de saúde, com cinco possibilidades de resposta: ótima, muito boa, boa, regular e má: 54% dos entrevistados consideraram sua saúde ótima, muito boa e boa, 40% dos usuários indicaram que sua saúde estava regular e 6% que estava má.

Em relação a presença de doenças há 3 meses ou mais identificadas em uma lista apresentada no questionário, a mais mencionada foi hipertensão arterial com 36% de portadores. Em segundo lugar foram apontadas as doenças osteoarticulares com 19%, em terceiro lugar doenças respiratórias com 17%, em quarto lugar as doenças digestivas com 16% e em quinto lugar as doenças mentais com 12%.

Do total de entrevistados 59% afirmaram ser portadores há mais de três meses de pelo menos uma das doenças listadas. Destaca-se que 18% dos entrevistados eram portadores de duas doenças crônicas (tabela 6)

Tabela 6: Perfil dos usuários entrevistados, Estratégia de Saúde da Família do CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Características dos usuários	n	%
Sexo		
Feminino	243	84,1
Masculino	46	15,9
Total	289	100
Idade		
18-29	31	10,7
30-39	124	42,9
40-49	37	12,8
50-59	49	17
60-69	26	9
70-79	14	4,8
>80 anos	8	2,8
Total	289	100
Escolaridade		
Analfabeto	19	6,6
Ensino Elementar incompleto	35	12,1
Ensino Elementar completo ou Fundamental incompleto	98	33,9
Ensino Fundamental completo ou Médio incompleto	79	27,3
Ensino Médio Completo ou Superior incompleto	58	20,1
Superior Completo	0	0
Total	289	100
Auto percepção de saúde		
Ótima	24	8,3
Muito Boa	18	6,2

Boa	114	39,5
Regular	115	39,8
Má	18	6,2
Total	289	100
Apresenta alguma das seguintes doenças há 3 meses ou mais		
Hipertensão	103	35,6
Doenças Osteoarticulares	57	19
Asma ou outras doenças respiratórias	50	17,3
Problema Digestivo Crônico	45	15,6
Doença Mental	34	11,8
Diabetes	31	10,7
Doenças do Coração	22	7,6
Tumor	6	2,1
Acidente Vascular Cerebral	4	1,4
Outras*	30	10,4
Perfil das patologias		
Não apresentam nenhuma patologia		41,1
Pelo menos uma patologia		58,6
Uma patologia		29,7
Duas patologias		17,6
Três patologias		6,9
Quatro patologias		2,7
Cinco patologias		1,3
Mais de cinco patologias		0,3

* Tuberculose, nefrolitíase, úlcera crônica em calcâneo, hipotireoidismo, glaucoma, catarata, dislipidemia, alergia, mioma no útero, erisipela, insuficiência venosa crônica, labirintite, dermatite alérgica, obesidade, HIV, epilepsia, anemia, problemas urinários, hepatite.

7.2 Marcação e pontualidade das consultas e visitas domiciliares

Em torno da metade dos entrevistados 47,4% (137) foi atendida no mesmo dia e não possuía consulta marcada, sendo que 52,6% (152) dos entrevistados marcaram consulta previamente.

Para conseguir a consulta 58,8% (170) dos entrevistados foram ao centro de saúde para marcar, seguido de 35,6% (103) que tiveram sua consulta agendada desde o

atendimento anterior. Em 4,1% (12) dos casos a consulta foi marcada pelo agente comunitário de saúde.

Os 53 usuários que marcaram consulta anteriormente esperaram em média 29 dias entre a marcação e o dia da realização da consulta. Sendo que desses 79,2% esperaram até 30 dias para consulta, 13,2% esperaram até 2 meses e 7,5% mais de 2 meses para uma consulta. Para configuração de espera por consulta não foram contabilizados os usuários que já tinham agendada a consulta desde a consulta anterior, já que a consulta dessa forma já estava garantida e não se tratava de espera.

Para os 152 entrevistados que possuíam consulta marcada, foi questionado se a consulta fora marcada para uma hora adequada: 88,8% consideraram a hora adequada e 11,2% não adequada.

Os usuários também opinaram em relação à possibilidade de alteração de data e hora da consulta marcada, 78,8% (228) indicaram não ter sido informado dessa possibilidade e 21,1% (61) apontaram que foram informados da possibilidade de alterar a data e a hora do atendimento.

Para as pessoas com consulta previamente marcada (152), foi questionado a respeito da pontualidade da consulta realizada: 57,2% (87) dos usuários relataram ter sido atendido na hora marcada e 42,8% (65) relataram que não foram atendidos na hora marcada.

Para os usuários que não foram atendidos na hora marcada (65) o tempo de espera em média foi de 25 minutos com desvio padrão de 55 minutos. A maioria (66,2%) esperou mais de uma hora e 20,0% esperaram entre meia e uma hora.

Para esses usuários que não foram atendidos na hora marcada (65) foi perguntada sua opinião sobre a espera, a grande maioria (89%) consideraram ter esperado muito, sendo que 15,4% (10) esperaram muito, porém relataram que receberam uma explicação pelo atraso, 49,2% (32) avaliaram que esperaram muito e relataram que não receberam uma explicação pela demora mas gostariam de ter recebido, 24,6% (16) dos usuários opinaram que

esperaram muito e não receberam uma explicação mas que compreenderam as razões da demora e apenas 10,8% (7) não consideraram que tiveram que esperar muito tempo.

As visitas domiciliares realizadas pelos médicos da ESF são pouco freqüentes: 76,8% (222) dos usuários nunca receberam visita dos médicos de família, 23,2% (67) já receberam visita. A média de visitas foi de 0,81 vezes e o desvio padrão de 2,0 visitas.

Fatores que podem ser levantados para explicar estes resultados envolvem: a) falta de hábito em relação a esse tipo de prática profissional; b) a violência urbana, que muitas vezes dificulta ou mesmo impede a realização das visitas, necessitando do acompanhamento de um agente comunitário de saúde; c) o tamanho da população adscrita para cada equipe, que freqüentemente, impossibilita o atendimento integral a toda a população, permitindo somente que casos mais graves e urgentes sejam atendidos no domicílio; d) a grande demanda por atendimento encontrada nas unidades de saúde, dificultando a presença de horários livres destinados às visitas domiciliares.

Tabela 7: Características da marcação, pontualidade das consultas e recebimento de visitas domiciliares, Equipes de Saúde da Família, do CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Características da marcação de consultas e visitas domiciliares	n	%
Quantos dias decorreram entre o dia que marcou e o dia da consulta		
Mesmo dia	137	47,4
Outro dia	152	52,6
Até 30 dias*	42	79,3
De 31 a 60 dias*	7	13,2
Mais de 60 dias *	4	7,6
A consulta foi marcada para uma hora adequada		
Sim	135	88,8
Não	17	11,2
Total	152	100
Como marcou a consulta		
No Centro de Saúde	170	58,8
Na Consulta anterior	103	35,6
Agente Comunitário marcou	12	4,2
Outros marcaram	4	1,4

Total	289	100
Foi informado sobre a possibilidade de alteração de data e hora da consulta		
Sim	61	21,1
Não	228	78,9
Total	289	100
Foi atendido na hora marcada		
Sim	87	57,2
Não	65	42,8
Total	152	100
Tempo de espera para ser consultado (média e desvio padrão)		
Até 30 minutos	9	13,9
De 31 a 60 minuto	13	20
Mais de 60 minutos	43	66,2
Pensa que esperou muito tempo? Foi-lhe dado explicações		
Sim, com explicação	10	15,4
Sim, sem explicação mas gostaria de ter sabido	32	49,2
Sim, sem explicação mas entendi as razões	16	24,6
Não, não tive que esperar muito	7	10,8
Total	65	100
Quantas vezes o médico de família visitou a sua casa nos últimos 12 meses		
Nunca receberam visita	222	76,8
Receberam visita	67	23,2
Média e desvio padrão do número de visitas	2	0,8

* Somente casos onde não houve agendamento na consulta anterior

7.3 Indicadores chave de satisfação

Os Indicadores chaves são: Relação e comunicação; Cuidados médicos; Informação e apoio; Continuidade e cooperação e Organização dos serviços.

- **Relação e Comunicação**

O indicador **Relação e Comunicação**, é composto por 5 perguntas. Nesse indicador os usuários avaliaram a duração do tempo da consulta, o interesse do profissional nos seus problemas de saúde e a forma como ele o ouviu, se sentiu-se à vontade para contar os seus

problemas ao profissional, a sua participação nas decisões do cuidado que o profissional prestou, e o segredo/sigilo da informação sobre o seu caso.

Esse indicador foi o que mais se destacou positivamente em comparação aos outros indicadores. Dentre as perguntas que o compõem, a que obteve a maior gradação de resposta “muito bom”, foi o interesse do profissional sobre o usuário. Outro ponto que obteve ótima satisfação dos usuários foi a questão de sentir-se a vontade com o médico. Ambas as questões são de extrema importância para a relação usuário profissional no momento da atenção à saúde.

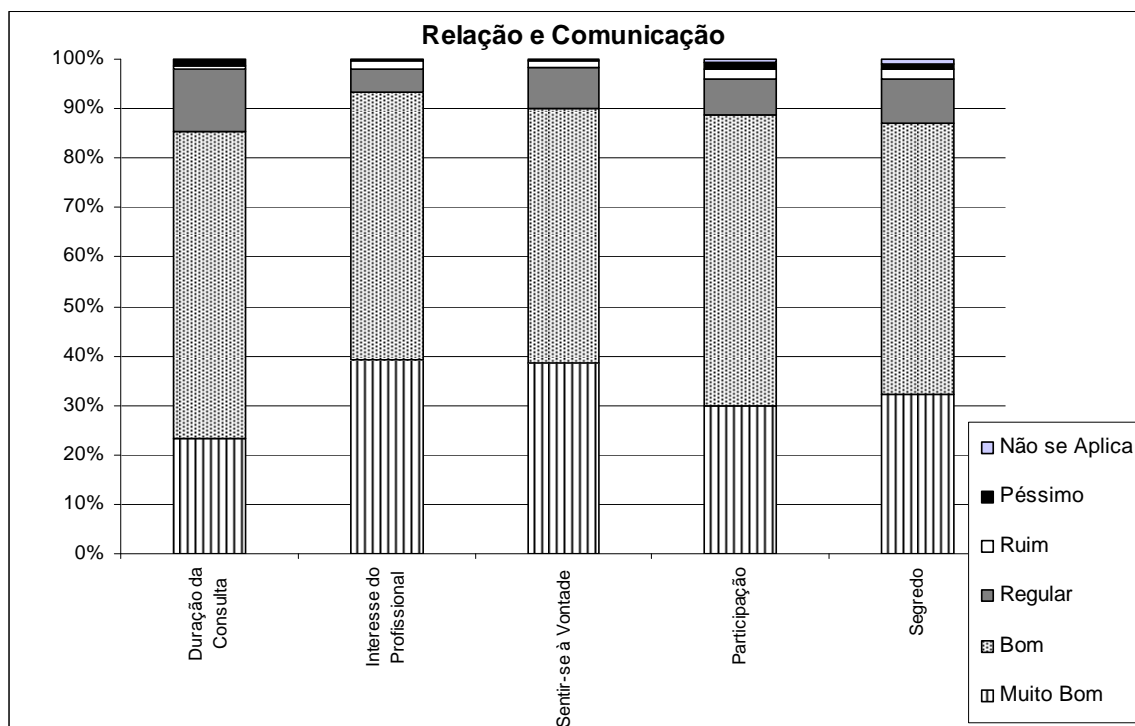
O tempo de duração da consulta foi pontuado por 12,5% dos usuários como regular. Em geral as pessoas que reclamaram gostariam que a duração da consulta fosse maior.

Vale destacar que todas as 5 perguntas obtiveram muito baixas proporções de respostas “péssimo” e “ruim”.

Tabela 8: Avaliação da Relação e Comunicação com o médico, por usuários da ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Componentes	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não se Aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Duração da Consulta	67	23,0	180	62,0	36	12,5	2	0,7	4	1,4	0	0	289	100,0
Interesse do Profissional	113	39,0	157	54,0	13	4,5	5	1,7	1	0,3	0	0	289	100,0
Sentir-se à Vontade	111	38,0	149	52,0	24	8,3	4	1,4	1	0,3	0	0	289	100,0
Participação nas decisões	86	30,0	170	59,0	21	7,3	6	2,1	4	1,4	2	0,7	289	100,0
Sigilo	93	32,0	159	55,0	25	8,6	6	2,1	3	1,0	3	1,0	289	100,0

Gráfico 1: Avaliação da Relação e Comunicação com o médico, por usuários da ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010



- **Cuidados Médicos**

O Indicador chave **Cuidados Médicos** é composto por quatro perguntas. Nesse indicador os usuários examinaram aspectos da atenção recebida nos últimos doze meses: o alívio rápido dos seus sintomas, se sentiu melhora para desempenhar suas tarefas diárias, a qualidade do exame físico que o profissional fez durante a consulta, a indicação de serviços de prevenção de doenças como, por exemplo, exames e vacinas.

A avaliação deste indicador foi menos positiva do que a do indicador de Relação e Comunicação, porém foi a segunda melhor em comparação aos outros indicadores chave.

O item que mais se destacou positivamente, com a maior gradação de respostas “muito bom” foi a qualidade do exame físico realizado pelo profissional.

A pior avaliação, com a maior proporção de respostas “regular” (11,0%) foi a avaliação da melhora para o desempenho das tarefas diárias.

Vale destacar que duas perguntas apresentaram uma grande porcentagem da resposta não se aplica, são elas: a de indicação de serviços de prevenção de doenças (19,7%) e a pergunta sobre alívio rápido dos sintomas (12,5%).

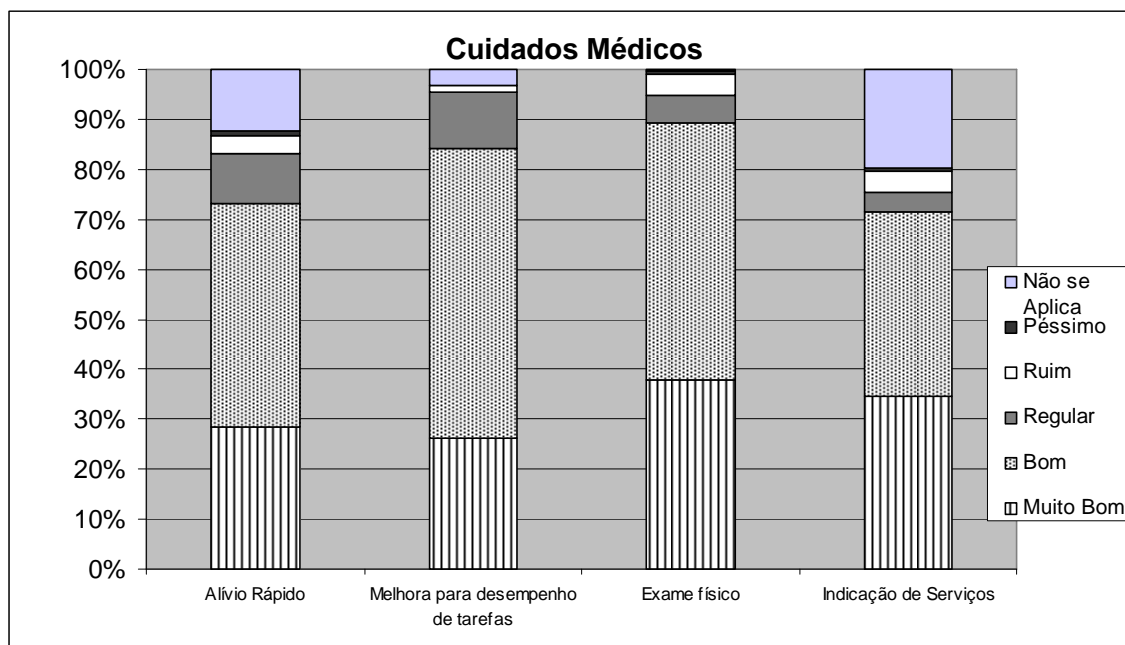
Em relação a pergunta sobre o serviço de prevenção pode-se considerar que, quase sempre é necessária uma indicação de um serviço como esse. O elevado percentual de respostas “não se aplica” (por interpretação equivocada do entrevistador) pode ser considerado um problema relacionado à insuficiência na indicação destes serviços.

Na pergunta sobre alívio rápido dos sintomas, nem sempre no momento do atendimento será necessário uma intervenção, já que podem ser diversos tipos de demandas ao atendimento, como consultas de rotina no caso das doenças crônicas, entrega de exames, renovação de receitas, logo, nesses casos essa pergunta não se aplica.

Tabela 9: Avaliação dos Cuidados Médicos, por usuários da ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010

Componentes	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não se Aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Alívio dos sintomas	82	28,4	129	45,0	29	10,0	11	4,0	2	0,7	36	12,5	289
Melhora para desempenho de tarefas	76	26,3	167	58,0	33	11,0	4	1,0	0	0	9	3,1	289	100
Exame físico	109	37,7	149	52,0	16	5,5	12	4,0	2	0,7	1	0,3	289	100
Indicação de serviços de prevenção	100	34,6	107	37,0	11	3,8	12	4,0	2	0,7	57	19,7	289	100

Gráfico 2: Avaliação dos Cuidados Médicos, por usuários da ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010



- **Informação e Apoio**

O Indicador chave **Informação e Apoio** é composto por quatro perguntas. Nesse indicador os usuários avaliaram aspectos como: explicação sobre os exames e tratamentos prescritos, informações sobre o que gostaria de saber dos seus sintomas e da sua doença, se o profissional abordou questões emocionais relacionados a seus problemas de saúde e incentivo fornecido pelo profissional para compreensão da importância de seguir as orientações e tratamento de saúde.

Os itens que mais se destacaram positivamente, com a gradação elevada de resposta de “muito bom”, foi a explicação do profissional sobre exames (38,1%), e informações sobre os sintomas da doença (37,0%).

A pior avaliação, com maior proporção de respostas “péssimo” e “ruim” foi para o critério de abordagem dos profissionais médicos sobre as questões emocionais (11,5%). Somando-se aos 17,9% que responderam “não se aplica”, este resultado, levanta uma

questão importante para a qualidade do atendimento, a abordagem de questões emocionais e psicossociais do indivíduo nas consultas médicas.

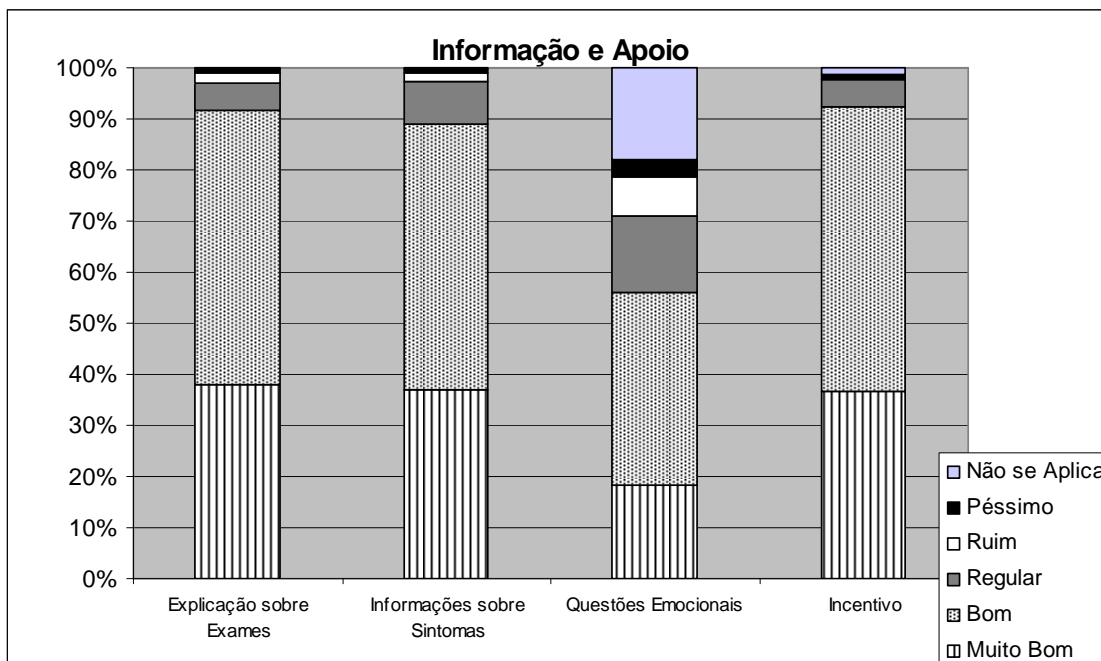
Este parâmetro é essencial para a avaliação da qualidade de vida do paciente, assim como identificar fatores externos eventualmente relacionados ao problema apresentado. É uma abordagem que deve fazer parte da relação médico-paciente, de modo a permitir a prática de um cuidado integral à saúde.

É necessário esclarecer que essa pergunta apresentou uma grande porcentagem da resposta “não se aplica”, por equívoco durante a aplicação. A pergunta foi prejudicada devido a diferentes interpretações assumidas pelos entrevistadores no momento da entrevista, entendendo que nem toda demanda de atendimento necessita de abordagem de questões emocionais. Contudo respostas negativas foram erroneamente interpretadas, ou seja, para as respostas que os usuários forneceram informando que o profissional não realizou esse tipo de abordagem na consulta foi marcada a opção de “não se aplica” por alguns entrevistadores, quando na verdade de fato o profissional não tinha realizado esse tipo de abordagem.

Tabela 10: Avaliação da Informação e Apoio recebidos do médico, por usuários da ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010

Componentes	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não se Aplica		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Explicação sobre exames	110	38,1	155	53,6	15	5,2	6	2,0	2	0,7	1	0,3	289
Informações sobre sintomas da doença	107	37,0	150	51,9	24	8,3	5	2,0	2	0,7	1	0,3	289	100
Abordagem das questões emocionais	53	18,3	109	37,7	43	15,0	22	8,0	10	3,5	52	17,9	289	100
Incentivo para adesão	106	36,7	161	55,7	15	5,2	1	0,0	2	0,7	4	1,4	289	100

Gráfico 3: Avaliação da Informação e Apoio, por usuários da ESF, CSEGSF, Mangunhos, Rio de Janeiro, 2010



- **Continuidade e Cooperação**

O Indicador chave **Continuidade e Cooperação** é composto por duas perguntas. Nesse indicador os usuários opinaram sobre o conhecimento do profissional sobre ele e o seu caso, e, quanto à preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares quando necessário.

O conhecimento do profissional médico sobre o usuário e o seu caso foi considerado “Muito bom” por 38,4% e “bom” para 48,1% dos usuários.

Esses resultados podem ser facilitados pela avaliação de usuários atendidos na unidade de saúde em período superior a um ano (critério de inclusão), o que permite maior conhecimento do caso, e fortalecimento da continuidade do cuidado ao paciente.

Além disso, reforça-se aqui a importância para a avaliação da continuidade, a existência de meios de registro de informações eficazes, de modo a permitir que todos os dados sejam corretamente registrados em prontuários, e devidamente acessados, quando necessário.

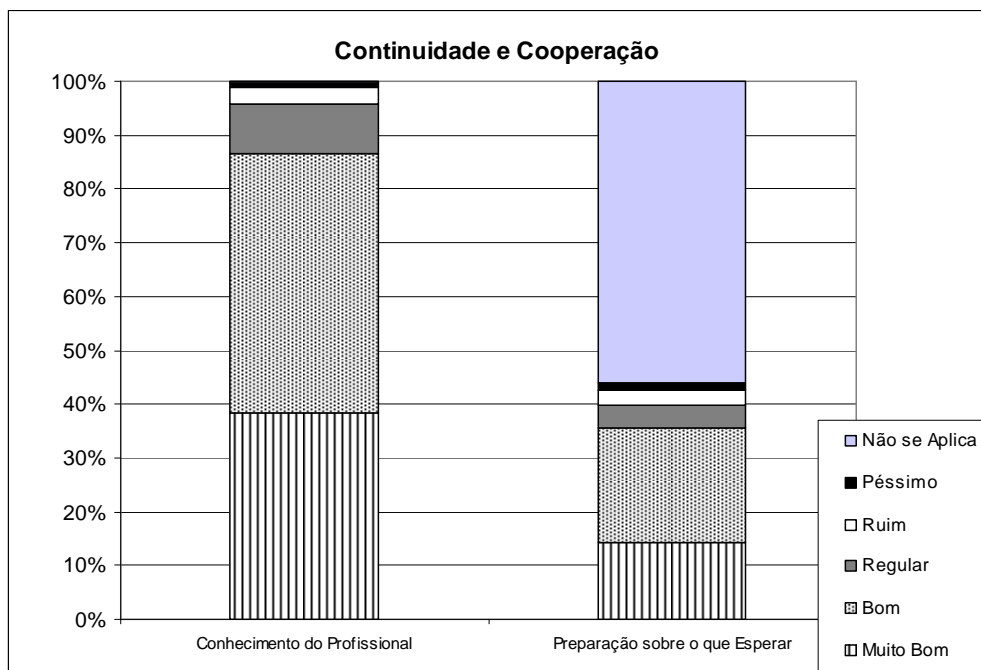
A preparação que o médico fez sobre o que esperar de especialistas e hospitalizações quando necessário foi considerada por 21,4% dos entrevistados como bom e por 14,2% como muito boa.

A pergunta sobre a preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares apresentou grande índice da resposta não se aplica (56,1%), pois a indicação de cuidados hospitalares nem sempre se faz necessária. Foram considerados como “não se aplica” os casos de usuários que não havia experienciado a referência a outros serviços.

Tabela 11: Avaliação da Continuidade e Cooperação, por usuários da ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010

Componentes	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não se Aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conhecimento do profissional sobre o usuário	111	38,4	139	48,1	27	9,3	9	3,0	2	0,7	1	0,3	289	100
Preparação sobre o que esperar dos serviços referenciados	41	14,2	62	21,4	12	4,2	8	3,0	4	1,4	162	56,1	289	100

Gráfico 4: Avaliação da Continuidade e Cooperação, por usuários da ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010



- **Organização dos serviços**

E por último o Indicador chave **Organização dos serviços** que é composto por quatro perguntas. Nesse indicador os usuários avaliaram o apoio dos profissionais do Centro de Saúde, além daquele que o atendeu, a facilidade em marcar uma consulta em horário e data adequada no Centro de Saúde, o tempo de espera para ser atendido, e, a rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos.

Esse indicador foi o que recebeu a pior avaliação em comparação aos outros indicadores.

O aspecto melhor avaliado foi a facilidade em marcar consulta com 22,2% de respostas “muito bom”. A segunda pergunta mais bem avaliada foi a questão do apoio do pessoal do centro de saúde além do profissional que o atendeu com 21,8% de respostas “muito bom”. Mesmo assim se analisarmos o percentual das respostas “regular”, “ruim” e

“péssimo” para as duas perguntas mencionadas, temos que 35,9% dos usuários entrevistados não encontram facilidade em marcar consulta e 27,8% dos entrevistados não consideram satisfatório o apoio do pessoal do centro de saúde.

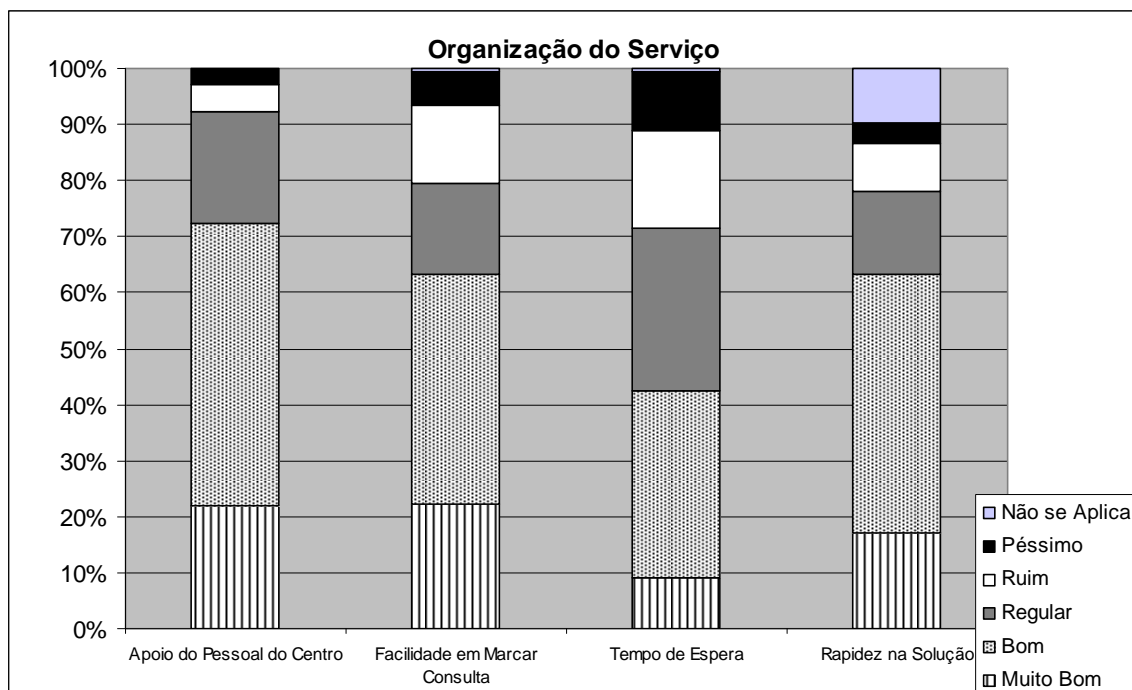
A pior avaliação com a maior graduação da resposta “péssimo” foi o tempo de espera para consulta (10,0%) e se somarmos a porcentagem das respostas “ruim” e “regular”, temos que 56% dos usuários estão insatisfeitos com o tempo de espera.

Vale destacar que este foi o indicador chave com maior proporção de respostas “regular”, “ruim” e “péssimo” em todas as perguntas.

Tabela 12: Avaliação da Organização dos Serviços no Centro de Saúde, por usuários da ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Componentes	Muito Bom		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não se Aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Apoio do pessoal do CS	63	21,8	146	50,5	58	20,0	14	5,0	8	2,8	0	0,0	289
Facilidade em marcar consulta	64	22,2	119	41,2	47	16,0	40	14,0	17	5,9	2	0,7	289	100
Tempo de espera	26	9,0	97	33,5	84	29,0	50	17,0	30	10,0	2	0,7	289	100
Rapidez na solução	49	17,0	134	46,4	43	15,0	24	8,0	11	3,8	28	9,7	289	100

Gráfico 5: Avaliação da Organização dos Serviços no Centro de Saúde, por usuários da ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010



Na análise final, da satisfação dos usuários proposta pelo EUROPEP, os resultados de cada indicador chave são classificados como muito bom, bom, regular, ruim e péssimo por meio da média das respostas de muito bom e bom de cada indicador.

O indicador é classificado como “muito bom” se a média das proporções de respostas muito bom e bom ultrapassam 85%, “bom” é considerado entre 84% a 65%, “regular” entre 64% a 45%, “ruim” entre 44% a 25% e “péssimo” entre 24% e 0%.

O indicador chave que apresentou o melhor índice foi o de Relação e Comunicação, o único classificado como muito bom e os piores indicadores chave fora Continuidade e Cooperação e Organização do Serviço ambos classificados como regulares.

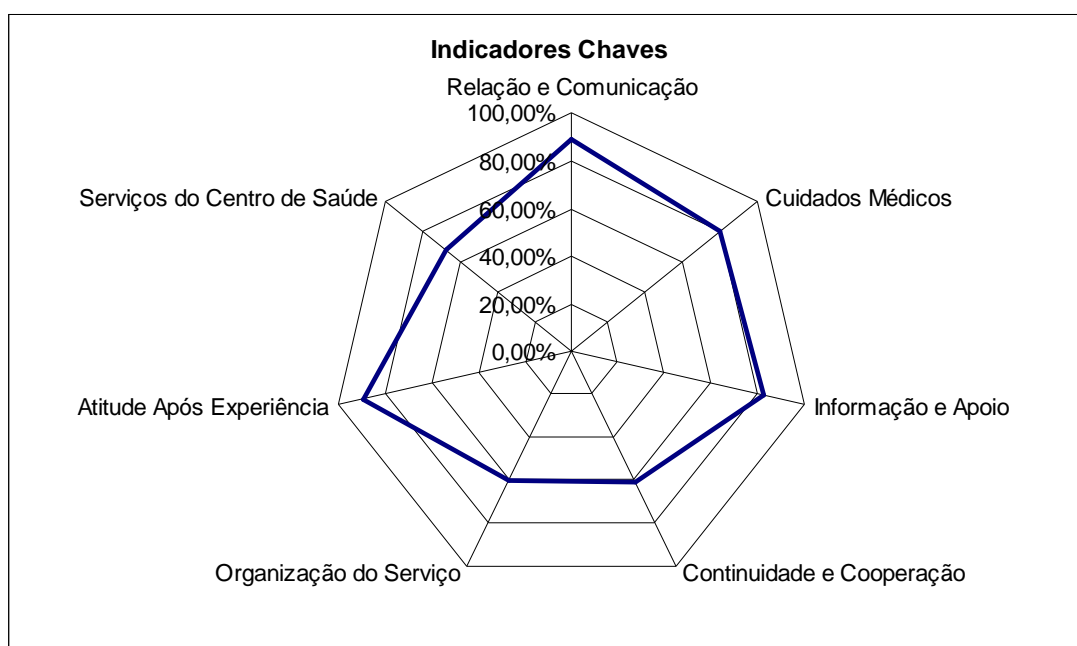
A seguir apresentamos uma tabela comparativa com o resultado da avaliação de todos os indicadores chaves classificados conforme média de proporções de respostas “muito bom” e “bom”.

Tabela 13: Classificação dos indicadores chaves de satisfação de usuários da ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Índice Bom/Muito Bom por Indicador Chave	%	Classificação
Relação e Comunicação	88,93	Muito Bom
Informação e Apoio	82,27	Bom
Cuidados Médicos	79,50	Bom
Continuidade e Cooperação	61,07	Regular
Organização do Serviço	60,38	Regular

O gráfico em teia a seguir ilustra bem a diferença na avaliação dos usuários da Saúde da Família por indicador chave.

Gráfico 6: Comparativo de indicadores chaves de satisfação de usuários da ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010



Utilizando-se dos valores dos cinco Indicadores Chaves é possível obter um Índice Global de Satisfação. Este índice nada mais é que a média ponderada entre os Indicadores Chave. A média é ponderada pelo número de perguntas de cada indicador que não é constante. A título de exemplo, enquanto o indicador “Relação e Comunicação” é composto

de cinco perguntas, em “Continuidade e Cooperação” há apenas duas. Desta forma, o Índice Global tem de ser uma média dos Indicadores Chave ponderada pelo número de perguntas de cada indicador. O índice global de satisfação no presente estudo foi de 76,6%.

7.4 Características dos usuários e padrões de satisfação

A fim de verificar possíveis associações entre os padrões de resposta e as características dos usuários, foram realizadas análises cruzando as variáveis com o perfil dos pacientes. Para isso, a amostra total foi dividida em subamostras, referentes a determinadas características descritas como importantes na literatura para esse tipo de análise, uma vez que estas podem influenciar os níveis de satisfação dos pacientes. As características eleitas para realizar tal comparação entre respostas foram: sexo; nível de escolaridade; auto-percepção de saúde e faixa etária.

A tabela abaixo divide o total da amostra nas sub amostras que serão utilizadas.

Tabela 14: Subamostras Analisadas dos Usuários, ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Categorias	Subamostras	n	%
Sexo	Homens	46	15,92
	Mulheres	243	84,08
Escolaridade	Até Ensino Fundamental Incompleto	152	57,4
	Pelo menos Ensino fundamental completo	137	42,6
Percepção de Saúde	Boa (ótima, muito boa e boa)	156	53,98
	Má (regular e má)	133	46,02
Idade	Até 39 anos	155	53,63
	De 40 até 59 anos	86	29,76
	Mais de 60 anos	48	16,61

A idéia fundamental da análise é calcular a proporção de respostas “Muito Bom” e “Bom” das diferentes perguntas de cada Indicador Chave nas diferentes subamostras e testar

se há diferenças significativas entre elas. Para tal foi realizado teste de hipótese, tendo como hipótese nula que a diferença entre estas duas proporções é zero. Para isso, foi utilizado o pacote estatístico STATA 10.

Ao se analisar a primeira subdivisão da amostra (sexo) não se encontram diferenças significativas. No quesito “Apoio do pessoal do centro de saúde”, do Indicador Chave “Organização dos Serviços”, detectou-se a maior diferença entre as proporções de satisfeitos: homens 80,4%, contra 70,7% das mulheres. Contudo, nem mesmo essa diferença foi significativa estatisticamente (p valor igual a 0,1797).

Com isso, os resultados dos Indicadores Chaves segregados entre Homens e Mulheres são muito semelhantes, como se pode observar na tabela e no gráfico a seguir.

Tabela 15: Avaliação de “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves segundo sexo, ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Indicador Chave	Feminino		Masculino		Total		P Valor
	n	%	n	%	n	%	
Relação e Comunicação							
Duração da consulta	206	84,77	41	89,13	247	85,47	0.442
Interesse do profissional	228	93,83	42	91,30	270	93,43	0.5267
Sentiu-se à vontade	220	90,53	40	86,96	260	89,97	0.4589
Sua participação nos cuidados	216	88,89	40	86,96	256	88,58	0.7055
Segredo/Sigilo	211	86,83	41	89,13	252	87,20	0.6687
Cuidados Médicos							
Alívio Rápido dos Sintomas	176	72,43	35	76,09	211	73,01	0.6082
Melhora para desempenho de tarefas diárias	202	83,13	41	89,13	243	84,08	0.3075

Exame físico durante a consulta	216	88,89	42	91,30	258	89,27	0.6274
Indicação de serviços de prevenção	176	72,43	31	67,39	207	71,63	0.4872

Informação e Apoio

Explicação sobre exames e tratamentos	225	92,59	40	86,96	265	91,70	0.204
Informações sobre sintomas e sua doença	217	89,30	40	86,96	257	88,93	0.6423
Abordagem de questões emocionais relacionadas ao problema	140	57,61	22	47,83	162	56,06	0.2201
Incentivo para compreender importância de seguir orientações	223	91,77	44	95,65	267	92,39	0.3625

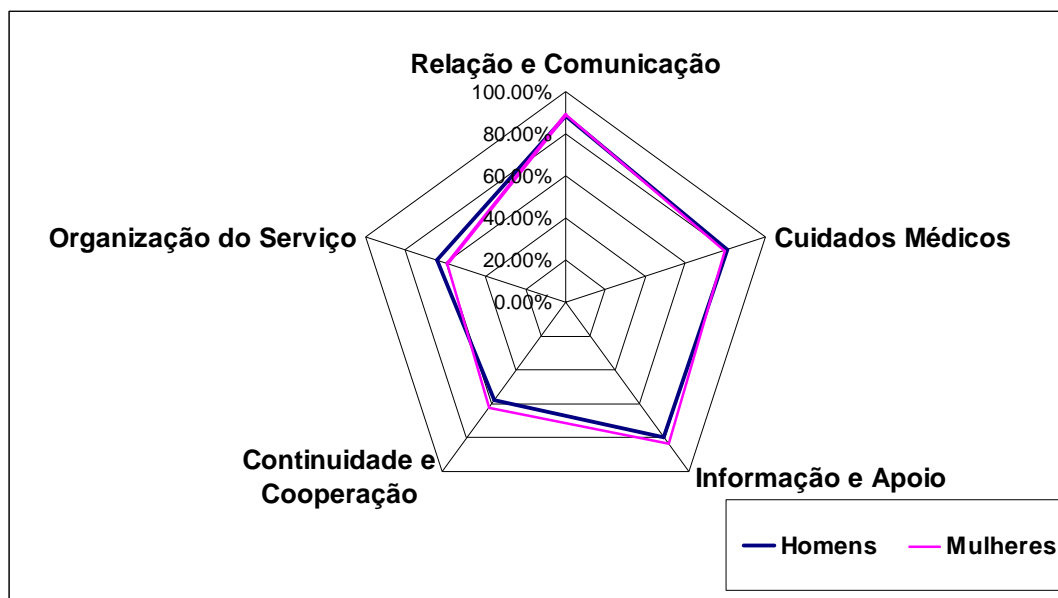
Continuidade e Cooperação

Conhecimento sobre você e seu caso	209	86,01	41	89,13	250	86,51	0.5698
Preparação sobre o que esperar de especialistas	91	37,45	12	26,09	103	35,64	0.1401

Organização do Serviço

Apoio do pessoal do centro de saúde	172	70,78	37	80,43	209	72,32	0.1797
Facilidade de marcar consulta	151	62,14	32	69,57	183	63,32	0.338
Tempo que esperou	103	42,39	20	43,48	123	42,56	0.8908
Rapidez com que problemas urgentes foram resolvidos	154	63,37	29	63,04	183	63,32	0.9659

Gráfico 7: Avaliação de Respostas “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves segundo sexo, ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010



A segunda subdivisão refere-se ao nível de escolaridade e foi feita da seguinte forma: pacientes com ensino fundamental incompleto ou menos e paciente com pelo menos o ensino fundamental completo ou mais. Neste sentido foram captadas diferenças em alguns quesitos. No que se refere ao Indicador Chave “Relação e Comunicação”, a hipótese nula de igualdade entre as proporções pode ser rejeitada (p valor igual a 0,0472) no item “Sua participação nos cuidados”, estando a população com menos instrução mais satisfeita (92,11% contra 84,67%).

Quanto ao Indicador Chave “Cuidados Médicos”, o mesmo ocorre no item “Indicação de Serviços de Prevenção”, onde novamente a população menos instruída é mais satisfeita (78,29% contra 64,23%, p valor igual a 0,0081).

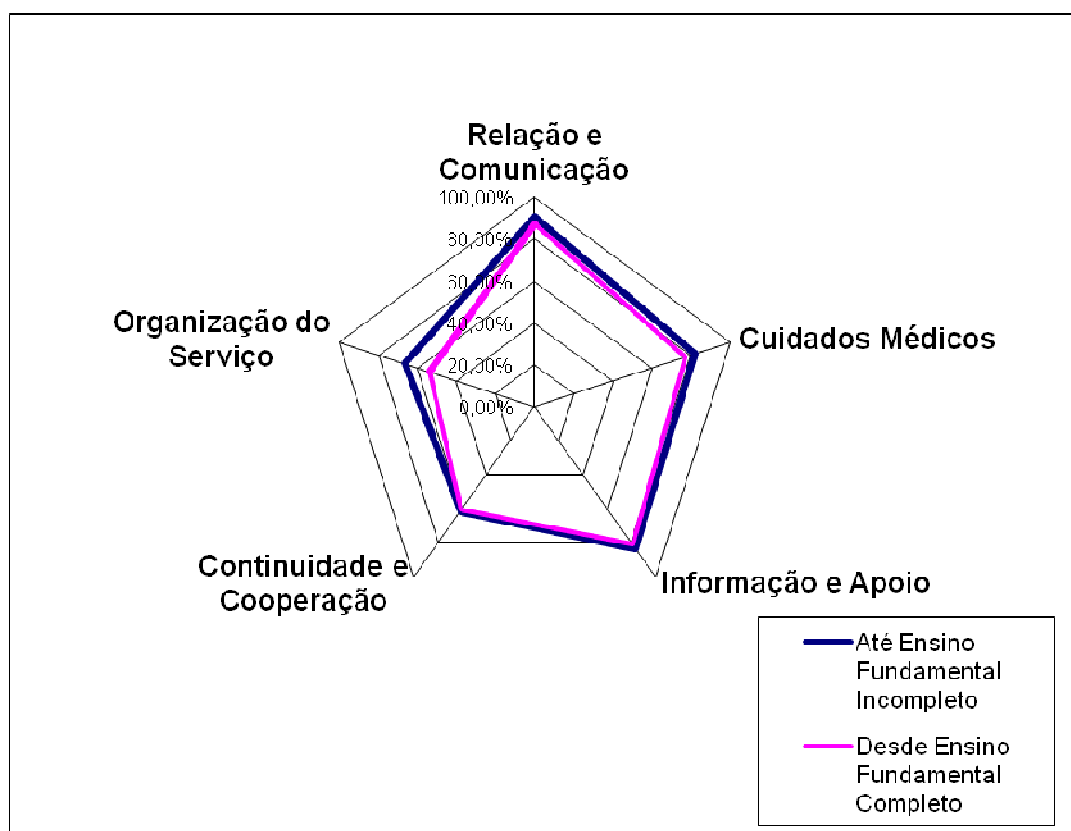
O maior nível de satisfação dos menos instruídos torna a ser estatisticamente significativa no quesito “Abordagem de Questões Emocionais”, do Indicador Chave “Informação e Apoio” (61,18% contra 50,36%, p valor igual a 0,0643) e em quatro itens do Indicador Chave “Organização do Serviço”, conforme pode ser observado na tabela a seguir.

Tabela 16: Avaliação de “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves segundo níveis de escolaridade, ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010

Indicadores Chave	Até Ensino Fundamental Incompleto		Desde Ensino Fundamental Completo		Total		P Valor
	n	%	n	%	n	%	
Relação e Comunicação							
Duração da Consulta	132	86,64	115	83,94	247	85,47	0.4848
Interesse do Profissional	143	94,08	127	92,70	270	93,43	0.6369
Sentiu-se à vontade	139	91,45	121	88,32	260	89,97	0.3771
Sua participação nos cuidados	140	92,11	116	84,67	256	88,58	0.0472
Segredo/Sigilo	133	87,50	119	86,86	252	87,20	0.8711
Cuidados Médicos							
Alívio Rápido dos Sintomas	111	73,03	100	72,99	211	73,01	0.9849
Melhora para desempenho de tarefas diárias	132	86,84	111	81,02	243	84,08	0.1769
Exame físico Durante a Consulta	135	88,82	123	89,78	258	89,27	0.7912
Indicação de Serviços de Prevenção	119	78,29	88	64,23	207	71,63	0.0081
Informação e Apoio							
Explicação sobre exames e tratamentos	140	92,11	125	91,24	265	91,70	0.7903
Informações sobre sintomas e sua doença	135	88,82	122	89,05	257	88,93	0.9492

Abordagem de questões emocionais relacionadas ao problema	93	61,18	69	50,36	162	56,06	0.0643
Incentivo para compreender importância de seguir orientações	139	91,45	128	93,43	267	92,39	0.5255
Continuidade e Cooperação							
Conhecimento sobre você e seu caso	131	86,18	119	86,86	250	86,51	0.8664
Preparação sobre o que esperar de especialistas	56	36,84	47	34,31	103	35,64	0.6531
Organização do Serviço							
Apoio do pessoal do centro de	121	79,61	88	64,23	209	72,32	0.0035
Facilidade de marcar consulta	107	70,39	76	55,47	183	63,32	0.0086
Tempo que esperou	72	47,37	51	37,23	123	42,56	0.0816
Rapidez com que problemas urgentes foram resolvidos	104	68,42	79	57,66	183	63,32	0.0581

Gráfico 8: Avaliação de Respostas “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves segundo níveis de Escolaridade, ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010



A terceira subdivisão refere-se à auto-percepção de saúde. Para isso, a amostra foi dividida segundo a avaliação do indivíduo entre “Boa”, que engloba as respostas de auto-percepção ótima, muito boa e boa, ou “Má”, com auto-percepção regular ou má, no que se refere ao seu próprio estado de saúde. Nesta análise foram encontradas poucas diferenças significativas entre a satisfação das duas amostras. Em geral, nota-se que pessoas com percepção de saúde própria positiva tendem a estar mais satisfeitas com os serviços prestados.

Com relação ao Indicador Chave “Relação e Comunicação”, há diferença significativa no que se refere ao quesito “Sigilo/Segredo” (91,6% de satisfação das pessoas com boa percepção da própria de saúde contra 81,9%, com percepção de saúde ruim (p valor igual a 0,0138). Além disso, foi detectada outra diferença significativa no Indicador

“Continuidade e Cooperação”. No que se refere ao “Conhecimento sobre o seu caso” 89,7% das pessoas com boa percepção de saúde mostraram-se satisfeitas enquanto entre os que se julgam em más condições de saúde, 82,7% apresentaram-se como satisfeitos (p valor igual a 0,081).

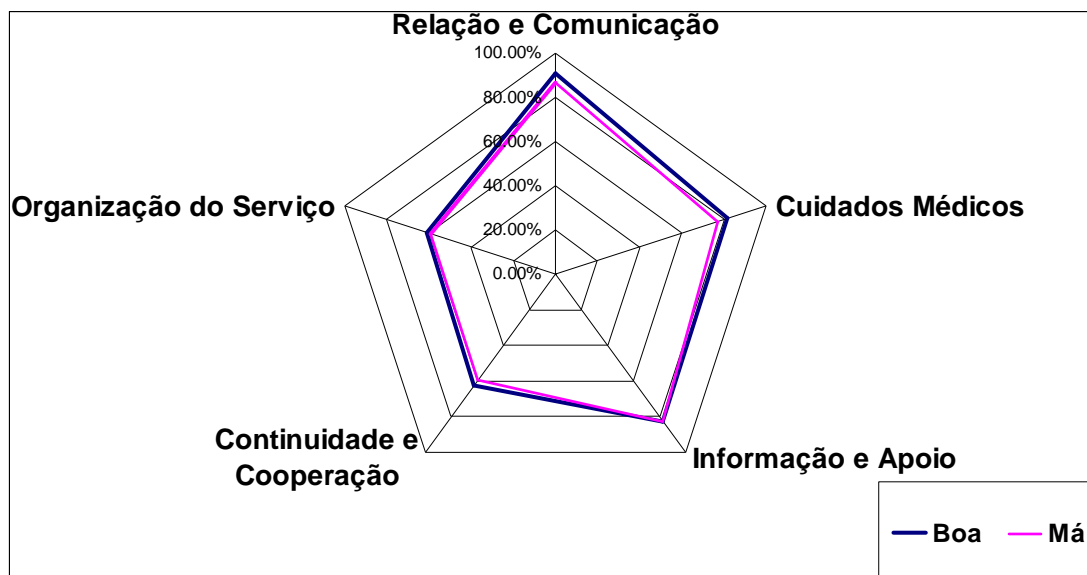
A tabela e o gráfico abaixo exploram as diferenças dos Indicadores Chave segundo auto percepção de saúde.

Tabela 17: Avaliação de “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves segundo auto percepção de saúde, ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Indicadores Chave	Saúde Boa		Saúde Má		Total		P Valor
	n	%	n	%	n	%	
Relação e Comunicação							
Duração da Consulta	137	87,82	110	82,71	247	85,47	0.2189
Interesse do Profissional	148	94,87	122	91,73	270	93,43	0.2827
Sentiu-se à vontade	143	91,67	117	87,97	260	89,97	0.2972
Sua participação nos cuidados	139	89,10	117	87,97	256	88,58	0.7628
Segredo/Sigilo	143	91,67	109	81,95	252	87,20	0.0138
Cuidados Médicos							
Alívio Rápido dos Sintomas	120	76,92	91	68,42	211	73,01	0.1046
Melhora para desempenho de tarefas diárias	135	86,54	108	81,20	243	84,08	0.2166
Exame físico Durante a Consulta	143	91,67	115	86,47	258	89,27	0.1545
Indicação de Serviços de Prevenção	113	72,44	94	70,68	207	71,63	0.7409
Informação e Apoio							
Explicação sobre exames e tratamentos	141	90,38	124	93,23	265	91,70	0.3818

Informações sobre sintomas e sua doença	142	91,03	115	86,47	257	88,93	0.2183
Abordagem de questões emocionais relacionadas ao problema	84	53,85	78	58,65	162	56,06	0.4125
Incentivo para compreender importância de seguir orientações	142	90,98	121	90,98	263	90,98	0.4039
Continuidade e Cooperação							
Conhecimento sobre você e seu caso	140	89,74	110	82,71	250	86,51	0.081
Preparação sobre o que esperar de especialistas	55	35,26	48	36,09	103	35,64	0.8827
Organização do Serviço							
Apoio do pessoal do centro de saúde	115	73,72	94	70,68	209	72,32	0.5647
Facilidade de marcar consulta	100	64,10	83	62,41	183	63,32	0.7655
Tempo que esperou	70	44,87	53	39,85	123	42,56	0.3894
Rapidez com que problemas urgentes foram resolvidos	97	62,18	86	64,66	183	63,32	0.6625

Gráfico 9: Avaliação de Respostas “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves Segundo Auto Percepção de Saúde, ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010



A última subdivisão considera a idade dos usuários. Esta foi feita da seguinte forma: usuários com até 39 anos, usuários entre 40 e 59 anos e usuários com mais de 60 anos.

No tocante ao item “Interesse do Profissional”, do Indicador chave “Relação e Comunicação” pode-se rejeitar a hipótese nula de que não há diferenças significativas entre os níveis de satisfação da população com até 39 anos e o restante da população (os mais jovens mostram-se mais satisfeitos 96,13%, p valor igual a 0,0461).

Contudo, o restante das diferenças que se mostraram estatisticamente significativas apontam para os mais jovens como tendo a menor proporção de satisfeitos. Isto ocorreu nos itens “Melhora para desempenho de tarefas diárias” (mais jovens com 80,65% de satisfeitos contra 86,05% e 91,67% das outras duas sub amostras, (p valor igual a 0,0858) e todos os quesitos de “Organização dos Serviços”, exceto para “rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos”, conforme pode ser observado na tabela a seguir. Vale ressaltar que, para estes casos em específico, também foi detectada maior satisfação da população mais idosa em relação ao restante da população.

O único caso onde houve diferença estatisticamente significativa entre a população de 40 a 59 anos em relação ao restante foi na “Preparação sobre o que esperar dos especialistas”. Neste quesito, esta população mostrou-se mais satisfeita que o restante. (43,03%, p valor igual a 0,0881).

Tabela 18: Avaliação de “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves segundo Faixa Etária, ESF, CSEGSF, Manginhos, Rio de Janeiro, 2010

Indicadores Chave	Até 39		De 40 a 59		Mais de 60		Total		P Valor		
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Relação e Comunicação											
Duração da Consulta	132	85,16	71	82,56	44	91,67	247	85,47	0.8739	0.3601	0.182
Interesse do Profissional	149	96,13	76	88,37	45	93,75	270	93,43	0.0461	0.241	0.9209
Sentiu-se à vontade	142	91,61	74	86,05	44	91,67	260	89,97	0.31661	0.149	0.6675
Sua participação nos cuidados	86	55,48	54	62,79	32	66,67	172	59,52	0.6294	0.942	0.4617
Segredo/Sigilo	134	86,45	75	87,21	43	89,58	252	87,20	0.6833	0.9968	0.5879
Cuidados Médicos											
Alívio Rápido dos Sintomas	107	69,03	68	79,07	36	75,00	211	73,01	0.1013	0.1309	0.7338
Melhora para desempenho de tarefas diárias	125	80,65	74	86,05	44	91,67	243	84,08	0.0858	0.5526	0.1158
Exame físico Durante a Consulta	144	92,90	73	84,88	41	85,42	258	89,27	0.032	0.1165	0.3444
Indicação de Serviços de Prevenção	112	72,26	64	74,42	31	64,58	207	71,63	0.7978	0.4931	0.2359

Informação e Apoio

Explicação sobre exames e tratamentos	143	92,26	78	90,70	44	91,67	265	91,70	0.7093	0.6891	0.9937
Informações sobre sintomas e sua doença	140	90,32	75	87,21	42	87,50	257	88,93	0.1017	0.5446	0.73
Abordagem de questões emocionais relacionadas ao problema	80	51,61	47	54,65	35	72,92	162	56,06	0.4162	0.7542	0.01
Incentivo para compreender importância de seguir orientações	143	92,26	80	93,02	44	91,67	267	92,39	0.9289	0.7908	0.8366

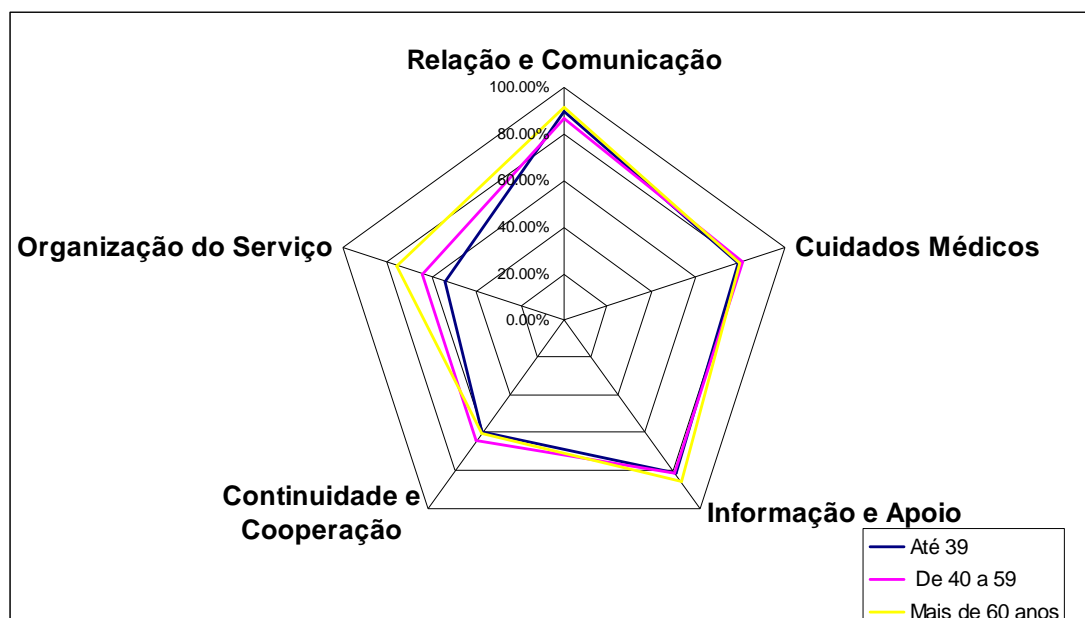
Continuidade e Cooperação

Conhecimento sobre você e seu caso	134	86,45	73	84,88	43	89,58	250	86,51	0.9771	0.5995	0.4943
Preparação sobre o que esperar de especialistas	51	32,90	37	43,02	15	31,25	103	35,64	0.2961	0.0881	0.4868

Organização do Serviço

Apoio do pessoal do centro de saúde	102	65,81	65	75,58	42	87,50	209	72,32	0.0078	0.4197	0.01
Facilidade de marcar consulta	86	55,48	60	69,77	37	77,08	183	63,32	0.0029	0.1389	0.0303
Tempo que esperou	51	32,90	40	46,51	32	66,67	123	42,56	0.0004	0.3766	0.0002
Rapidez com que problemas urgentes foram resolvidos	93	60,00	56	65,12	34	70,83	183	63,32	0.2076	0.6803	0.237

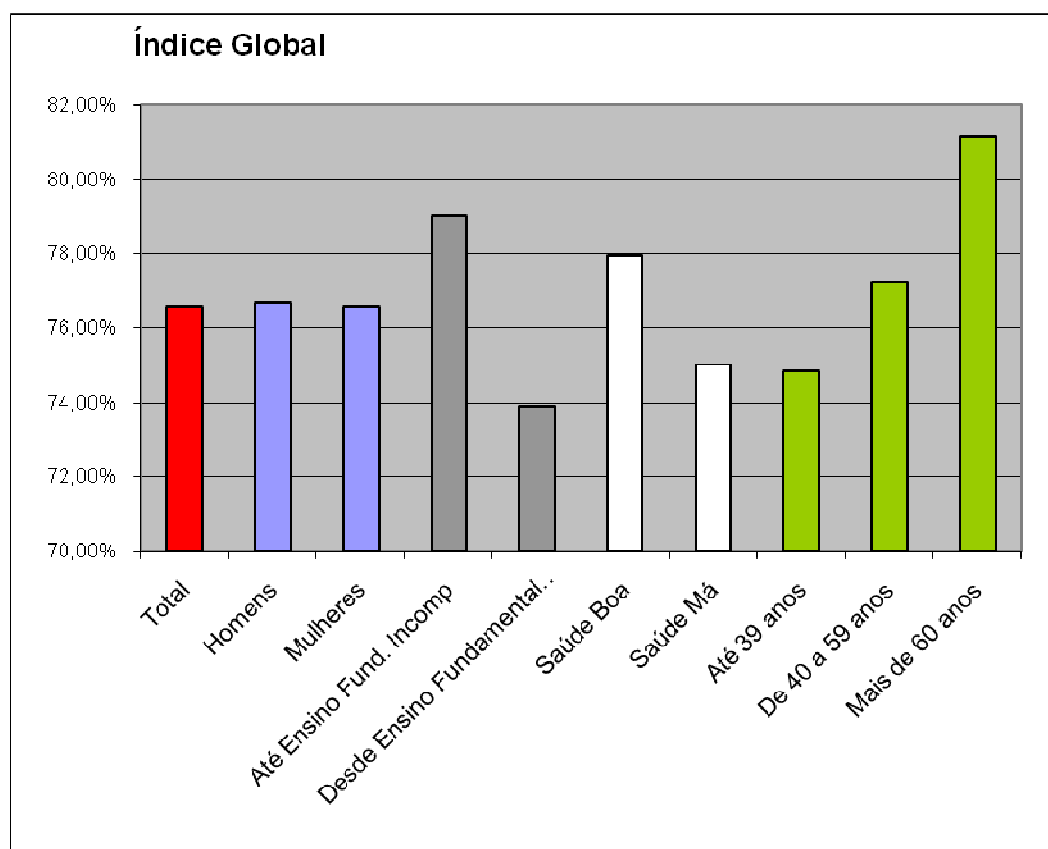
Gráfico 10: Avaliação de Respostas “Bom” e “Muito Bom” dos Indicadores Chaves segundo Faixa Etária, ESF, CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010



Por fim, uma vez que temos todas as respostas dos usuários segregadas por categorias (sexo, escolaridade, auto percepção de saúde e idade) podemos calcular os Índices Globais, isto é, a média dos indicadores chave ponderada pelo número de perguntas de cada indicador, específicos de cada uma das categorias criadas e avaliar se estes índices são muito diferentes do já calculado.

O gráfico abaixo mostra a diferença entre o índice Global de cada categoria e o índice Global da população como um todo. Nele pode-se observar que o Índice de Satisfação Global de pessoas com auto percepção de saúde ruim é em torno de 1,6 pontos percentuais menor que o da população como um todo (75%, contra 76,6% da população total). Nota-se também que não há diferenças entre os Índices de Satisfação Global por sexo. Quanto à escolaridade, a população menos instruída tem maior Índice Global em relação ao total (79,02%) enquanto que com a mais instruída ocorre o oposto (73,91%). Vale também chamar atenção para a diferença deste índice no caso dos mais idosos (81,14%).

Gráfico 11: Índice Global Segundo Sexo, Nível de Escolaridade, Auto-Percepção de Saúde e Faixa Etária, ESF, CSEGSF, Mangunhos, Rio de Janeiro, 2010



7.5 Sugestões e reclamações dos usuários

Ao final da entrevista o usuário era convidado a expressar opiniões e sugestões através da pergunta aberta: “Diga, por favor, o que precisa ser melhorado no Centro de Saúde”.

Esta pergunta teve como objetivo complementar os dados de perguntas fechadas e proporcionar a informação adicional de sugestão dos usuários.

Dos 289 questionários aplicados, 176 usuários entrevistados responderam a pergunta aberta. Ou seja, 61% dos entrevistados tinham alguma consideração a respeito de melhoria no centro de saúde.

As respostas foram desmembradas em 254 menções, já que em uma mesma resposta os usuários abordavam diversos temas da atenção à saúde.

As respostas foram então categorizadas e agrupadas conforme conteúdo similar, em 20 grandes categorias, apresentadas na tabela abaixo. Ao final foram contabilizadas as respostas de acordo com cada categoria de análise. No anexo 6 apresenta-se a tabela com todas as respostas fornecidas pelos usuários.

Para facilitar a análise subdividimos as categorias em três blocos temáticos, são eles:

1) Acesso oportuno: que abrange assuntos como tempo de espera e pontualidade dos profissionais e das consultas,

2) Ampliação de oferta onde são agrupadas as sugestões de contratações de profissionais e oferta de outros serviços;

3) Organização dos fluxos no Centro de Saúde e atenciosidade dos profissionais.

O bloco que obteve o maior número de menções dos usuários foi o relacionado a questão do **acesso oportuno e o tempo de espera**. Nessa categoria foram agrupadas questões como tempo para conseguir uma consulta, necessidade de maior agilidade do laboratório, pontualidade dos profissionais e das consultas e ampliação do horário de atendimento do Centro de Saúde e do laboratório. Essa categoria obteve 35,8% (91) das menções.

Com relação ao tempo de espera para conseguir uma consulta, essa foi a menção que mais apareceu nas sugestões desse bloco, *“Deveria ser mais fácil marcar uma consulta, principalmente ter maior facilidade para acompanhar a hipertensão no centro de saúde”*.

Em relação ao laboratório as questões giram em torno da demora do atendimento e da entrega dos exames, *“O atendimento do laboratório podia ser melhorado com um atendimento mais ágil, espera-se muito tempo para fazer os exames em jejum”* e *“Mais*

facilidade para a realização dos exames laboratoriais, diminuindo a demora e a entrega mais rápida dos exames”.

O horário de atendimento foi um ponto muito mencionado no sentido da ampliação do mesmo, ou seja, com abertura mais cedo e fechamento mais tarde da unidade de saúde, *“Deveria começar o atendimento mais cedo, às 7 horas, a unidade abre tarde e ficamos esperando do lado de fora” e “Deveria aumentar o horário de atendimento, abrindo mais cedo e a consulta deveria ter uma maior duração para podermos falar tudo que queremos”.* Outro aspecto importante para o horário de funcionamento é por conta o atendimento do laboratório e a necessidade, em muitos casos, da espera em jejum para a realização dos exames.

Na questão da pontualidade, a maior parte das menções a esse respeito aborda a pontualidade dos profissionais no Centro de Saúde, *“Os profissionais deveriam ser mais pontuais com a hora de trabalho deles e com o início dos atendimentos”.* Outra questão da pontualidade também abordada é por conta da falta de pontualidade das consultas com hora marcada, *“Deveria ser respeitado os atendimentos com hora marcada, já que marca-se a hora e é atendido muito depois da hora marcada”.*

O segundo bloco temático que recebeu maior número de reclamações/sugestões foi o relacionado a **ampliação da oferta de profissionais e serviços** com 32,4% (82) das menções.

A necessidade de contratação de profissionais para agilizar o atendimento, foi mencionada por 41 usuários, *“Poderia ter mais médicos para o atendimento ser mais rápido”;* o que incluía a necessidade de contratação de outras especialidades e profissionais *“Deveria ter mais especialidades médicas como oftalmologista, dermatologista, ortopedistas”.* Também foi mencionada a necessidade de contratação de mais médicos de família.

De acordo com os achados do presente estudo, também para o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2011, aumentar o número de médicos foi a principal melhoria sugerida pelos entrevistados para a maioria dos serviços de saúde pesquisados, as melhorias sugeridas em segundo lugar pelos entrevistados referem-se à redução do tempo de espera, resumindo maior facilidade e qualidade no acesso aos serviços públicos de saúde é o que os entrevistados mais desejam (IPEA, 2011).

A contratação de mais profissionais referentes também a saúde bucal no Centro de Saúde também foi sugerida: *“Deveria ter mais dentistas. Só tem uma na unidade e ela é muito ocupada, com isso não conseguimos ser atendidos nunca”*.

A ampliação dos serviços já ofertados pelo Centro de Saúde também foi apontada. Dentre estes se destacam as visitas domiciliares por profissionais e Agentes Comunitários de Saúde.

Em relação ao trabalho dos ACS, foi destacada a insuficiência da realização das visitas domiciliares, *“Os agentes comunitários deveriam ser mais atenciosos e fazer mais visitas domiciliares”*.

Para os serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica, foi sugerido a incorporação de mais tipos de exames, *“Deveriam ser ofertados mais tipos de exames como ultrasonografia, raio x”*.

A questão da incorporação de serviços de urgência e emergência à rotina do Centro de Saúde foi outra reivindicação, *“Temos a necessidade de uma emergência para resolver problemas urgentes, se meu filho cai de cabeça eu não posso trazer aqui”*.

A ampliação da oferta dos insumos da farmácia e a disponibilização de medicamentos também foi sugerida, *“A farmácia não disponibiliza todos os medicamentos que são prescritos pelo médico”*.

E por último, o bloco que englobou as reclamações/sugestões dos usuários que se refere à **organização do fluxo para atendimento no Centro de Saúde e atenciosidade** com 28,0% (71) das respostas. Neste item foram abordadas principalmente questões de atenciosidade e respeito por parte dos profissionais do centro de saúde, limpeza, organização administrativa, priorização no atendimento, conforto e privacidade durante a consulta.

Dentro desse bloco o aspecto mais abordado por parte dos usuários foi a organização administrativa, *“Deveria melhorar a organização dos prontuários, as vezes eles procuram e não acham as nossas coisas”*. Reclamações quanto ao fluxo interno de atendimento foram contundentes: *“Maior organização do pessoal administrativo porque eles confundem a nossa cabeça, para onde devemos ir, onde deixamos o nosso cartão, como abrir prontuário”*.

Outro ponto abordado nesse bloco foi a falta de atenciosidade e respeito por parte dos profissionais, *“Os funcionários administrativos da recepção e os agentes comunitários de saúde não respeitam os usuários e fazem pouco das pessoas”*.

O terceiro ponto foi em relação a falta de limpeza do centro de saúde, *“Deveria melhorar a limpeza do centro, principalmente no banheiro.”*

Foram pontuadas questões como a priorização nos atendimentos, no caso de gestantes, idosos e crianças, *“O laboratório deveria atender mais rapidamente os pacientes idosos, gestante e crianças”* e, além disso, sugeriram a priorização também em relação ao nível de gravidade do caso, *“Pessoas com casos mais graves deveriam passar na frente de casos menos graves”*

Os usuários também abordaram o conforto e ambiência do Centro de Saúde, pontos esses importantes para um atendimento humanizado, *“Os bancos poderiam ser mais confortáveis”* e *“O centro de saúde deveria ter mais área coberta, por conta de dias com chuva”*.

A falta de privacidade durante os atendimentos também fez parte das sugestões/reclamações dos usuários, “*Deveria haver maior privacidade durante a consulta, é normal ocorrer de um monte de pessoas entrarem no consultório enquanto se é atendida*”.

Tabela 19: Sugestões e reclamações dos usuários da ESF do CSEGSF, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2010

Sugestões e reclamações dos usuários	n	%
Acesso oportuno: tempo de espera, pontualidade		
Acesso a consultas, tempo de espera para conseguir uma consulta	35	13,8
Maior rapidez e agilidade no atendimento do laboratório e na entrega do resultado dos exames e ampliação do horário de funcionamento	19	7,5
Ampliação do horário de atendimento do centro de saúde	12	4,7
Pontualidade dos profissionais com o trabalho, faltas e greves	14	5,5
Pontualidade do atendimento de consultas marcadas	11	4,3
<i>Sub total</i>	<i>91</i>	<i>35,8</i>
Ampliação da oferta: de profissionais e serviços		
Contratação de mais médicos	20	7,9
Contratação de especialidades	15	5,9
Maior número de visitas domiciliares	12	4,7
Trabalho do ACS, aumentar a realização de visitas domiciliares dos	5	2
Ampliação da oferta de exames	8	3,1
Implantar serviço de urgência / emergência	7	2,8
Contratação de profissionais de Saúde da Família	6	2,4
		163

Contratação de mais Dentistas	5	2
Farmácia, disponibilidade de medicamentos	4	1,6
<i>Sub total</i>	82	32,4
Organização dos fluxos no Centro de Saúde e atenciosidade		
Organização do fluxo para atendimento no Centro de Saúde	25	9,8
Maior atenciosidade e respeito dos profissionais	23	9,1
Melhorar a limpeza do centro de saúde e banheiros	10	3,9
Priorização de atendimento de casos mais urgentes, crianças, gestantes e	7	2,8
Conforto do Centro de Saúde	4	1,6
Maior privacidade no atendimento e das informações	2	0,8
<i>Sub total</i>	71	28,0
Outros	10	3,9
Total	254	100

Observa-se forte consonância entre os achados provenientes dessa análise qualitativa e a análise quantitativa. Na análise dos indicadores chaves, o pior indicador, classificado como regular, foi o da organização do serviço de saúde e de acordo com sugestões/reclamações apontadas na pergunta aberta, esse bloco foi um dos mais mencionados, além das questões como acesso, tempo de espera e a organização do fluxo para atendimento no Centro de Saúde.

Vale ressaltar que as sugestões de melhorias propostas para a unidade são em sua maioria bastante factíveis, que não demandam grandes investimentos financeiros e sim reorganização dos processos de trabalho, assim como otimização dos fluxos internos.

8. DISCUSSÃO

Para melhor analisar os resultados do presente trabalho, a discussão será apresentada em quatro tópicos: i) Perfil dos usuários dialogando com outros estudos de satisfação dos usuários e a ESF; ii) Discussão dos resultados das dimensões da satisfação e índice de satisfação global; iii) Comparação com resultados de outros estudos onde houve aplicação do instrumento EUROPEP; iv) Discussão metodológica dos possíveis vieses da metodologia. **8.1 Perfil dos usuários**

O perfil observado na amostra de usuários do CSEGSF é similar àqueles de outros estudos de usuários da Atenção Básica. A maior demanda nos serviços de saúde, em particular na Saúde da Família é de pessoas do sexo feminino, indicando que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência, além de assumirem a responsabilidade em procurar atendimento para seus familiares e/ou amigos na sua comunidade.

Um fator que contribui para maior utilização dos serviços de saúde por mulheres é a fisiologia e os ciclos de vida das mulheres (Trad et al, 2002, Jorge et al, 2007). Os serviços e atividades de atenção primária foram tradicionalmente direcionadas ao grupo materno infantil e também na ESF são ofertadas diversas ações para este grupo prioritário, tais como: saúde da mulher, pré-natal, prevenção ao câncer ginecológico e de mama e saúde da criança.

Como principais usuárias, Ibanez et al (2006), Mishima et al (2010), argumentam que mulheres têm um importante papel enquanto avaliadoras de serviços de saúde. Conhecem o cotidiano familiar e representam as principais agentes de saúde do seu ambiente doméstico e com isso são capazes de identificar indicadores de qualidade no serviço prestado.

O perfil observado na presente pesquisa também foi encontrado em um estudo de avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, com média de idade de 45 anos para usuários, fato que somado ao grau de escolaridade (aproximadamente 1 a cada 4 usuários tinha o primeiro grau

completo) infere uma situação social em que o papel feminino é nuclear no grupo familiar e no cuidado à saúde (Ibañez et al, 2006).

Uma avaliação do atendimento ambulatorial realizada por Gouveia (2009), quanto à resolutividade dos problemas de saúde revelou que, neste quesito, as mulheres se mostraram mais insatisfeitas com o resultado esperado do atendimento em saúde, o que, contudo não foi comprovado no presente estudo.

Em recentes resultados do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2011 do IPEA, os serviços públicos de saúde prestados pelo SUS também foram avaliados de maneira semelhante por homens e mulheres. Na opinião de 29,7% dos homens e 28,2% das mulheres, esses serviços são muito bons ou bons (IPEA, 2011).

Por conta da instalação das unidades de saúde da família em regiões de baixa renda, a escolaridade de usuários da ESF em geral é baixa. No presente trabalho, mais da metade dos entrevistados não possuía o ensino fundamental completo o que está de acordo com a literatura, onde de modo geral a baixa escolaridade caracteriza os usuários da ESF (Mishima et al, 2010, Jorge et al, 2007, Halal et al, 1994, Cotta et al, 2005).

Segundo Cotta et al (2005), diversos autores observaram associação entre o grau de escolaridade e a satisfação com os serviços oferecidos, isto é, população com um menor grau de escolaridade tende a emitir menos juízos de valor e ser mais condescendente com os serviços de saúde que lhe são prestados expressando graus mais elevados de satisfação (Cotta et al, 2005), assim como foi observado no presente estudo.

No presente trabalho, a idade média dos entrevistados foi em torno dos 40 anos, com destaque para faixas etárias mais elevadas, o que pode influenciar os resultados de satisfação. Os resultados do presente estudo mostraram que pessoas mais velhas tendem a ser mais satisfeitas com os serviços do que os jovens.

Segundo Mishima et al (2010) para os mais idosos a utilização desses serviços pode ter significado a busca para satisfação de outras necessidades, e não apenas a resolução de

um problema de saúde, expresso em um agravo ou conjunto de sinais e sintomas, levando assim a uma maior satisfação (Mishima et al, 2010).

A auto avaliação em saúde é um indicador mundialmente empregado para avaliar o estado de saúde (Barata, 2008). Hoje esse indicador pode ser obtido em inquéritos nacionais no Brasil, como nas PNADs de 1998 e 2003. No ano de 2003, 21% da população brasileira classificou sua saúde como regular, 4% classificou como ruim e 1% como muito ruim (IBGE, 2003). Os resultados obtidos no presente estudo para a auto - percepção de saúde mostraram situação distinta: 45,8% dos usuários indicaram que sua saúde estava regular ou má.

Alguns elementos importantes discutidos na literatura podem explicar estas diferenças: à medida que a idade aumenta o estado de saúde percebido tende a piorar e as mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde como pior quando comparado com a auto percepção dos homens. Uma importante observação é que a percepção do estado de saúde é pior em grupos de mais baixa renda. Quanto maior a renda melhor a avaliação do estado de saúde (Barata, 2008).

Por outro lado, no presente trabalho, trata-se de um estudo de usuários de um determinado serviço de saúde e não para uma amostra da população em geral. A população de usuários do Centro de Saúde de Manguinhos se caracterizou com pior percepção de saúde do que as médias obtidas em pesquisas nacionais, até mesmo porque esses são usuários que estão buscando o serviço de saúde, logo se encontram com alguma necessidade e demanda o que pode justificar essa pior auto avaliação do estado de saúde.

De acordo com o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2011, a opinião dos entrevistados a respeito da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS pode, ainda, estar relacionada à percepção que as pessoas têm a respeito de seu estado de saúde. Os serviços prestados pelo SUS foram qualificados como muito bons ou bons por 29,1% dos entrevistados que avaliaram seu estado de saúde como positivo. Entre aqueles

que têm avaliação negativa de seu estado de saúde, o percentual cai para 25,2% (IPEA, 2011).

8.2 Dimensões da satisfação

Uma importante discussão é a relação entre os achados no presente estudo e as dimensões da satisfação.

A satisfação com os cuidados de saúde resulta em um conceito multidimensional, sendo uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde, desde dimensões relacionadas ao acesso, infra-estrutura, até à interação usuário-profissional e resultados em saúde.

Neste estudo, as dimensões analisadas foram a relacional, acesso, organizacional, cuidados médicos, informação e apoio e continuidade e cooperação e índice de satisfação global.

8.2.1 Dimensão Relacional – usuário/profissional

Dentre as dimensões da satisfação a melhor avaliada nos estudos da ESF é a relacional, isto é, a relação entre usuário e profissional.

Também no presente estudo, o indicador chave melhor analisado pelos usuários foi a de Relação e Comunicação, com destaque para o interesse do profissional, e, para sentir-se à vontade com o profissional de saúde.

É reconhecido na literatura que a produção da saúde demanda o estabelecimento de relações de intersubjetividade entre profissionais e usuários, abrindo-se a possibilidade de aproximação ao mundo da vida dos pacientes, portanto ao seu modo de adoecer e morrer (Melo et al, 2008a).

Em estudo de avaliação do Programa de Saúde da Família realizado por Rocha et al, (2008) envolvendo 15 municípios brasileiros, o vínculo - que expressa as relações de confiança e de satisfação entre usuários e profissionais - foi o critério de maior evidência positiva e as percepções mais positivas dos usuários foram o bom atendimento do profissional médico e o trato da equipe (Rocha et al, 2008).

O reconhecimento de que a equipe de saúde oferece atenção aos usuários também foi encontrado no estudo de Mishima et al (2010), onde os usuários referiram considerar os médicos bons e confiáveis, e que esses sempre acertam no atendimento prestado; da mesma forma que o acolhimento na recepção da unidade, caracterizou-se como cuidadoso com o usuário que procura pelo serviço de saúde.

Segundo Mishima et al (2010), a interação entre o usuário e a equipe se conforma, na expectativa de “bons encontros” que os usuários esperam ter na unidade de saúde. Nesse contexto um primeiro aspecto a ser destacado refere-se à unidade de saúde estar aberta e “às ordens da população”, dando o apoio possível, criando ambiente mais acolhedor às dores e sofrimentos que o usuário pode estar expressando.

Segundo usuários desse mesmo estudo de Mishima et al (2010), a atenção, paciência, confiança, acertar o que se sente e alegria são elementos essenciais para a satisfação dos usuários (Mishima et al, 2010).

Mesmo reconhecendo a importância da dimensão interpessoal para o adequado cuidado à saúde, há certa dificuldade em incluí-la nos estudos de avaliação. Donabedian (apud Samico, 2005) observa que as informações não são facilmente quantificáveis, os critérios e padrões são variáveis e não bem desenvolvidos (Samico, 2005).

Por ser o processo interpessoal extremamente flexível e influenciado por diversos fatores intrínsecos às pessoas e ao contexto, ele deve ser adaptado às variações de expectativas que acontecem tanto para os usuários como para os profissionais (Samico, 2005).

Os usuários tendem a considerar as atitudes de compreensão, de acolhimento e de comunicação dos profissionais, além do desempenho clínico no sentido de que o problema de saúde seja solucionado e que ele obtenha melhora do quadro.

Segundo Samico (2005) há dois elementos-chave: a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais. Aspectos como humanismo, sensibilidade e receptividade são essenciais aos profissionais para uma boa relação interpessoal.

Em um estudo etnográfico da satisfação dos usuários da ESF na Bahia, Trad et al (2002) encontraram que os usuários expressam um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional, em todos os seus atributos: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe (Trad et al, 2002).

Outro estudo, que avaliou a satisfação dos usuários com a ESF no município de Minas Gerais, encontrou que variáveis relativas à educação, gentileza, boa vontade, capacidade de escuta e capacidade de entender os motivos do paciente apresentaram um percentual acima de 75% de satisfação, podendo ter influenciado positivamente na percepção de resolutividade do serviço que apresentou um percentual geral de satisfação de 89,6% (Cotta et al, 2005).

Ressalta-se que a avaliação positiva dos usuários da relação médico-usuário confirmam a importância do PSF no estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população assistida, já que o programa preconiza uma abordagem qualitativa do acolhimento, cuidado à saúde e atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes (Cotta et al, 2005).

8.2.2 Dimensão: Acessibilidade

Outra questão importante é o acesso aos serviços de saúde e à atenção primária.

A APS, como serviço de primeiro contato, articulado a outros níveis, pressupõe a constituição de uma rede integrada de serviços de saúde, sendo aquele que funciona como porta de entrada no sistema para o atendimento, ao longo do tempo, às necessidades e problemas de saúde das pessoas (não direcionados apenas à enfermidade), coordenando ou integrando os outros tipos de atenção, fornecidos em algum ponto do sistema de saúde.

Assim, o acesso se refere à possibilidade da utilização dos serviços de saúde quando necessário, além de expressar características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam (Mishima et al 2010).

A oferta de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso (Mishima et al 2010).

Segundo Van Stralen et al (2008) a dimensão do acesso diz respeito principalmente à maior ou menor facilidade da população para obter uma consulta. Ainda que não devamos reduzir a atenção primária à prestação de consultas médicas, esta atenção não pode abdicar da atenção clínica prestada pelos profissionais de saúde (Van Stralen et al, 2008).

No presente estudo foram observadas dificuldades relacionadas ao acesso, principalmente para se conseguir consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Esses fatores constituem-se como grande desafio, na busca da integralidade da atenção, com que se depara a implementação da Estratégia de Saúde da Família.

No presente estudo as perguntas a respeito da facilidade em marcar consultas e o tempo de espera foram as pior avaliadas, com a maior porcentagem de respostas “péssimo”, “ruim” e “regular” dentre todas as 19 perguntas de satisfação que compõem os indicadores chave.

Outro fator complicador a ser analisado é a relação entre o atendimento à demanda espontânea e à demanda programada. No presente estudo a primeira correspondeu a 47,4% dos atendimentos enquanto a demanda programada corresponde a 52,6%, ou seja, maior parte dos atendimentos é por consulta marcada, sendo que os usuários possuem dificuldades para a marcação dessas consultas.

O tempo de espera na USF, no estudo de Mishima et al (2010), foi considerado satisfatório se comparado àquele que o usuário tem que dispor em outras unidades de saúde.

Essa questão se mostrou diferente daquela encontrada para o estudo que analisou o acesso e o acolhimento pela perspectiva dos usuários na ESF em três capitais do nordeste (Souza et al, 2008). Os usuários da unidade de saúde da família referiram dificuldades de acesso a exames, desde a demora para sua marcação e resultados, até para conseguir ser atendido na unidade e na referência de consultas especializadas e urgência. A falta de medicamentos na farmácia básica e a busca por pronto-atendimento para casos agudos ainda estão presentes no cotidiano da população (Souza et al, 2008).

De acordo com Souza et al (2008), a rigidez e a inflexibilidade do serviço de saúde e de seus trabalhadores quanto ao horário de atendimento, apontadas pelos usuários constituíram-se em dificuldades de acesso em ter suas dores identificadas e atendidas, o que faz com que procurem por alternativas de atenção.

Em um estudo que avaliou a ESF, tanto a população quanto a coordenação da ESF, quando perguntadas a respeito do que mudariam, confirmam as dificuldades do acesso. As sugestões se concentraram na contratação de profissionais e mudanças na estrutura física com maior oferta de serviços. As famílias citam ainda a necessidade de uma gama mais ampliada de atenção, referindo-se à figura do dentista (Conill, 2002).

Em estudo de avaliação do Programa de Saúde da Família um dos pontos mais mencionados pelos usuários como facilitador de acesso foi o fato da unidade localizar-se próxima da residência, a disponibilidades de vacinas e o trabalho do agente comunitário de

saúde (Rocha et al, 2008). Nesse mesmo estudo houve sugestão dos usuários em relação a se ter o dentista na USF, assim como também foi sugerido no presente estudo.

A ESF prevê o dentista como membro da equipe mínima, permitindo o acesso aos cuidados dispensados por esse profissional, além da ampliação do acesso às atividades de prevenção e promoção na Saúde Bucal.

Contudo, ainda não se tem, de forma efetiva, a presença da Saúde Bucal no conjunto dos serviços da APS, em especial da Saúde da Família do Centro de Saúde analisado, gerando a expressão de insatisfação dos usuários ao apontarem a importância da presença do dentista e da existência de estratégias e mecanismos que possibilitem o acesso e fluxos adequados, para a população, a essa atenção específica.

8.2.3 Dimensão: Organizacional

A organização dos serviços foi o indicador pior avaliado e foi uma das dimensões mais mencionadas como sugestão/reclamação na pergunta aberta presente no questionário. Os piores itens avaliados foram a facilidade em marcar consulta e o tempo de espera para uma consulta.

No estudo de avaliação da ESF na Bahia encontrou que ao contrário do que ocorreu com o componente relacional, o grau de satisfação quanto à dimensão organizacional é reduzido. De modo geral, a satisfação dos usuários em relação ao componente organizacional se associa grandemente à facilidade de acesso ao profissional e às ações de saúde quando comparada ao antigo modelo assistencial (Trad et al, 2002).

Em estudo que avaliou a satisfação de usuários em dois municípios de Pernambuco, constata-se um predomínio de fatores ligados à organização dos serviços como causas para as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (Samico, 2005).

Para os usuários deste estudo, o não funcionamento das unidades nas 24 horas e durante toda a semana, além de aspectos relacionados diretamente aos profissionais, como ausências e dificuldades no atendimento, foram os fatores que dificultam um melhor acesso e resolubilidade (Samico, 2005).

Para este autor, de certa forma, há uma cultura para reforçar o modelo de atenção ainda vigente, voltado para o atendimento estritamente à doença, onde principalmente em se tratando de uma unidade de atenção primária, estratégias de prevenção e promoção a saúde deveriam ser valorizadas tanto pelos profissionais como pelos usuários.

Entretanto, é importante que se considere também que a necessidade de ampliação e flexibilização do horário de funcionamento da unidade de saúde, expressa pelos usuários, pode estar indicando a necessidade de adequação dos serviços ao atendimento à população trabalhadora, ampliando as possibilidades de acesso (Mishima et al 2010).

Outra dificuldade de acesso relaciona-se ao horário de atendimento, as unidades de saúde da família funcionam em dois turnos e não dispõem de horário especial, como turno prolongado ou noturno ou aos finais de semana e feriados.

No presente estudo, o funcionamento durante o dia todo, foi uma sugestão dos usuários. Afirmaram que a unidade deveria marcar, e abrir as sete horas da manhã (principalmente por conta da realização dos exames laboratoriais e a necessidade da espera em jejum) e atender até as 17 horas para que todos fossem atendidos e não interromper as atividades antes desse horário.

Em um estudo que avaliou indicadores da atenção básica em quatro municípios do Rio de Janeiro, porém, chamou a atenção aos tempos médios de espera para o atendimento, alcançando duas horas e 40 minutos em um dos municípios analisados e cerca de duas horas em outro Município. Nos quatro municípios, a proporção que esperou mais de três horas para o atendimento ultrapassou 12% (Szwarcwald et al, 2006).

Assim como no presente estudo, em achados do trabalho de Trad et al (2002) o tempo de espera por consultas continua ainda muito elevado de acordo com os relatos dos usuários. A prática de acordar de madrugada para conseguir uma vaga diminuiu, mas não foi eliminada. Os usuários se queixam do número reduzido de fichas de atendimento, o que obriga as pessoas a saírem muito cedo de suas casas (Trad et al, 2002).

8.2.4 Dimensão: Cuidados Médicos

A dimensão de Cuidados Médicos recebidos é menos abordada na literatura em geral.

No presente estudo essa dimensão foi avaliada como boa, com destaque para o exame físico que o profissional realizou e a melhora que o atendimento proporcionou para o desempenho e realização das tarefas diárias.

Segundo Trad et al (2002) ainda que de forma fragmentada, os usuários do PSF identificam que as equipes realizam um tipo de cuidado que inverte o padrão de assistência tradicionalmente prestado pelo sistema oficial de saúde predominante.

No estudo etnográfico que avaliou a ESF na Bahia, entre as ações de saúde que foram valorizadas pelos grupos focais realizados estiveram: as palestras realizadas pelos médicos para grupos de idosos, o acompanhamento pré-natal para gestantes, sendo a visita domiciliar a atividade mais destacada pelos usuários (Trad et al, 2002).

Outro estudo que avaliou a satisfação dos usuários com a ESF em municípios de Minas Gerais encontrou que 85% dos usuários estavam satisfeitos com o exame físico e anamnese realizados pelo profissional médico, resultados similares aos obtidos no presente estudo (Cotta et al, 2005).

8.2.5 Dimensão: Informação e Apoio

No presente estudo na dimensão de Informação e Apoio, os itens que mais se destacaram positivamente, com a gradação de resposta de “muito bom”, foi a explicação do profissional sobre exames (38,1%), e informações sobre os sintomas da doença (37,0%).

No estudo de avaliação da qualidade do PSF no Ceará segundo os usuários a dimensão de informação foi considerada satisfatória. Apenas 14% dos usuários afirmaram sair da consulta com dúvida (Jorge et al, 2007).

Também, no estudo que avaliou a satisfação dos usuários com a ESF em município de Minas Gerais, 96,2% dos usuários estavam satisfeito com a clareza nas explicações realizadas aos pacientes (Cotta et al, 2005).

Na pesquisa Mundial de Saúde realizada em 2003, questões como a clareza das informações fornecidas pelos profissionais obteve satisfação de 80,1% dos usuários do SUS, ou seja foi um item bem avaliado diferente dos resultados obtidos para essa dimensão do presente estudo. Outra pergunta dessa mesma pesquisa foi a possibilidade de obtenção de informação sobre outros tipos de tratamento que obteve satisfação de 60,1% (Gouveia et al, 2005).

8.2.6 Dimensão: Continuidade e Cooperação

No presente estudo na dimensão de Continuidade e Cooperação, o conhecimento do profissional médico sobre o usuário e o seu caso foi considerado “Muito bom” por 38,4 % e “bom” para 48,1 % dos usuários. A preparação que o médico fez sobre o que esperar de especialistas e hospitalizações quando necessário não foi tão bem conceituada e foi considerada por 21,4% dos entrevistados como bom.

Em um estudo de casos com municípios com elevada cobertura de ESF (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) a integração da rede assistencial para garantia da

atenção especializada foi identificado como preocupação presente nas ações e discursos dos gestores (Giovanella et al, 2009). Nesses municípios foram desenvolvidas estratégias de integração da rede e regulação do acesso à atenção especializada com uso confirmado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família.

A facilidade de agendamento e agilidade no atendimento na percepção dos profissionais foram tidos como indicadores de garantia de acesso à atenção especializada. A facilidade para realizar agendamentos para serviços de média complexidade foi diferenciada entre os casos estudados, 43% (Aracaju) e 49% (Florianópolis) dos médicos conseguiam realizar sempre ou na maioria das vezes o agendamento; em Belo Horizonte, a proporção foi de 81% (Giovanella et al, 2009), estes dados corroboram os resultados encontrados no presente estudo onde foram percebidas dificuldades de agendamentos.

Macinko et al (2003) em uma comparação entre unidades de atenção básica tradicionais e unidades de saúde da família, encontraram que a ESF utiliza mais as normas para referência e contra referência, reporta maior probabilidade de ter mecanismos formais para marcar consultas com especialistas e que reporta mais frequentemente o fornecimento de informações escritas para os usuários entregarem aos especialistas quando encaminhados (Macinko et al, 2003).

No estudo em três municípios do Nordeste, o sistema de referência e contra-referência informado pelas equipes em todos os municípios funcionava de modo informal, valendo-se de contatos pessoais dos membros das equipes com profissionais ligados a setores de média e alta complexidade, ainda que se constatassem alguns casos de pacientes que foram contra-referenciados satisfatoriamente (Trad et al, 2002). No presente estudo este quesito não foi também tão avaliado.

Esse mesmo estudo observou que há ainda na unidade de saúde da família, dificuldades de referência, principalmente a exames especializados e a hospitais. Foram enfatizadas pelos profissionais como questões de “responsabilidade do computador”, caracterizando assim uma desresponsabilização dos mesmos.

Constatou-se também a existência de muitas dificuldades de acesso devido à desproporção entre demanda e oferta de serviços. Na unidade de saúde da família, os usuários reconheceram fatores facilitadores, como marcação de alguns atendimentos pelo agente comunitário de saúde.

Os resultados da presente análise corroboram os resultados do estudo da ESF de quatro municípios do Rio de Janeiro, que revelam que as principais queixas relacionadas à atenção à saúde fornecida pela ESF são: falta de garantia de conseguir os exames solicitados ou mesmo de continuidade de tratamento e demora no atendimento e várias idas ao local de atendimento para conseguir o serviço (Szwarcwald et al, 2006).

Outro estudo de avaliação da Atenção Básica em São Paulo, a dimensão relativa ao vínculo, relacionada a questão da longitudinalidade do cuidado fato importante para continuidade, foi bem avaliado por profissionais e usuários (Ibañez et al, 2006).

Macinko et al (2003) relacionou o fato do PSF estabelecer um vínculo mais claro com o usuário com a disponibilidade para mais tempo durante a consulta, o que permite aos usuários esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional (Macinko et al, 2003).

8.2.7 Índice de Satisfação Global

Quanto aos resultados gerais do presente estudo, a elevada satisfação também foi observada no Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2011, sistema elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). É uma pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras, com a finalidade de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, oferecidos em diversas áreas – como trabalho, educação, cultura, saúde, justiça, segurança, mobilidade, entre outras (IPEA, 2011).

O questionário foi aplicado a uma amostra de 2.773 pessoas, que considerou a distribuição dos domicílios em cotas para Brasil e regiões, além de variáveis de controle como: sexo, faixa etária, faixas de renda e escolaridade (IPEA, 2011).

A pesquisa da área da saúde teve por objetivo principal avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O questionário contou com 24 perguntas objetivas, organizadas em três blocos, que contemplaram os seguintes temas: i) Percepção sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS: atendimento em centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família, atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos;

Com relação à Estratégia de Saúde da Família, os entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da ESF nos últimos 12 meses foram solicitados a avaliar o atendimento prestado. Além disso, todos foram perguntados sobre qual medida prioritária sugeririam para melhorar o serviço em questão (IPEA, 2011).

Dentre os serviços prestados pelo SUS que foram pesquisados pelo SIPS, o atendimento por membro da ESF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim (IPEA, 2011).

O atendimento de urgência e emergência recebeu a maior proporção de avaliações como “ruim” ou “muito ruim” no Brasil (31,4%) (IPEA, 2011).

8.3 Comparação com resultados de outras aplicações do EUROPEP

O EUROPEP como mencionado é um instrumento de medição da satisfação dos usuários de serviços médicos de medicina geral e familiar na Europa (Ferreira e Raposo, 2006) e já foi aplicado em países como: Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Islândia, Holanda, Noruega, Eslovênia, Suécia, Suíça, Reino Unido, Israel, Portugal.

O instrumento EUROPEP foi desenvolvido para permitir a comparação internacional da medicina de família na Europa. Considerando-se que tais comparações entre países com diferentes sistemas de saúde podem ajudar os *policy makers* a melhorar os sistemas de atenção primária. Vale, porém ressaltar que mesmos os sistemas de saúde europeus de forma geral possuem muitas peculiaridades e características diferentes entre si, o que dificulta as comparações. Tal fato acentua-se ainda mais em relação à comparação desses sistemas de saúde com sistemas da América do Sul, como o Brasil.

Mesmo assim não deixa de ser importante traçar alguns paralelos e comparações dos padrões de resposta obtidas, o que pode nos fazer auxiliar a refletir sobre as peculiaridades do nosso sistema de saúde.

Uma aplicação ampla nas unidades de saúde da família de Portugal, com 12.713 utentes respondentes (como são chamados os usuários em Portugal) de 146 USF, em 2008, apresentou alguns resultados similares ao presente estudo.

Em relação ao perfil dos usuários: Tanto em Portugal como no estudo o predomínio foi de pessoas do sexo feminino, em Portugal, 67,5% foram mulheres e no presente estudo foram 84% (Ferreira, 2009).

A faixa etária média dos usuários foi entre 35 a 44 anos e no presente estudo a faixa etária com maior proporção foi a de adultos entre 30 a 39 anos (43%) (Ferreira, 2009). Ou seja, o perfil dos usuários apresentou-se bastante similar em ambos os estudos.

Analisando os indicadores EUROPEP através dos vários grupos etários, no estudo e em Portugal foi detectado que, para todos os indicadores, os mais jovens estão sempre menos satisfeitos do que os mais idosos ($p < 0,001$) (Ferreira, 2006). No presente estudo os idosos apresentam-se em geral também mais satisfeitos.

Em relação aos indicadores-chaves a comparação entre os estudos apresenta-se na tabela abaixo.

Tabela 20: Comparação de resultados dos indicadores chaves entre estudo EUROPEP em Portugal e o presente estudo

Indicadores/índice	Portugal (%)	Estudo (%)
Relação e Comunicação	76,5	88,9
Cuidados Médicos	74,5	79,5
Informação e apoio	73,1	82,2
Continuidade e Cooperação	72,2	61,1
Organização dos Serviços	69,2	60,4
Índice global de satisfação	73,2	76,6

Fonte: Ferreira (2009).

Percebe-se uma grande semelhança entre o índice global e a gradação da avaliação entre os indicadores chave nos dois estudos: em ambos a Relação e Comunicação foi o indicador mais bem avaliado, o de Organização dos Serviços o pior indicador e o segundo pior o de Continuidade e Cooperação.

Todavia, a gradação foi diferenciada nos dois países, no presente estudo os indicadores chave que foram mais bem avaliados do que em Portugal foram, Relação e Comunicação, Cuidados Médicos e Informação e Apoio; já os indicadores Continuidade e Cooperação e Organização dos Serviços foram mais bem avaliados em Portugal do que no presente estudo.

Analisando mais detalhadamente cada indicador chave, os itens que mais se destacaram positivamente no indicador de Relação e Comunicação em Portugal foi o envolvimento dos usuários nas decisões sobre o cuidado e confidencialidade das informações, enquanto no presente estudo o interesse do profissional sobre o usuário e a questão de sentir-se a vontade com o médico foram as perguntas que obtiveram as respostas mais positivas.

No indicador Cuidados Médicos, os usuários de Portugal se manifestaram mais satisfeitos com a atenção dispensada e o exame que o médico fez, no presente estudo a pergunta com maior destaque positivo também foi qualidade do exame físico realizado pelo profissional.

Analisando as respostas das perguntas que constituem o indicador Informação e Apoio o item com pior satisfação em Portugal foi em relação ao apoio emocional, assim como também foi observado no presente estudo.

No indicador de Continuidade e Cooperação em ambos os estudos o conhecimento do profissional médico sobre o usuário e o seu caso foi muito bem avaliado. Já o item “sentirem-se preparados sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares” não foi bem avaliado em ambos os estudos.

No indicador de Organização dos Serviços em ambos estudos o pior item foi o tempo de espera para consulta. No estudo no Brasil o segundo pior foi facilidade em marcar consulta e em Portugal foi a possibilidade de telefonar para o médico de família, que no presente estudo foi excluído, pois inexistia essa possibilidade dentro dos processos de trabalho das equipes.

Na pergunta aberta, um dos itens mais mencionados em Portugal como desagradáveis e de necessidade de melhora foi o tempo de espera, demora no atendimento (com 19,6% das respostas), em segundo lugar a dificuldade de marcação das consultas, horários (com 13,8% das respostas). Na análise categorial refletiram, sobretudo os comentários a respeito da dimensão organizacional que totalizaram cerca de 36,4% dos comentários (Ferreira, 2009).

No presente estudo os dados também são semelhantes, onde o tempo de espera para marcação de consulta correspondeu a 13,8% das sugestões/reclamações e a dimensão organizacional como um todo representou 30,0% das menções fornecidas à pergunta aberta.

Outro estudo que utilizou o questionário EUROPEP, trabalhou com uma amostra que incluiu 17 391 usuários em 10 países diferentes (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Islândia, Holanda, Noruega, Eslovénia, Suécia, Suíça e Reino Unido) (Grol et al, 2000).

Em todos os países cerca de dois terços dos respondentes eram mulheres. A média de idade foi de aproximadamente 50 anos, exceto para a Suécia, onde foi de 57 anos (Grol et al,

2000), representando usuários um pouco mais velhos do que no presente estudo onde os usuários tinham em média 40 anos. Em geral, os pacientes na Europa são muito positivos sobre o atendimento prestado (Grol et al, 2000). Para a maioria dos aspectos selecionados mais de 80% dos pacientes tiveram a opinião que o atendimento foi bom ou excelente (Grol et al, 2000).

Nesse amplo estudo, a maioria das respostas positivas foram para itens como a forma como o profissional ouviu os usuários, a duração da consulta, a confidencialidade dos registros e o atendimento rápido em caso de problemas urgentes. Aqui se destaca uma diferença: esse último item não foi bem avaliado no presente estudo. Em uma pesquisa anterior do grupo EUROPEP (Grol et al, 1999) esses aspectos foram citados pelos pacientes como sendo os mais importantes para uma boa prática de cuidados gerais (Grol et al, 2000).

Os itens que obtiveram as piores respostas foram para as avaliações de tempos de espera e serviços preventivos oferecidos, itens esses que também não foram bem avaliados no presente estudo. Sendo as dimensões de acessibilidade e a organização dos serviços as piores avaliadas de modo geral (Grol et al, 2000), assim como no presente estudo.

Considerando os escores de avaliação médio dos usuários entrevistados, verificou-se que pacientes mais velhos apresentaram mais avaliações positivas dos cuidados de clínica geral que os mais jovens, fato esse também observado no presente estudo. Não foram encontradas diferenças por sexo e estado geral de saúde (Grol et al, 2000), já no presente estudo houve sim, diferença entre os padrões de resposta e a auto percepção do estado de saúde.

Na pesquisa de Grol et al (2000), em relação às diferenças entre países, a tendência para avaliações mais positivas foi encontrada na Suíça, Alemanha e Bélgica. A tendência para julgamentos menos positivos foi encontrada no Reino Unido e nos países escandinavos (Grol et al, 2000).

As avaliações dos pacientes em diversos países nos aspectos de cuidados foram bastante semelhantes, no entanto, algumas diferenças podem ser vistas. Por exemplo, avaliações positivas para os serviços de prevenção foram altas no Reino Unido, as informações e as explicações fornecidas pelos profissionais foram bem avaliadas no Reino Unido e Holanda, o alívio rápido dos sintomas na Eslovênia (Grol et al, 2000).

Avaliações negativas foram dadas, por exemplo, para o tempo para consultas na Noruega e na Dinamarca, para serviço rápido em caso de emergências no Reino Unido e Eslovênia, e interesse do profissional pela sua situação pessoal na Eslovênia (Grol et al, 2000).

As avaliações de pacientes na Alemanha, Suíça e Bélgica (países onde os pacientes têm acesso direto a especialistas) foram bastante semelhantes entre si e diferiram das avaliações nos países escandinavos e na Holanda. Eles também diferem das avaliações dos pacientes no Reino Unido e Eslovênia, países com um sistema de saúde nacional centralizado (Grol et al, 2000).

Ainda que as avaliações nos distintos países mostrem algumas similaridades, os resultados europeus são em geral melhores do que os do Brasil. Alerta-se que os resultados, contudo não indicam que a intensidade dos problemas sejam as mesmas na Europa e no Brasil.

8.4 Discussão de aspectos metodológicos

De acordo com Crow et al (2002), os indivíduos são passíveis de avaliar um serviço/provedor de saúde comparando seus padrões pessoais e subjetivos com sua percepção de assistência recebida.

Na literatura foram pontuados diversos fatores relacionados à satisfação como crença, expectativas e percepções.

Pelo observado no presente estudo, é fato que os usuários têm uma expectativa em relação a sua ida ao médico e a satisfação acaba sendo o grau em que essas expectativas são preenchidas.

De acordo com documentos oficiais do EUROPEP o instrumento utiliza conceito de “avaliação dos pacientes”, referindo-se a avaliações subjetivas dos diferentes aspectos da prestação do cuidado em relação a pontos positivos e negativos do cuidado recebido (Jung, 1999). Com isso o instrumento adota o seguinte modelo: a avaliação é igual à expectativa em relação ao cuidado menos a experiência do cuidado recebido. Justamente por isso que é pedido aos entrevistados avaliações diretas (Grol e Wensing, 2000).

Como discutido anteriormente, de acordo com a forte relação entre expectativa e satisfação, quando a satisfação é menor que a expectativa, menor será a satisfação e vice versa, porém quando as expectativas são baixas mais facilmente são atingidas e um nível alto de satisfação será atingido, ou seja, quanto maior for a discrepância entre as expectativas e a experiência do cuidado, maior será a satisfação ou insatisfação com o serviço de saúde.

Os achados de alta satisfação no presente estudo podem estar relacionado a um nível baixo de expectativas, já que a rede de serviços de saúde no Rio de Janeiro configura-se como uma rede de dificuldades de acesso pelos usuários. Com isso a expectativa em relação aos serviços conseqüentemente é baixa. De acordo com a relação exposta acima, com expectativa baixa mais facilmente se alcança a satisfação, mesmo quando a qualidade do serviço prestado não é tão elevada assim.

A alta satisfação apresentada em estudos como esses, segundo Melo et al (2008 a), pode ser explicada também por conta das relações assimétricas (usuários/profissionais/gestores) e não participativas, que não contribuem para o desenvolvimento da capacidade crítica e reivindicativa dos atores sociais envolvidos (Melo et al, 2008 a).

Autores como Costa et al (2008), enfatizam que há certa “naturalização” para baixa qualidade na visão dos usuários os quais terminam por reconhecer o serviço recebido como um favor ou doação e não como um direito, o que representa uma das diferentes interpretações para o gratuito.

Uma das questões é que metodologias como essa, com aplicação de questionário logo após a consulta, podem induzir ao viés da gratidão, principalmente ao se tratar de um serviço público que pode gerar receio nos usuários em perder o acesso ao serviço.

Algumas considerações devem ser feitas em relação à aplicação e adaptação do instrumento.

Um complicador para o estudo foi, dentre as possibilidades de resposta às perguntas do instrumento, a utilização da possibilidade de resposta “não se aplica”. Este se configurou como um viés de pesquisa, já que houve diferentes interpretações, por parte dos entrevistadores, para a utilização desta opção de resposta no momento do preenchimento do questionário em relação a uma pergunta do instrumento.

Outro limite é que o instrumento EUROPEP foi idealizado para avaliar a atuação do profissional médico de família e como a ESF é composta por equipe multiprofissional, talvez isso possa representar algum viés.

Outra questão a ser comentada quanto à difusão do instrumento aplicado, é que este instrumento foi adaptado e aplicado para uma realidade de grande centro urbano da região sudeste e que pode não ser adequado para todo o país.

Aspectos metodológicos que merecem ainda destaque são as formas de abordagem e seleção dos usuários, o local da realização das entrevistas no fluxo de saída, nem sempre tendo sido possível selecionar os usuários de forma sistemática. Esta é uma dificuldade sempre encontrada por este tipo de abordagem.

O instrumento na Europa é auto-aplicável, onde as pessoas recebem o questionário por correio com um selo para o envio do questionário preenchido para o centro de saúde. No processo de adaptação, o instrumento foi aplicado por entrevistadores treinados e a aplicação foi realizada do lado de fora do Centro de Saúde após o atendimento do usuário, o que pode produzir vieses.

Esses aspectos não devem, no entanto reduzir a importância deste tipo de estudo, devendo sim funcionar como um alerta para a necessidade de uma boa definição do que se pretende medir. Para isso é importante também um bom instrumento de medição e principalmente saber interpretá-lo objetivamente.

Baseando-se na possibilidade dos vieses relatados e no intuito de avaliar a viabilidade de outras metodologias, devem-se testar outros métodos de aplicação do instrumento.

Uma metodologia a ser considerada seria o instrumento ser auto-aplicável, através da metodologia de auto-preenchimento, onde os questionários poderiam ser distribuídos na unidade de saúde para os usuários, após a consulta para que os usuários preenchessem sozinhos ainda na unidade, após devidas orientações, e depois anonimamente depositá-los na urna. Outra possibilidade seria dos questionários serem distribuídos durante a espera pela consulta, e os usuários orientados a preenchê-los após a consulta em casa, e depois depositá-los na urna numa próxima visita à unidade de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é um bem de valor incontestável e os serviços de saúde devem responder as necessidades legítimas dos seres humanos, tanto definidas por profissionais de saúde como as percebidas pelos próprios indivíduos.

Fatores biológicos, políticos, sociais, econômicos, ambientais e culturais e os relativos à prestação de cuidados pelo sistema de saúde interferem no processo de produção da saúde, impondo por sua vez aos profissionais e aos serviços abordagens mais amplas e complexas do que aquelas centradas no cuidado curativo (Melo, 2008 a), o que inclui as necessidades percebidas pelos usuários.

Na avaliação de serviços de saúde, considerada como processo de julgamento sobre as características dos serviços, é fundamental a participação do conjunto dos atores envolvidos na prestação da atenção em saúde, merecendo destaque a finalidade dos serviços, voltada, em última instância, ao atendimento dos problemas e necessidades dos usuários, e, nesse sentido, as análises dos usuários acerca dos serviços de saúde devem ser reconhecidas como portadoras de racionalidade e amparadas no contexto histórico e social de sua produção (Mishima et al, 2010).

Considera-se que os processos de avaliação da satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde podem atuar para a construção de uma nova perspectiva do cuidado e que, para além de monitorar as atividades desses serviços, pode fortalecer o controle social e a participação/inclusão dos usuários nos processos de planejamento. Contribuindo assim para a construção de alternativas conjuntas – entre serviços de saúde e usuários – para intervenções mais adequadas para solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde.

Assim, a avaliação da satisfação/insatisfação dos usuários dos serviços de saúde é ferramenta importante para subsidiar o processo de decisão compartilhada, de forma a se repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho desenvolvido, realocar

recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto de saúde estabelecido.

A partir da preocupação com a necessidade do desenvolvimento de um instrumento de avaliação desde a perspectiva dos usuários, já que não há disponibilizado pelo Ministério da Saúde um instrumento desse tipo e que seja aplicado rotineiramente, o presente estudo teve como objetivo adaptar um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, adequado à ESF, tendo por base o instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS o EUROPEP.

Para isso o questionário foi revisado, adaptado e aplicado a uma amostra de usuários, a fim de avaliar a ESF no CSEGSF desde a perspectiva dos usuários.

O EUROPEP foi projetado para fornecer *feedback* educacional para profissionais médicos de família. Tal retorno visa estimular os profissionais a melhorar aspectos específicos de sua prática, desempenho e organização dos cuidados (Grol, 2000)

No presente estudo o instrumento passou por um processo de adaptação. A primeira etapa foi a tradução do questionário do português de Portugal para o português do Brasil. Na segunda fase de adaptação, o questionário foi submetido a reuniões de consenso, com os profissionais, usuários e ACS da USFs de Manguinhos.

Essas reuniões tiveram como objetivo verificar se os processos avaliados no instrumento correspondiam às ações e à organização do trabalho da ESF no Brasil, se as questões eram de fácil entendimento, envolver os profissionais que posteriormente foram avaliados e tornar o processo de avaliação mais participativo. E a terceira fase foi a realização do pré-teste do instrumento.

Após a adaptação o questionário foi aplicado a uma amostra significativa de usuários da ESF do CSEGSF.

Sua aplicação permitiu avaliar a satisfação dos usuários com o profissional médico da equipe de Saúde da Família do território estudado e com os serviços do Centro de Saúde e analisar as relações entre características sócio demográficas dos usuários com os padrões de respostas de satisfação.

Os resultados que se destacam são: a boa avaliação da relação entre usuários e profissionais e as críticas em relação à organização dos serviços e aos tempos de espera para consultas. Os resultados encontrados se aproximaram de vários outros estudos de avaliação da ESF, como por exemplo na parte correspondente à avaliação de satisfação na pesquisa nacional, o critério que obteve os piores graus foi o tempo de espera para atendimento, enquanto aspectos como intimidade, o sigilo das informações pessoais e as competências dos profissionais de saúde receberam a pontuação mais elevada de satisfação (Gouveia et al, 2005).

Analisando-se a associação entre o grau de satisfação e a características dos usuários, observa-se que as pessoas mais velhas tendem a ser mais satisfeitas com os serviços do que os jovens, e que as pessoas com auto percepção de saúde consideradas má, tendem a ser mais insatisfeitas. Esses resultados coadunam com outros achados na literatura.

Outros estudos com esse mesmo propósito devem levar em consideração esses achados. Esses resultados podem auxiliar na composição de amostras com grupos etários e de auto percepção de saúde similares, possibilitando comparações entre diferentes unidades de saúde e municípios.

Observa-se forte consonância entre os achados provenientes da análise quantitativa e da análise qualitativa das variáveis do instrumento utilizado. Na análise dos indicadores chaves, o pior indicador, classificado como regular, foi o da organização do serviço de saúde e na análise qualitativa das sugestões/reclamações apontadas na pergunta aberta, as questões organizacionais foram as mais mencionadas, além das questões como acesso, tempo de espera e a organização do fluxo para atendimento no Centro de Saúde. As avaliações dos

usuários foram bastante claras e suas opiniões diferenciaram-se entre cada indicador chave, também em acordo com a literatura, mostrando assim a validade do estudo.

Vale ressaltar que as sugestões dos usuários de melhorias propostas para a unidade são em sua maioria bastante factíveis. Não demandam grandes investimentos financeiros e sim de iniciativas de reorganização dos processos de trabalho, assim como otimização dos fluxos internos, mostrando que a avaliação dos usuários pode contribuir para melhorar os problemas do cotidiano dos serviços de saúde.

O instrumento possui como pontos positivos, o fato de ser um questionário simples, de rápida aplicação e de fácil preenchimento, podendo ser aplicado rotineiramente como prática dos processos de trabalho dos serviços de saúde, demonstrando assim utilidade prática para a gestão da atenção primária a saúde. Dadas essas características pode configurar-se como um instrumento de institucionalização da avaliação desde a perspectiva dos usuários.

A importância de avaliações como essa é que os padrões, apresentados como passíveis de mudanças, podem revelar ganhos e retrocessos e, assim, reforçar situações desejáveis e correções de rotas na conversão do modelo de saúde, na oferta dos serviços, além de representar uma ferramenta para o controle social e a participação popular.

Estudos de satisfação podem oferecer pistas do êxito ou dificuldades dos serviços de saúde em alcançar as expectativas e necessidades dos usuários, constituindo-se numa ferramenta importante para a investigação, administração e planejamento dos serviços de saúde, possibilitando a organização da assistência mais adequada às necessidades e demandas da clientela, como pode ser observado com os resultados do presente estudo. Além de poder representar uma ferramenta para a participação social ou instrumento para os conselhos de saúde.

Contribuiu também para a avaliação dos sistemas de saúde como um todo. Os indicadores de satisfação devem fazer parte do conjunto dos indicadores de desempenho.

Em pesquisa recente realizada pelo IPEA, esse tipo de abordagem, de satisfação foi utilizado e a ESF foi a melhor avaliada.

A avaliação deve ser compreendida como um instrumento relacionado à tomada de decisão, em especial no âmbito local, como o presente estudo, em face da política de descentralização do Sistema Único de Saúde.

Embora ocorram restrições em seu uso, os estudos voltados à análise de satisfação do usuário são de fundamental importância como medida de qualidade de atenção. Outras pesquisas são necessárias para compreender os determinantes da satisfação com o sistema/serviço/profissionais de saúde.

A metodologia possui alguns pontos negativos, como a alta satisfação, caracterizada pelo chamado viés da gratidão, principalmente pelos usuários terem o sentimento de gratidão de ser atendido.

Acrescem-se, ainda, as demandas específicas, carregadas de expectativas e da subjetividade dos usuários, diferenciadas pela inserção socioeconômica e cultural (Mishima et al, 2010).

Ressalta-se ainda a grande importância da ESF em concentrar esforços no desenvolvimento de uma Atenção Básica de qualidade, permitindo ofertar bons serviços e atendimento a uma parcela significativa da população, com custos mais baixos, e orientados na prevenção e promoção da saúde.

Simultaneamente, aos avanços já conquistados nesses dezessete anos desde o início da implantação da Estratégia de Saúde da Família, permanecem desafios para consolidar as equipes de saúde da família, nos grandes centros urbanos. Ou seja, soluções têm de ser buscadas de forma abrangente para melhoria do atendimento dessas populações, além da necessidade de ações de avaliação rotineiras e institucionalizadas. Além disso, há necessidade de estratégias para questões mais organizacionais como a contratação de mais profissionais, fixação dos profissionais ao território, principalmente os médicos, o

suprimento adequado e oportuno de medicamentos nas unidades, resolutividade, qualidade e acesso as consultas/exames e ao mesmo tempo em que deverão ser impulsionadas experiências que direcionam a reorganização da Atenção Básica na perspectiva da integralidade e de promoção da saúde.

Nesse sentido, os resultados deste estudo corroboram os de outros que têm evidenciado a potencialidade das ações centradas nas expectativas e necessidades dos usuários que se volte para a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento que, certamente, requerem novas concepções de “porta de entrada” dos serviços, expressas, por exemplo, no acolhimento e vínculo.

No município estudado permanece o desafio de a ESF vir a ser um serviço de primeiro contato, resolutivo e integrado a rede de serviços para efetivar a integralidade da atenção à saúde.

Os resultados do estudo podem contribuir para institucionalização de avaliação com padrões avaliativos de diferentes dimensões. O instrumento é de fácil aplicação, abriu possibilidades de reaplicabilidade da metodologia aplicada e revisão contínua dos seus resultados. Neste sentido, favorece processos avaliativos de natureza interna (auto-avaliação) e externa que subsidiem a gestão nas tomadas de decisão.

O presente trabalho foi capaz de demonstrar a importância de se avaliar a satisfação do cuidado sob a perspectiva do usuário, principalmente pela aplicabilidade prática do instrumento de avaliação desenvolvido, e a factibilidade das sugestões provenientes da avaliação dos usuários. Ainda assim, outras metodologias podem ser futuramente desenvolvidas, no intuito de encontrar maneiras viáveis e fidedignas de avaliação, para que se possa disponibilizar de forma contínua esta importante ferramenta de melhoria de resultados.

Por fim, é imperioso que se constituam, mais e novos processos investigativos que estimem com mais precisão os impactos da ESF e que principalmente envolvam os atores

locais. Estes devem ser voltados para o aprofundamento de questões, problemas, e singularidades detectadas de modo a subsidiar a adequação, o redirecionamento, a formulação de políticas, planos, programas e processos inovadores que viabilizem aos sistemas locais de saúde a possibilidade de se tornarem mais autônomos, efetivos e equânimes centrados nos usuários e respondentes às necessidades de saúde para consolidação do SUS.

10 REFERÊNCIAS

Albuquerque AB, Deveza M. Adesão ao tratamento na prática do Médico de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: **Promef-Artmed**. 2009; 3 (4):41-72.

Alves CKA, Carvalho EF, Cesse EAP, Natal S, Bezerra LCA, Felisberto E. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2010; 10 (Supl. 1): S145-S156.

Armazém de dados. Informações sobre a cidade do Rio de Janeiro [homepage na internet]. [acesso em 30 de nov 2009]. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>.

Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. **J Adv Nurs**. 1995; (22):316–22.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MCS, Coimbra JCEA, editores. **Críticas atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro:Fiocruz; 2005. 91-108.

Barata, RB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Giovanella, L. (Org.), Escorel S (Org.), Lobato LVC (Org.), Carvalho AI (Org.); Noronha, JC (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008; 173:75.

Bleich SR, Ozaltin E, Murray CJL. How does satisfaction with the health care system relate to patient experience? **Bull World Organization**. 2009; (87): 271 –8.

Bodstein R, Zancan L. Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Contextos de Pobreza e Vulnerabilidade Social. In: Bodstein R, Zancan L, Marcondes WB. **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: Experiência em Manguinhos – RJ**. Rio de Janeiro: ABRASCO/ FIOCRUZ; 2002: 39-59.

Bonet O, Tavares F, Campos SEM, Teixeira MTB, Rodrigues MG. Situação – centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: Pinheiro R, Martins PH (org). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica** – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS – UERJ, 2009:241-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento da Atenção Básica/ Coordenação de Investigação. **Relatório de Avaliação: fevereiro de 2000 a maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Produto do trabalho da Comissão instituída pela PT 676 GM/MS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento da Atenção Básica/ Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento da Atenção Básica/ Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Relatório de gestão: 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. 2008; 4º ed.

Campos CEA. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. 2005; 8 (2):181-90.

Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção primária à Saúde. **Revista Brasileira Materno Infantil**. 2005 a; 5 (Supl 1): S63-S69.

Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. **Journal of Public Health Medicine**.1992; 14(3): 236- 49.

Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**. 2000; 105:998-1003.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**. 2002; (Suppl18): 191- 202.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2008; 24 (Suppl 1): S7- 27.

Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC, Ferreira MLSM. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 2008; 18 (4): 705-26.

Contadriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZA. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997:29-48.

Corrales SM, Pujol RE, Gene BJ, Pasarin RMI, Iglesias PB, Casajuana BJ. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. **Family Practice**. 2006; 23: 308–16.

Cotta R MM, Marque E S, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore SEA. Satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**. 2005; 15 (4):227.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, *et al.* The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technol Assess**. 2002; 6(32):1-10.

Darby C, Valentine N, Murray, CJL, Silva A. Strategy on measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Series: nº 23:EIP/GPE/ **WHO**, 2000.

Donabedian A. La calidad de la atención médica. México. **La Prensa Médica Mexicana**. 1984.

Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. 1990; 114:115-8.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em saúde: Comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006; 11 (3):633-41.

Epel-Baron O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal for Quality in Health Care**. 2001; 13(4):317 – 23.

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005 (Suppl 10): 303 – 12.

Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico - conceituais. **Caderno de Saúde Pública**. 2006; 22 (6): 1267 – 76.

Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno infantil**. 2004; 4 (3):317 – 21.

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006; 11 (3): 553-63.

Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 2006; 22: 285-96.

Ferreira PL, Antunes P, Portugal S. O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF. Lisboa: **Ministério da Saúde de Portugal**. 2009.

Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. **British Medical Journal**. 1991; 302:887-9.

Furtado JP. Avaliação de programas e Serviços. In: Campos GWS. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007:715-39.

Gakidou E, Murray CJL, Frenk J. Measuring preferences on health system performance assessment (GPE- Discussion Paper Series, 20) Geneva: **WHO**. 2000.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009; 14 (3):783-94.

Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Junior PRBS; Szwarcwald CL. Health care user's satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005; (Suppl 21): S109 – S118.

Gouveia GC, Souza WV, Junior PRBS, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2009; 12(3):281-96.

Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The ERUOPEP Instrument. **British Journal of General Practice**. 2000; 50:882-87.

Haddad S, Fournier P, Potvin L. Measuring lay people's perception of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of 20-item scale. **International Journal for Quality in Health Care**. 1998; 10(2): 93-104.

Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, Magalhães GA, Barreto L, Lira RCA. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 1994; 28 (2):131-6.

Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro. 2000; 21: 29-35.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2006; 22(8):1649-59.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALDA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006; 11 (3): 683-703.

IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. 2011.

Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa de Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2007; 31 (2): 256- 68.

Jung H, Van HF, Wensing M, Hearnshaw H, Grol R. Which aspects of general practitioners' behavior determine patients' evaluations of care? **Soc Sci Med**. 1998; 47: 1077–87.

Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Caderno de Saúde Pública**. 1998; 14 (3): 623-8.

Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science & Medicine**. 1982; 16 (5): 577-82.

Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**. 2003; 27(65): 243-56.

Mello AS. A puericultura como estratégia do cuidado: um estudo de caso. **[dissertação de mestrado]**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2008.

Melo EM, Paiva L, Álvares J, Flecha ALD. A organização da atenção básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2008 a; 24 (Suppl 1):S29 – S41.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, (org). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã; 1998:103-20.

Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, Paula VG, Domingos MMLN. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2010; 18 (3): 148-55.

Novaes, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**. 2000; 34 (5): 547-59.

Parasumaran A, Zeithaml V, Berry L.A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**.1988:12- 40.

Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Evaluation Program Plan**.1993; 6:185 -210.

Pinheiro R, Junior AGS. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Pinheiro R, Martins PH (org). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica** – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS – UERJ, 2009:37-52.

Pisco L. Melhoria Contínua da Qualidade. Curso Monográfico; **Instituto da Qualidade em Saúde. Lisboa**.

Pisco L. A Voz dos Utentes dos Centros de Saúde – **Avaliação da Satisfação**. 2003.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. 2003.

Rocha PM, Uchoa AC, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Caderno de Saúde Pública**. 2008; 24 (Suppl1): S69-S78.

Samico I, Hartz ZA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2005; 5(2): 229-40.

Santos O, Biscaia A, Antunes AR, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R, Charondiere P. Os Centros de Saúde em Portugal. A satisfação dos utentes e dos profissionais. **Missão para os Cuidados de saúde Primários**. 1º ed. Lisboa: Ministerio da Saúde; 2007.

Saturno PJH. La definición de la calidad de la atención. In: Palomer, RM. **Monografias Clinicas en Atención Primaria: Garantia da calidad en atención primaria de salud.** Espanha:Doyman; 1993:7-18.

Schneider H, Palmer N. Getting to the truth? Researching user views of primary health care. **Health Policy and Planning.** 2002; 17 (1): 32 – 41.

Selles JU, Marin MI. Problemas de calidad en Atención Primaria. In: Palomer, R.M.**Monografias Clinicas en Atencion Primaria: Garantia da calidad en atención primaria de salud.** Espanha:Doyman; 1993:19-33.

Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper series n° 32.EIP/GPE/WHO. 1999.

Silva LMVS. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMVS (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Salvador: EDUFBA; 2005:15-41.

Sitzia JN. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. **International Journal of Quality in Health Care,** 1999; 2(4): 319 – 28.

Soranz D. Avaliação do planejamento familiar como traçador de resultados das ações de atenção básica: um inquérito familiar em Manguinhos. **[dissertação de mestrado].** Rio de Janeiro:Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2008.

Souza EM, Pereira M. A satisfação do usuário na avaliação dos serviços de saúde. **Brasília Médica.** 1999; 36 (2): 33- 6.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica:uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública.** 2008, (24) (Suppl 1): S100-S110.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/ **Ministério da Saúde**. 2002.

Strasser S, Aharony L, Greenberger, D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. **Med Care Review**.1993; 50 (2):219-48.

Swan, J. Deepening the understanding of hospitals patient satisfaction: fulfillment and equity effects. **Journal Health Care Mark**.1985; 5:7-18.

Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz, RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. **Revista Radis**.2004, 23: 14 – 33.

Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006; 11 (3):643 – 55.

Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2008; 11 (Supl 1): 58-66.

Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006; 11(3):564-76.

Teixeira CF. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006; 11 (3):572-4.

Thompson A, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. **Int J Qual Health Care**. 1995; 7:127– 41.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes M. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos. **PNEPG, CNPq**. 2001.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes M. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002; 7(3): 581- 9.

Vaitsman J, Andrade GRBA. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005; 10 (3): 599-613.

Valentine NB, Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans, DB. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operacionalization. In: Murray CJL, Evans DB. Health Systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Genova, **World Health Organization**. 2003.

Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBD, Lima AMD, Masote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2008; 24 (Suppl 1): S148 – S158.

Vuori H. Introducción.In: Palomer RM. **Monografias Clinicas en Atencion Primaria: Garantia da calidad en atención primaria de salud**. Espanha:Doyman; 1993:1-6.

Ware JJ. How to survey patient satisfaction. **Drugtell Clin Pharm**.1981; 15: 892–9.

Weaver M, Patrick DL, Markson L, Martin D, Frederie I, Berger M. Issues in the measurement of satisfaction with treatment.The **American Journal of Managed Care**.1997; 4 (3):579-84.

Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science Medicine**. 1994; 38 (4): 509-16.

World Health Organization (WHO).The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. Genova: **World Health Organization**.2000.

Young GJ, Meterko M, Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. **Med Care.** 2000; 38: 325 – 34.

11 ANEXOS

11.1 ANEXO 1 - Instrumento de pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de manguinhos.

Acreditamos que você, usuário, é o elemento mais importante dos cuidados de saúde. Gostaríamos de saber a sua opinião, para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Saúde. Gratos pela sua colaboração.

Questionário:

1. Código do questionário: _____
2. Data da entrevista: ___/___/___
3. Entrevistador: _____
4. Turno da Entrevista: 1 Manhã 2 Tarde
5. Dia da semana: 2° 3° 4° 5° 6°

6. Qual a sua equipe de Saúde da Família:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Parque Carlos Chagas | <input type="checkbox"/> 5 Parque Oswaldo Cruz | <input type="checkbox"/> 9 Mandela de Pedra |
| <input type="checkbox"/> 2 Samora Machel | <input type="checkbox"/> 6 Vila São Pedro | <input type="checkbox"/> 10 Parque João Goulart |
| <input type="checkbox"/> 3 Conjunto Habitacional Provisório 2 | <input type="checkbox"/> 7 Vila Turismo | |
| <input type="checkbox"/> 4 Monsenhor Brito | <input type="checkbox"/> 8 Comunidade Agrícola de Higienópolis | |

Pense no atendimento durante esta sua visita ao centro de saúde.

7. Qual foi o profissional que te atendeu hoje?

- 1 Médico 2 Enfermeiro Não sabe se é médico ou enfermeiro

Somente responda as seguintes questões se foi atendido pelo médico.

8. Diga, por favor, qual o motivo da consulta médica?

- 1 Esta consulta foi previamente marcada pela sua equipe.
- 2 Buscar/ mostrar exames
- 4 Renovação de receita
- 5 Doente há poucos dias sem sentir melhora.
- 6 Doente há muito tempo, tendo piora.
- 7 Adoeci de repente.
- 8 Um acidente. 8.8.1Qual?
- 9 Uma outra razão. 8.9.1Qual?

9. É atendido nessa unidade há mais de um ano?

- 1 Sim 2 Não

10. Quantos dias decorreram entre o dia em que marcou e o dia desta consulta?

- 1 Fui consultado/a no mesmo dia.
- 2 Entre o dia da marcação e o da consulta decorreram _____ dias (10.2.1).

11. A sua consulta foi marcada para uma hora adequada para você?

- 1 Sim.
- 2 A consulta foi marcada, mas para uma hora que não foi adequada para mim.
- 3 Fui atendida no mesmo dia.

11.1 Como marcou a consulta?

- 1 Fui ao centro de saúde para marcar.
- 2 Ficou marcada desde a consulta anterior.
- 3 O agente Comunitário de Saúde marcou para mim
- 4 Pedi a alguém para ir marcar. Quem? 11.4.1 _____

12. Foi informado/a da possibilidade de alterar a data ou a hora da sua consulta caso você necessite?

- 1 Sim 2 Não

13. Você foi atendido na hora marcada?

- 1 Sim 2 Não 3 A consulta não foi marcada

(pule para o item 15, se marcou os número 1 ou 3)

13.1 Se não, quanto tempo teve de esperar para ser consultado, além da hora marcada para a sua consulta?

Horas ____ Minutos ____

14. Pensa que esperou muito tempo? Foi-lhe dada alguma explicação?













- 1 Sim, deram-me uma explicação.
- 2 Sim, e não me deram qualquer explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa.
- 3 Sim, não me deram explicação, mas eu compreendi as razões.
- 4 Não, não tive que esperar muito tempo.

Por favor, pense agora no profissional médico da sua equipe que normalmente te atende nos últimos 12 meses.

























Nas perguntas das páginas seguintes, por favor marque a figura que mais se aproxima da opinião do usuário . Certifique-se de que há apenas uma resposta para cada pergunta.

- RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO



















	<i>Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Bom</i>	<i>Regular</i>	<i>Ruim</i>	<i>Péssimo</i>	<i>Não se aplica</i>
15	Em relação a: A duração da consulta?						
16	Em relação ao: Interesse do profissional nos seus problemas de saúde e a forma como ele te ouviu?						
17	Em relação a: Sentir-se à vontade para contar os seus problemas de saúde ao profissional de saúde?						

18	Em relação a: Sua participação nas decisões do cuidado que o profissional de saúde lhe prestou?	 ,  >  J  •  <  <
19	Em relação ao: Segredo/sigilo da informação sobre o seu problema?	 ,  >  J  •  <  <

- CUIDADOS MÉDICOS



	<i>Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...</i>	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
20	Em relação ao: Alívio rápido dos seus sintomas?	 ,	 >	 J	 •	 <	 <
21	Em relação a: Melhora para desempenhar as suas tarefas diárias?	 ,	 >	 J	 •	 <	 <
22	Em relação ao: Exame físico que o profissional fez em você durante a consulta?	 ,	 >	 J	 •	 <	 <
23	Em relação a: Indicação de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, exames, vacinas)	 ,	 >	 J	 •	 <	 <

- INFORMAÇÃO E APOIO





	<i>Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...</i>	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
24	Em relação a: Explicação sobre os exames e os tratamentos prescritos?	 ,	 >	 J	 •	 <	 <
25	Em relação ao: Informações sobre o que você gostaria de saber dos seus sintomas e da sua doença?	 ,	 >	 J	 •	 <	 <
26	Em relação a: Abordar questões emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?	 ,	 >	 J	 •	 <	 <

27	Em relação ao: Incentivo para compreender a importância de seguir suas orientações e tratamento de saúde?	
----	--	--

- CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO

	<i>Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...</i>	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
28	Em relação ao: Conhecimento do profissional sobre você e o seu caso?						
29	Em relação a: Preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares quando necessário?						

- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

	<i>Qual a sua opinião sobre o médico de saúde da sua equipe de saúde da família nos últimos 12 meses em relação a/ao...</i>	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se aplica
30	Em relação ao: Apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos profissionais que lhe atenderam?						
31	Em relação a: Facilidade em marcar uma consulta adequada (em relação a horário e data) no Centro de Saúde?						
32	Em relação ao: Tempo que esperou para ser atendido (a)?						
33	Em relação a: Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?						

<i>Qual a sua opinião em relação as seguintes afirmativas sobre o médico que te atendeu em relação a.....</i>	Concordo muito	Concordo	Nem concordo/ nem discordo	Discordo	Discordo muito	Não aplicável/ não relevante
---	----------------	----------	----------------------------	----------	----------------	------------------------------

34	Recomendo este médico de saúde da família aos meus amigos	. > > - >
35	Alguma razão para mudar de profissional de saúde da família	. > > - >

Pedimos agora que pense nos serviços prestados por este Centro de Saúde.

	<i>Como avalia a qualidade do Centro de Saúde em relação às seguintes áreas:</i>	<i>Muito bom</i>	<i>Bom</i>	<i>Regular</i>	<i>Ruim</i>	<i>Péssimo</i>	<i>Não se aplica</i>
36	Organização geral dos serviços	.	>	>	-	>	
37	Horário de atendimento do profissional de saúde da família	.	>	>	-	>	
38	Visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde	.	>	>	-	>	
39	Visitas domiciliares dos médicos e enfermeiros	.	>	>	-	>	
40	Pontualidade dos profissionais;	.	>	>	-	>	
41	Competência, educação e carinho do pessoal médico;	.	>	>	-	>	
42	Competência, educação e carinho do pessoal de enfermagem;	.	>	>	-	>	
43	Competência, educação e carinho do pessoal administrativo;	.	>	>	-	>	
44	Limpeza do Centro de Saúde;	.	>	>	-	>	

45. Diga por favor o que precisa ser melhorado no Centro de Saúde: _____

Informações individuais

46. Nome: _____

47. Ano de nascimento: _____

48. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino.

49. Qual o maior grau de escolaridade que completou ou que está frequentando neste momento?

1 Analfabeto. (Pessoa que não saber ler e escrever um bilhete simples no seu idioma, ou que apenas sabe escrever o próprio nome).

2 Ensino elementar incompleto (Pessoa que estuda ou estudou da 1ª a 3ª série).

3 Elementar completo ou Fundamental incompleto (Pessoa que estuda ou estudou da 4ª a 7ª série).

4 Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto (Pessoas que concluiu a 8ª série, mas não concluiu o 2º grau - 1º, 2º e 3º anos).

5 Ensino Médio completo ou Superior incompleto (Pessoa que concluiu o 2º grau (1º, 2º e 3º anos) ou curso científico, científico, curso normal, magistério ou está cursando a faculdade ou interrompeu os estudos neste período).

6 Superior completo ou mais (Pessoa que concluiu todos os períodos da faculdade ou uma pós-graduação: especialização, residência, mestrado ou doutorado).

50. Quantas vezes seu médico de família foi visitar a sua casa nos últimos 12 meses?

51.1 ____ vezes 51.2 Nunca visitou

51. Em geral, diria que a sua saúde está ...

1 Ótima.

2 Muito boa.

3 Boa

4 Regular

5 Má

52. Você tem alguma das seguintes doenças há mais de 3 meses? (marque todas as que se apliquem)

1 Diabetes (“açúcar no sangue”)

2 Hipertensão arterial. (“pressão alta”)

3 Asma ou outras doenças respiratórias crônicas. (ex.: “chiado no peito”, bronquite, enfisema, rinite alérgica, etc). Qual? _____

4 Doenças do coração. (ex.: insuficiência cardíaca, infarte, arritmias – “coração tropeçando”, doenças valvares, endocardite, miocardiopatias, etc) Qual? _____

5 AVC — acidente vascular cerebral (“derrame”)

6 Problemas digestivos crônicos (ex: úlcera péptica, gastrite, “azia”, “refluxo”, etc). Qual? _____

7 Doenças osteoarticulares crônicas (ex.: dos ossos, das articulações ou dos músculos, reumatismo, artrite, artrose).

8 Doença Mental (ex.: depressão, “sofre dos nervos”, “problemas na cabeça”). Qual? _____

9 Tumor (ex.: câncer).

10 Outras doenças crônicas _____ (por favor, indique)

53. Você poderia me dar algum telefone para contato?

11.2 ANEXO 2 - Instrutivo para preenchimento do questionário



“Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de mangueiras”.

Instrutivo para preenchimento do questionário EUROPEP

Em relação aos itens do questionário da pesquisa:

No item 1: Não é para preencher o código.

No Item 7: Prosseguir com o preenchimento do questionário caso a pessoa tenha sido atendida pelo profissional médico.

No item 8: Diga, por favor, qual o motivo da consulta médica?

5 Doente há poucos dias sem sentir melhora – Considerar doente há poucos dias sem nenhum tipo de intervenção médica.

6 Doente há muito tempo, tendo piora – Considerar nesse caso por exemplo as doenças pré existentes com piora do quadro.

7 Adoeci de repente – Considerar algum tipo de urgência

No Item: 10. Quantos dias decorreram entre o dia em que marcou a consulta e o dia desta consulta?

1 Fui consultado/a no mesmo dia.

2 Entre o dia da marcação e o da consulta decorreram _____ dias(10.2.1).

Expressar o tempo sempre em dias, ex. se entre o dia da marcação e a consulta for 1 mês e meio, preencher 45 dias.

No item 13: Você foi atendido na hora marcada?

1 Sim 2 Não 3 A consulta não foi marcada

(pule para o item 15, se marcou os número 1 ou 3)

Se marcar ou o item sim ou o item a consulta não foi marcada pular para o item 15 ou seja não marcar nada nas questões 13.1 e 14.

No Item: 13.1 Se não, quanto tempo teve de esperar para ser consultado, além da hora marcada para a sua consulta?

12.1.2 Horas ____ Minutos ____

Preencher hora com 2 dígitos e os minutos também, ex. se o tempo de espera foi uma hora e cinco minutos, preencher : horas 01 Minutos 05

No item 18: Decisões no cuidado referem-se a participação do paciente nas questões relacionadas a sua conduta terapêutica.

No item 20: Considerar alívio rápido dos sintomas, se na própria consulta o profissional tenha feito algo para aliviar algum sintoma.

No item 21: A pergunta refere-se a preocupação e a tentativa do profissional de saúde em tornar ou manter o paciente apto a realizar suas atividades cotidianas.

No item 22: Explicar ao usuário o que é um exame físico e que atividades são feitas.

No item 28: o conhecimento do profissional sobre o que aconteceu com o paciente e a sua conduta em relação a ele em consultas anteriores.

No item 29: “a preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares” refere-se às informações e orientações oferecidas pelo profissional sobre o que o paciente deve esperar de consultas com outros especialistas e cuidados hospitalares necessários. Se o paciente não precisou desse tipo de encaminhamento marcar o item não se aplica.

No item 30: o “pessoal do Centro de Saúde” refere-se a outros profissionais que não os da equipe que atende o paciente em suas consultas, pode ser a recepcionista, as pessoas do arquivo médico, etc.

No item 33: Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos, refere-se a questões de urgência.

No item 37: Horário de atendimento do profissional de saúde da família, refere-se ao horário de atendimento de 08:00 as 17:00 e a adequação desse horário em relação à demanda do usuário.

No item 40: Pontualidade dos profissionais, refere-se a pontualidade do profissional em relação ao horário de atendimento, ou pontualidade em relação a consultas marcadas, etc.

No item 46: Escrever somente o primeiro nome do usuário.

No Item: 47. Ano de nascimento: _____

Responder os anos em 4 dígitos, ex. 2002.

No Item: 49. Qual o maior grau de escolaridade que completou ou que está a frequentando neste momento?

- 1 Analfabeto. (Pessoa que não saber ler e escrever um bilhete simples no seu idioma, ou que apenas sabe escrever o próprio nome).
- 2 Ensino elementar incompleto (Pessoa que estuda ou estudou da 1ª a 3ª série).
- 3 Elementar completo ou Fundamental incompleto (Pessoa que estuda ou estudou da 4ª a 7ª série).
- 4 Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto (Pessoas que concluiu a 8ª série, mas não concluiu o 2º grau - 1º, 2º e 3º anos).
- 5 Ensino Médio completo ou Superior incompleto (Pessoa que concluiu o 2º grau (1º, 2º e 3º anos) ou curso científico, científico, curso normal, magistério ou está cursando a faculdade ou interrompeu os estudos neste período).
- 6 Superior completo ou mais (Pessoa que concluiu todos os períodos da faculdade ou uma pós-graduação: especialização, residência, mestrado ou doutorado).

No Item : 50. Quantas vezes seu médico de família foi visitar a sua casa nos últimos 12 meses? ____ vezes

Responder em dois dígitos, ex.06.

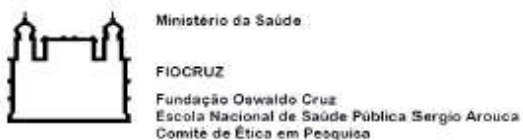
No item 51: É uma questão de auto percepção do usuário.

No item 52: Marcar todas as alternativas que se aplicam no caso do usuário entrevistado.

No item 53: Explicar que o número de telefone está sendo pedido somente para o caso de ocorrer alguma dúvida ou erro de preenchimento do questionário.

Não é obrigatório o preenchimento desse item, se o usuário não tiver ou não quiser disponibilizar um número de telefone não tem problema.

1 1.3 ANEXO 3- Autorização da Instituição



Autorização da Instituição

À Diretora do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ) Else Bartholdy Gribel e a Coordenadora da Estratégia Saúde da Família de Manguinhos Emilia Maria de Andrade Correia.

Gostaríamos de solicitar autorização para a realização da dissertação de mestrado: **“Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de manguinhos”**.

Esta pesquisa tem como objetivo desenvolver um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, adequado à Saúde da Família, tendo por base o instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS – EUROPEP.

Para tanto, serão aplicados questionários sobre a opinião dos usuários relativos aos últimos doze meses de atendimento pela Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de dissertação após a qualificação será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

O estudo será conduzido pela mestrandia em Saúde Pública da ENSP, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva Brandão e orientadora Ligia Giovanella (pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/ FIOCRUZ) e com

apoio de Carlos Eduardo Aguilera Campos (Pesquisador da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

Solicitamos a colaboração, autorizando a realização da pesquisa com os usuários do CSEGSF.

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa, **CONCORDO** com a sua realização nesta unidade.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

Emilia Maria de Andrade Correia
Coordenadora da ESF Manguinhos

Else Bartholdy Gribel
Diretora do CSEGSF/ENSP

11.4 ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **“Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grande centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de manguinhos”**.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para o seu atendimento neste Centro de Saúde.

O objetivo deste estudo é desenvolver um questionário de avaliação da satisfação do usuário, adequado a Estratégia de Saúde da Família.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário dando a sua opinião sobre o atendimento neste Centro de Saúde nos últimos doze meses pela Estratégia de Saúde da Família. Garantimos que Nomes não serão divulgados, portanto será garantido o sigilo e o anonimato de suas informações. Com esta pesquisa esperamos contribuir para a avaliação da qualidade da atenção prestada pelas equipes ESF aos pacientes.

Esta pesquisa não trará gastos, nem remuneração para você.

Os resultados finais do trabalho serão disponibilizados para as equipes de saúde, com o intuito promover uma reflexão sobre a visão do usuário acerca do cuidado recebido e

realizar melhorias no atendimento. Estes resultados também poderão ser publicados em revistas científicas.

Os pesquisadores estarão disponíveis para qualquer esclarecimento quanto aos assuntos que estejam ligados à pesquisa.

Após o término do estudo, os questionários ficarão guardados com a pesquisadora, armazenados de forma segura e protegidas contra revelação não autorizada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores principais: Ana Laura Brandão e Ligia Giovanella, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Entrevistador

Endereço e telefone dos **Pesquisadores Principais:**

Ana Laura Brandão e Ligia Giovanella

Núcleo de Estudos Políticos Sociais em Saúde - NUPES

Avenida Brasil, 4036 sala 1001- Rio de Janeiro- RJ CEP. 21040-361, Tel (21) 38829133

Endereço e telefone do **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP:** Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Andar Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ / CEP. 21041-210 - Tel e Fax - (21) 2598-2863

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

Sujeito da pesquisa

11.5 ANEXO 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Reuniões de consenso e grupo focais



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Reuniões de consenso e grupo focais

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **“Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de mangueiros”**. Esta pesquisa faz parte da dissertação de mestrado de Ana Laura da Rocha Bastos da Silva Brandão sobre a orientação da Prof(a) Lígia Giovanella.

O objetivo deste estudo é desenvolver um questionário de avaliação da satisfação do usuário, adequado à Estratégia de Saúde da Família.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma reunião que visa auxiliar na adaptação do questionário Europep, que pretende contribuir para a avaliação da qualidade da atenção prestada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família aos pacientes.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para o seu trabalho neste Centro de Saúde.

Garantimos que nomes não serão divulgados, portanto será garantido o sigilo e o anonimato de suas informações.

Esta pesquisa não trará gastos, nem remuneração para você.

Os resultados finais do trabalho serão disponibilizados para as equipes de saúde, com o intuito promover uma reflexão sobre a visão do usuário acerca do cuidado recebido. Estes resultados serão divulgados na dissertação de mestrado, também poderão ser publicados em revistas científicas e apresentados em congressos.

Os pesquisadores estarão disponíveis para qualquer esclarecimento quanto aos assuntos que estejam ligados à pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores principais: Ana Laura Brandão e Ligia Giovanella, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Entrevistador

Endereço e telefone dos **Pesquisadores Principais:**

Ana Laura Brandão e Ligia Giovanella

Núcleo de Estudos Políticos Sociais em Saúde - NUPES

Avenida Brasil, 4036 sala 1001- Rio de Janeiro- RJ CEP. 21040-361, Tel (21) 38829133

Endereço e telefone do **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP:** Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Andar Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ / CEP. 21041-210 - Tel e Fax - (21) 2598-2863

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

Sujeito da pesquisa

11.6 ANEXO 6 - Lista de respostas e sugestões à pergunta aberta do questionário, contendo sugestões e reclamações em relação ao atendimento pela ESF do CSEGSF, Rio de Janeiro 2010.

Ampliar oferta de serviços/ações (Visita domiciliar, medicamentos) e contratação de profissionais (médicos de família, especialistas, dentistas)	n
Poderia ter mais médicos para o atendimento ser mais rápido,	18
Contratar mais médicos e médicos bons e com letra legível	1
Deveria ter um maior número de outros médicos de outras especialidades	5
Melhorar o atendimento com mais médicos e especialidades como o cardiologista	3
Deveria ter mais pediatra	
Deveria ter mais especialidades médicas, como oftalmologista	2
Deveria ter mais especialidades médicas como oftalmologista, dermatologista	1
Contratação de especialidades médicas como ortopedista	1
Contratação de profissionais de outras especialidades como alergista	1
Precisa de contratação de mais médicos de família	2
Deveria ter mais equipes de saúde da família,	3
Deveria ter mais médico e enfermeiros de família	1
Ter mais profissionais enfermeiros	1
Ter atendimento médico na tarde tanto quanto tem de manhã	1
Deveria ser oferecidos mais atendimentos por médicos	1
Deve ser melhorada a assistência social	1
Deveria ter mais atendimento preventivo a saúde emocional, poderia ter terapia com psicólogos	1
Deveria ter todos os medicamentos disponíveis para os usuários	3
A farmácia não disponibiliza todos os medicamentos que são prescritos pelo médico	1
Deveria haver mais visitas domiciliares dos médicos	1
Os agentes comunitários deveriam ser mais atenciosos e fazer mais visitas domiciliares	5
Os profissionais que vão as casas das pessoas deveriam ser mais atenciosos	1
Deveria ter mais dentistas, só tem uma na unidade e ela é muito ocupada, com isso não conseguimos ser atendidos nunca	4
Deveria ter mais dentistas para os adultos e idosos	1
Necessidade de uma emergência para resolver problemas urgentes "se meu filho cai de cabeça eu não posso trazer aqui"	1
Maior agilidade para resolver os problemas urgentes, nos casos das emergências	2
Deveria ter emergência no posto	5
Deveriam ser ofertados mais tipos de exames como ultrassonografia, raio x	2
Deveria ter exame de mamografia no centro de saúde	1
Oferta de outros exames como radiografia e saber onde esses serviço estão funcionando	1
Oferta de alguns exames mais específicos	3
Humanização e Ambiência	n
Os funcionários deveriam ser mais educados	11
Os médicos chegam com impaciência, com "cara feia" e não olham na nossa cara	1

Os funcionários administrativos da recepção e os agentes comunitários de saúde não respeitam os usuários e "fazem pouco das pessoas"	1
Melhorar a atenção do pessoal administrativo com as pessoas, eles são mau humorados	1
Os pacientes precisam de maior apoio emocional dos profissionais	1
Mais iniciativa dos profissionais para ajudar os pacientes	1
Mais atenção dos profissionais com os pacientes "quero ser escutada com calma"	1
Enfermeiros deveriam ter mais atenção	1
Os médicos deveriam ser mais atenciosos	3
Os profissionais deveriam ser mais pontuais, organizados e educados	1
Os profissionais de saúde da família deveriam ser mais atenciosos	5
Deveria haver maior privacidade durante a consulta, é normal ocorrer de um monte de pessoas entrarem no consultório enquanto se é atendida.	1
O comportamento dos agentes de saúde, eles não mantêm segredo das informações	1
Aumentar o tamanho da televisão	1
O centro de saúde deveria ter mais área coberta, por contas de dias com chuva	1
Bancos poderiam ser mais confortáveis	1
Deveria ter café para os usuários	1
Demoras, pontualidade e esperas	n
Maior organização administrativa para diminuição do tempo de espera para atendimento	18
Deveria ser mais fácil conseguir uma consulta para adultos e crianças	17
Deveria diminuir a demora para o atendimento das consultas que tem hora marcada	11
O centro de saúde deveria possuir uma maior organização e assim diminuir o tempo de espera para marcar consulta	1
Unidade tinha que ter um horário de atendimento maior e com isso abrir mais cedo	10
Os profissionais deveriam ser mais pontuais com a hora de trabalho deles e com o início dos atendimentos	10
Diminuir a demora do atendimento do laboratório para a coleta de sangue e dos outros exames	6
O laboratório deveria atender mais rapidamente os pacientes idosos e crianças	4
O laboratório deve ter um horário de atendimento maior e ser aberto mais cedo	4
O atendimento do laboratório podia ser melhorado com um atendimento mais ágil, esperasse muito tempo para fazer os exames em jejum	4
Mais facilidade para a realização dos exames laboratoriais, diminuindo a demora e a entrega mais rápida dos exames	3
Pessoas com casos mais graves deveriam passar na frente de casos menos graves	2
Os médicos não deveriam faltar ao trabalho	2
Os médicos tinham que ser pontuais	1
O centro de saúde tem que abrir mais cedo e fechar mais tarde para que mais pessoas possam ser atendidas	1
Não deveria ter senha para o atendimento no laboratório	1
Não deveria haver greves	1
Maior organização do laboratório	1
Deveria ter atendimento prioritário para gestantes e idosos	1
Deveria começar o atendimento mais cedo, às 7 horas, a unidade abre tarde e ficamos esperando do lado de fora	1
Deveria aumentar o horário de atendimento, abrindo mais cedo e consulta deveria ter uma maior duração para podermos falar tudo que queremos	1

A marcação de consultas poderia ser mais eficiente	1
Melhora para não haver demora no atendimento	1
Limpeza	n
Deveria melhorar a limpeza do centro, principalmente no banheiro.	8
Deveriam colocar cartazes pedindo a colaboração do usuário para não sujar o local	1
Deveria mudar a forma como o pessoal da limpeza trabalha	1
Fluxo de atendimento e organização	
Maior organização do pessoal administrativo" porque eles confundem a nossa cabeça, para onde devemos ir, onde deixamos o nosso cartão, como abrir prontuário"	1
Algumas coisas quebradas que demoram a ser concertadas (senha da farmácia)	1
Espaço do centro de saúde deveria ser mais organizado, os papéis e prontuários são todos desarrumados	1
Deveria ser mais fácil ser atendido pelo médico, por varias vezes só foi atendido pelo profissional de enfermagem	1
Os enfermeiros são muito desorganizados e não nos atendem com frequência	1
Deveria ter alguém responsável para manter a ordem com os próprios pacientes, de como fazer fila, de agir com educação no centro de saúde, de se manter o silêncio, de como conservar a limpeza do centro de saúde, tinha que ter um melhor controle	1
Ter mais pessoas encarregadas em organizar a unidade para dar conta de atender todo mundo, "o número de pessoas aqui cresceu muito".	1
Uma forma mais organizada, por exemplo, de pegar o cartão dos usuários	1
Deveria melhorar a organização dos prontuários, as vezes eles procuram e não acham as nossas coisas	1
Os funcionários deveriam ser mais organizados	1
Atendimento do pessoal da triagem poderia ser mais rápido	1
O centro de saúde poderia ser mais organizado, para abrir o prontuário no centro de saúde deveria ser mais fácil e mais rápido	1
Melhorar a organização geral do centro de saúde	5
Outros	
Deveria fazer mais pesquisas assim como essa para melhorar ainda mais o atendimento	1
Mais atividades de campo para as áreas mais precárias	1
Devia ser melhorado a diretoria do centro "parece que eles não prestam atenção no que acontece aqui"	1
Deveria haver mais encaminhamentos para outros médicos.	1
Há muitos mosquitos dentro do centro de saúde	1
O centro de saúde deveria ajudar o controle dos mosquitos da região	1
Os médicos deveriam ser mais velhos	1
Deveria haver um controle das crianças que correm desordenadamente dentro do centro de saúde	1
Deveria ter menor a aglomeração de pessoas dentro da unidade	1