



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS COM O ATENDIMENTO DOMICILIAR DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

JERONIMA DA SILVEIRA ARNOUD

Orientadora:
Prof^a. MS. Ivani Bueno de Almeida Freitas

Porto Alegre,
Março de 2009

JERONIMA DA SILVEIRA ARNOUD

**SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS COM O ATENDIMENTO DOMICILIAR DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Projeto de Pesquisa apresentado como trabalho de conclusão no Curso de Especialização Científica e Tecnológica em Saúde pela FIOCRUZpo Hospitalar Conceição.

Orientadora:
Prof^a. MS. Ivani Bueno de Almeida Freitas

Porto Alegre,
Março de 2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a Deus, aos meus familiares, mestres, e a minha orientadora.

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma colaboraram na sua elaboração, professores, familiares em especial a minha orientadora.

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa do tipo descritivo. Tem por objetivo analisar aspectos considerados importantes para o usuário quanto a sua satisfação relativo ao atendimento domiciliar realizado por uma Unidade Básica de Saúde integrante da rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição na cidade de Porto Alegre/RS. Os sujeitos do estudo serão cuidadores de pacientes atendidos pelo Programa de Atendimento Domiciliar da Unidade de Saúde mencionada. A técnica de coleta de dados envolverá: entrevista, grupo focal e observação participante nos domicílios. No questionário estruturado haverá questões que abordarão: o acesso ao serviço, de organização dos cuidados, e de gestão participativa. Para a análise dos dados será utilizado a análise descritiva para as questões fechadas da entrevista e a análise de conteúdo para a abordagem qualitativa. A técnica de observação participante pretende descrever o atendimento domiciliar e a relação entre equipe e usuários.

Palavras-Chave: Assistência Domiciliar, Satisfação do Usuário, Humanização da Assistência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	10
3.1 ATENÇÃO DOMICILIAR	10
3.1.1 O Grupo Hospitalar Conceição e a Atenção Domiciliar	12
3.2 POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE E A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	14
4 METODOLOGIA	22
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	22
4.2 CENÁRIOS DO ESTUDO	22
4.2.1 Sujeitos do Estudo e Critério de Exclusão	23
4.3 COLETA DE DADOS	23
4.3.1 Análise dos Dados	25
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
5 CRONOGRAMA	27
6 ORÇAMENTO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICES	33
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA – QUESTIONÁRIO	34
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	38
APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	40

1 INTRODUÇÃO

A atenção em saúde tem passado por transformações e reorganizações, e dentre estas mudanças pode-se citar a assistência domiciliar.

A assistência domiciliar ressurgiu devido às alterações sofridas pela sociedade no decorrer dos anos com as mudanças sociais e nos sistemas de saúde pública ou privada.

A assistência domiciliar era prestada desde os primórdios da humanidade, com registro desde os tempos bíblicos, pois o Velho Testamento já citava esse tipo de serviço.

De acordo com Fernandes et al. (2003), a assistência domiciliar resulta da história dos cuidados que eram prestados em saúde. Os atendimentos eram prestados no domicílio dos usuários, quando então eram realizadas visitas à casa das pessoas, e nesses momentos de convivência significativos com a família eram trocadas confidências sobre casamentos, doenças, conflitos, etc., inclusive segredos.

Muitas mudanças foram operadas ao longo do tempo. Políticas públicas de saúde foram adotadas e produziram modelos higienistas, campanhistas, médico assistencial privatista, e o modelo plural hoje vigente (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JR., 2001), todas embasadas no modelo biológico.

Nos dias atuais, a assistência domiciliar é uma estratégia de cuidado em saúde incorporado ao processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e uma forma de desospitalização. Ambas as propostas incorporam a preocupação com a humanização da atenção (REHEM e TRAD, 2005).

Nas equipes do programa de saúde da família esta modalidade de assistência promove, além do atendimento ao usuário, a possibilidade de educação do cuidador/família (FABRÍCIO et. al, 2004).

Mas os programas de internação domiciliar apontam não somente para a humanização do cuidado, que é prestado em domicílio, mas também a significativa redução de custos em relação à internação hospitalar (REHEM e TRAD, 2005).

A humanização em saúde é uma política pública que considera a possibilidade de mudança do processo de produção em saúde dos trabalhadores, instaurando espaços libertadores, considerando dimensões subjetivas e singulares

promovendo reflexões sobre a lógica autoritária, o modo de agir fragmentado, e o cerceamento de sujeitos (REIS, MARAZINA e GALLO, 2004).

O esforço de implantação da Política Nacional de Humanização no território brasileiro contou com diversas publicações, desde estudos científicos até cartilhas e manuais. Com isso, procura integrar cada vez mais o usuário como participante nesse processo.

Como se sente o usuário nesse cenário da produção em saúde no contexto domiciliar? As iniciativas atendem às suas demandas? Melhora a sua relação com os trabalhadores e a Unidade de Saúde?

Essas indagações fazem parte do cotidiano de trabalho desta pesquisadora, inflamada pelos últimos estudos curriculares e a intensa reflexão sobre o agir em saúde no ambiente onde desenvolve suas atividades profissionais.

Assim, o presente estudo pretende realizar uma investigação sobre a satisfação dos usuários com o atendimento domiciliar prestado por uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre.

Escutar o usuário e relacionar sua satisfação expressa por índices medidos é prática usual desde a década de 1970 na América do Norte e Europa. No Brasil, estudos avaliativos dessa categoria estão em difusão a partir do conceito de satisfação atrelado à qualidade dos serviços proposto por Donabedian. A categoria satisfação pressupõe trabalhar com o grau de expectativa e a exigência individual, porém sem considerar a possibilidade da aceitação passiva do serviço por parte do usuário. Já os estudos sobre a satisfação do usuário que consideram a dimensão responsiva demonstram o caráter investigativo da responsabilidade, da crítica e o envolvimento da pessoa com o sistema de saúde (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

Esta oportunidade de apresentar o desenho de um projeto de pesquisa para a conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde permite organizar e potencializar uma construção sobre a temática atenção domiciliar e satisfação do usuário baseada, portanto, nas reflexões proporcionadas pelo curso, pela trajetória profissional desta pesquisadora e interesse em contrapor as expectativas dos usuários e sua articulação com o sistema de saúde.

A pesquisadora deste projeto trabalha em uma Unidade Básica de Saúde há quatro anos e é ator interessado na opinião do usuário quanto ao atendimento domiciliar prestado por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que compõe a rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre/RS.

Como problema de pesquisa formulamos a seguinte questão: Qual a satisfação do usuário de uma UBS do GHC com o programa de atendimento domiciliar desenvolvido por esta unidade?

As mudanças operadas nos últimos vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) instigam a produção de estudos avaliativos para confrontar as experiências de novas iniciativas que surgiram ao longo do tempo e a satisfação do usuário com as estratégias implantadas.

Para justificar a relevância deste estudo apresentamos dois pilares estruturantes neste desenho empírico, que são: a assistência domiciliar como tecnologia de cuidado humanizante, conforme propõe o Ministério da Saúde, e a participação popular no SUS, conforme preconiza um de seus princípios e a própria política de humanização.

Espera-se contribuir com esta área de conhecimento e com a reflexão de elementos constitutivos do trabalho em saúde de uma UBS relacionados à atenção domiciliar, bem como incentivar o protagonismo social entre os atores em saúde. Acreditamos que este estudo incentive a Unidade de Saúde, por meio de seus trabalhadores e usuários, quanto às reflexões propulsoras do seu agir/produzir em saúde, a partir do preenchimento de documento para a avaliação da satisfação do usuário com vistas à qualificação do atendimento prestado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é analisar aspectos considerados importantes para o usuário quanto a sua satisfação relativo ao atendimento domiciliar realizado por uma Unidade Básica de Saúde integrante da rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição na cidade de Porto Alegre/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantar dados sobre acesso ao serviço, de organização dos cuidados e de gestão participativa assim como aspectos importantes para o cuidador quanto ao atendimento domiciliar por meio de um questionário e grupo focal.

Conhecer características sociais, demográficas e de saúde dos usuários do programa.

Conhecer a realidade do atendimento domiciliar realizado pela equipe de saúde de uma Unidade Básica de Saúde integrante da rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

3.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

A importância do atendimento domiciliar teve especial atenção no final do século XIX e início do século XX, onde os recursos terapêuticos eram pequenos e deixar a pessoa em casa era o mais indicado.

“A assistência domiciliar”, segundo o dicionário brasileiro *O Globo* (1999) no verbete “domiciliar” significa: dar residência, recolher em domicílio, fixar residência, domiciliário, do domicilio ou a ele relativo, que se faz no domicílio” (FERNANDES, LUFT, GUIMARÃES, 1999).

De acordo com Duarte e Diogo (2005), a criação do primeiro serviço de enfermagem de Saúde Pública domiciliar ocorreu em Liverpool, na Inglaterra. Nos Estados Unidos (EUA) esta modalidade de atendimento começou logo após a Guerra Civil, onde mulheres cuidavam seus doentes. Em 1885, foi fundada nos EUA a primeira Associação de Enfermeiras visitadoras (*Visiting Nurses Association - VNA*). Em 1912, foram estabelecidos os padrões para a assistência de enfermagem em saúde pública nos EUA. No Brasil, a assistência domiciliar manteve estreita relação com a enfermagem, sendo que suas atividades começaram mais precisamente em 1919 com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, nas áreas de fisiologia e materno-infantil.

Antecedentes históricos da Assistência Domiciliar (AD) revelam que foi nos Estados Unidos, em 1947, onde surgiu a primeira unidade de Assistência Domiciliar com o objetivo de descongestionar o hospital, esta experiência foi multiplicada para a América do Norte e Europa. No Canadá, a AD surgiu nos anos 1960 para pacientes cirúrgicos orientados para a alta precoce. Foi na França, em 1957, com o *Santé Service* na prestação de assistência socio sanitária a doentes crônicos e terminais que a AD surgiu. Na Espanha, a AD foi criada em 1981 (REHEM e TRAD, 2005).

Dentro de uma concepção histórica do homem, a assistência domiciliar, tem uma relação com o processo de cuidar das pessoas em uma construção de conhecimentos e no conjunto de atos de cuidado de saúde/doença, preservando a identidade e dignidade dessas pessoas, no local onde residem.

Alguns estudos brasileiros vêm demonstrando o caráter inovador da AD no que concerne à potencialização da reflexão por parte dos atores em saúde quanto ao processo saúde/doença/cuidado (FREITAS, 2007; PEREIRA et. al., 2005; KLOCK, RECK e CESARIM, 2005).

Apesar de alguns avanços, a assistência domiciliar no Brasil vem sendo feita de forma fragmentada e insipiente em todo o território tanto pela iniciativa pública quanto privada. Divide-se em assistência domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar. A visita domiciliar caracteriza-se pela ida da equipe de saúde ao domicílio do usuário com o objetivo de avaliar suas necessidades e as de sua família, considerando a disponibilidade do serviço, constando de plano assistencial e orientações. Atendimento domiciliar pressupõe ações mais complexas, exigindo técnica e periodicidade de atendimento pela equipe de saúde, no domicílio do usuário, de acordo com as necessidades evidenciadas. Já a internação domiciliar requer recursos mais apurados, incluindo os equipamentos, medicamentos, pessoal, ou seja, mínimos recursos hospitalares, exigindo baixa densidade tecnológica (FABRÍCIO et al., 2004).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março de 1998 (disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>), a qual estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a internação domiciliar no SUS. Mais recentemente, foi publicada a Portaria nº 11 da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), de 26 de janeiro de 2006, na qual são indicadas disposições sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam AD no SUS, serviços públicos e privados de internação e assistência domiciliar (disponível em <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word>). Essas medidas da legislação brasileira vêm estabelecer critérios e qualificar a AD no Território Nacional.

Rehem e Trad (2005) relacionam as dificuldades encontradas na proposta brasileira para a AD: não existe previsão de financiamento, indicadores de processo e resultados testados por equipes do PSF apontam para o problema de cálculo do número de visitas e a não-definição da estratégia de gerenciamento de casos. Para finalizar a relação de dificuldades, não há ainda referências quanto a treinamento e capacitação da equipe, sistema de informação e quantitativo de usuário por equipe de AD.

A problemática de cenários que emerge com o tema atenção domiciliar abrange o contexto da política pública e situação social e econômica da população brasileira.

Alguns estudos brasileiros têm apontado ainda para a situação do cuidador em domicílio. A pessoa cuidada em domicílio, independentemente de sua idade e problema de saúde, é apontada como disparadora de emoções diversas, situações contraditórias e, por vezes, difíceis na relação cuidador e cuidado. O estresse, acúmulo de funções, sobrecarga, situação financeira precária e rearranjo domiciliar são alguns elementos constituintes dessa relação mencionada. O sofrimento das famílias tem suscitado reflexões dos pesquisadores quanto ao preparo/orientação/cuidado do cuidador e a necessidade de acompanhamento terapêutico da pessoa em seu domicílio (FREITAS, 2007; NASCIMENTO et. al, 2008; SILVA e SADIGURSKY, 2008; MACHADO, FREITAS e JORGE, 2007; RODRIGUES e ALMEIDA, 2005).

Para além das dificuldades mencionadas, Feuerwerker e Merhy (2008), ao analisarem cinco experiências de cidades brasileiras quanto ao estado da arte da AD, enfatizam que o cuidado domiciliar, mesmo praticado em ambientes economicamente precários, contribui para a integralidade e continuidade dos cuidados. Os autores recomendam a ampliação para o sistema público de saúde da iniciativa de atendimento domiciliar.

Diante de dificuldades na construção brasileira da AD, o debate sobre o projeto de humanização do Ministério da Saúde aposta nas relações humanas, na produção dos cuidados em saúde e em projetos de felicidade, sendo importantes os estudos nesta área que fomentem reflexões sobre os problemas apontados anteriormente com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento qualificado da Atenção domiciliar em território brasileiro.

3.1.1 O Grupo Hospitalar Conceição e a Atenção Domiciliar

De acordo com o banco de dados do Centro de Documentação do GHC (2008), a construção do Hospital Cristo Redentor em Porto Alegre foi iniciada pelo Grupo Hospitalar Conceição no ano de 1956, pelo sr. Jahyr Boeira de Almeida, que vislumbrava a ampliação dos serviços de saúde da zona norte da cidade. Em 1958,

foi inaugurada a “Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição”, passando mais tarde a razão social para Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Em 1966 foi construído o Hospital da Criança Conceição e em 1972 o sr. Jahyr comprou o controle acionário do Hospital Fêmeina. Em 8 de dezembro de 1973 (dia de Nossa Senhora da Conceição e aniversário do sr. Jahyr) inauguram-se as obras de ampliação do Hospital Conceição.

Em 1980 o Hospital Cristo Redentor tornou-se Pronto-Socorro da zona norte da cidade. Em 2003 os hospitais tornaram-se 100% SUS por meio de Portaria assinada pela Diretoria em 31 de dezembro do referido ano, sendo encerrados atendimentos por convênios ou particulares.

Conforme Fernandes et. al (2003), o GHC é um dos maiores complexos hospitalares da América Latina, ligado ao Ministério da Saúde, e composto pelas seguintes unidades:

- Hospital Nossa Senhora da Conceição (Hospital Geral), que atende a todas as especialidades e mais emergência clínica integrando-se à sua estrutura 12 Unidades de Saúde Comunitária.
- Hospital Cristo Redentor, que realiza atendimento em trauma, pronto-socorro e a especialidade de oftalmologia.
- Hospital da Criança Conceição, que realiza atendimento em pediatria e suas especialidades pediátricas.
- Hospital Fêmeina materno infantil, com capacidade de atendimento em Terapia Intensiva (UTI) neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e uma unidade clínica.

Fernandes et al. (2003) relatam que o serviço de Saúde Comunitária do GHC é composto por uma rede de 12 unidades que abrangem a zona norte de Porto Alegre. O Serviço de Saúde Comunitária teve início em 1980 com o Programa de Residência Médica em Medicina Geral. Em 1982 instalou-se a primeira unidade de Medicina de Família do Hospital Nossa Senhora da Conceição, para prestar cuidados à população próxima ao hospital. As demais unidades surgiram por demanda das comunidades.

O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) do GHC foi implantado no final de 2003 com o objetivo de implementar a estratégia de desospitalização. Normas deste Programa preveem o atendimento em domicílio do usuário clinicamente estabilizado

no hospital, com alta para casa e acompanhamento pelo PAD (equipe hospitalar), por um prazo mediano de 30 dias. Após esse período, o caso é remetido à UBS de referência do domicílio do usuário para acompanhamento por sua equipe de saúde.

A estratégia de atendimento domiciliar nos Serviços de Saúde Comunitária do GHC (FERNANDES et al., 2003) teve início em dezembro de 1982, com a implantação da Unidade de Medicina de Família do Hospital N. Senhora Conceição. Esse atendimento foi se consolidando com o tempo com o aparecimento das outras unidades que formam o Serviço de Saúde Comunitária, sendo organizada de acordo com as características particulares de cada uma das 12 unidades.

3.2 POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE E A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

O conceito de humanização da saúde (OLIVEIRA, 2003) tem seu berço na Antropologia Médica. A sua evolução foi forjada sobre a discordância em relação aos problemas tratando-se da definição de objetivos e fundamentos teóricos até ser firmado como área social e metodológica do ramo das Ciências Antropológicas, ao estudar o comportamento social do homem em relação à sua cura.

No início da década de 1960, nas ciências sociais que povoaram o meio biomédico nos Estados Unidos, o conceito de humanização nasceu, assim como na Europa, predominantemente na França e Inglaterra. Oliveira (2003) destaca que os norte-americanos se distinguiam pela sua cultura e assim desenvolveram quatro grandes pontos de vista, como: a epidemiologia que levava em consideração as variáveis ambientais e socioculturais na incidência das doenças; o estudo dos cuidados em instituições médicas considerando as relações entre os agentes de saúde e os usuários do serviço; os problemas de saúde que em geral são estudados através da interpretação do indivíduo baseado em sua doença e, por fim, a etnomedicina, na qual se estuda a prática médica culturalmente relacionada com o tratamento da doença na população. Os estudos defendiam ser possível analisar o modo de funcionar da sociedade levando-se em consideração as doenças que a assolavam.

No Brasil (OLIVEIRA, 2003), as influências vieram de três escolas internacionais, com maior ênfase à escola francesa. O povo brasileiro possui linguagens próprias para compreender e explicar práticas de cura usadas no país. Alia as práticas de medicina ocidental tendo como presença ativa a medicina

tradicional e religiosa, porém, uma prática não excluía a outra. Para a medicina tradicional, a realidade do homem é tratada como físico, psicossocial e espiritual, sendo isso o que interessa aos defensores da humanização da medicina.

Atualmente, percebe-se que cada vez mais são indispensáveis os cuidados a cada particularidade do ser humano. A humanização procura resgatar os valores e condutas incorporados na sociedade.

A complexidade de humanizar a saúde no Brasil reincide na construção do SUS culminando com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Seu marco teórico conceitual estabelece-se como política governamental transversal fundamentado pelas trocas solidárias e construção de saberes, diálogo entre profissionais, trabalho em equipe, consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde. Foram estabelecidas inicialmente quatro marcas:

1. Todo usuário saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
2. As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários;
3. Redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade, e
4. As unidades garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários.

Estabeleceu estratégias para a atenção básica, especializada, hospitais, urgência e emergência.

Na prática, o conceito de humanização está confuso e os pensamentos estão centrados em hospitais, na tolerância e na bondade, assim como na caridade, na simpatia; na boa educação e na vontade dos profissionais de saúde em relação aos usuários (OLIVEIRA, 2003).

A PNH empenha-se em suceder todas as ações institucionais superando os conhecimentos históricos de divisão no trabalho de atenção e gestão do SUS.

Casarin e Goelzar (2007) entendem por humanização a valorização de diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde (usuários, trabalhadores e gestores), onde os valores são destacados, a co-responsabilidade estabelece os vínculos solidários e a participação coletiva são elementos necessários no processo de gestão.

A PNH estabelece que o atendimento deva ser acolhedor, de cuidado integral, garantindo os direitos dos usuários, incentiva a gestão participativa, e educação permanente (DESLANDES e AYRES, 2005).

A assistência a saúde hoje apresenta vários obstáculos no Brasil, seja de ordem financeira, política, ética ou organizacional, abordando como pauta principal a qualidade da atenção prestada. A qualidade diz respeito à insolubilidade e emprego das tecnologias, saberes e recursos que estejam adequados e disponíveis indo a favor de quem sofre. Ou seja, indivíduos, população e aqueles que cuidam do sofrimento como profissionais de saúde, técnicos ou gestores. A humanização arrisca em processos que estão relacionados com horizontes de maior troca nas expectativas de vida e felicidade que são o produto dos cuidados. O ato de um proceder terapêutico tem uma legitimidade cultural e afetiva ampliando a sua validade (DESLANDES e AYRES, 2005).

Gastão (2005) menciona que a humanização parte das diretrizes genéricas e de políticas que incluem o SUS. Os princípios e diretrizes, de acordo com o autor, são consideradas para produzir fantasias imagináveis e indicam rumos com capacidade para intervir nas práticas de saúde existentes. A humanização veio para simplificar os conflitos e problemas estruturais do SUS. A realidade do sistema de saúde é refletida na depreciação do ser humano. Há um processo de burocratização nas relações interpessoais com profissionais e com usuários. Existem manifestos de baixaza em episódios de crise das atenções em saúde devido ao pouco envolvimento das equipes nas tarefas primárias de produzir saúde, havendo uma discriminação de serviços desumanizados. Pode haver novos caminhos em que a sensibilização dos trabalhadores em saúde assumam uma postura de profissionais que cuidam.

O autor (GASTÃO, 2005) define que o conceito de humanização tem qualidade potencial subentendida na produção da integralidade e para que o surgimento de discussões aconteça é necessário que a equipe toda esteja integrada. O conceito de humanização fala sobre seres humanos como se fossem um grande problema dominante na mesma época em que as pessoas são esquecidas. A ordenação urbana não levou em conta o bem-estar das pessoas, em especial o sistema de saúde que reduziu as pessoas a meros objetos que podem ser manipulados por clínicas. O ser humano é a vida humana. A humanização lembra que a defesa da vida é possível. Não existe humanização sem

democratização nas relações interpessoais nas instituições. No SUS, humanizar depende também de trazer melhoramentos no sistema de gestão compartilhada para cada serviço e nas relações cotidianas. As estratégias para aumentar o poder do doente e da população perante o saber e as práticas sanitárias, valorizando o processo de tratamento, são essenciais para fazer vingar o Programa Nacional de Humanização.

Bueno et al. (2005) narram sobre humanização de serviços de saúde como abundância, tanto para o executor do trabalho em saúde quanto o objeto de trabalho que são as pessoas. Logo vêm as desigualdades, as grandes demandas pelos serviços de saúde, as más condições de trabalho e as eventualidades do cotidiano tornam mecanizadas as ações de cuidado não só para o usuário, mas também aos profissionais no estado da arte do ato de cuidar.

Nos debates de humanização em saúde valoriza-se a atenção centrada no usuário. As perspectivas implicam em reconhecimento do usuário portador de particularidades socioculturais, dentro de interesses e necessidades exclusivos, na visão do usuário que utiliza os serviços de saúde como direito social (TRAD, 2006). A autora, no encontro do usuário com a atenção básica, propõe três elementos essenciais ao trabalho: o acolhimento, o vínculo e a autonomia. Aponta ainda para o desenvolvimento de ações que conferem grau de autonomia ao usuário (TRAD, 2006).

O termo “usuário” não é muito usado internacionalmente. No Brasil, na literatura científica e documentos oficiais esse termo é usado para identificar o sujeito que usa o serviço de saúde, e está além do paciente, o de um consumidor, é específico do campo da saúde, e incorpora noções de cidadania e idéias de direito social (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

A Conferência de Alma Ata, em 1978, expressou claramente esta noção de direito social e cidadania determinando como necessário a cobertura assistencial para atingir o objetivo que é “saúde para todos no ano 2000”. As necessidades de uma assistência digna, que estabelece padrões de atendimento ao qual serve de instrumento para avaliação do atendimento à população e da participação na opinião dos que utilizam os serviços, também são importantes. Nesse sentido, os órgãos governamentais têm se empenhado na criação de projetos para a melhoria dos serviços prestados para prevenir agravos à saúde (POLIZER, 2006).

O art. 196 da Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988 determina que é dever de o Estado garantir o direito à saúde a todos com as políticas sociais e econômicas. Essa legislação reforçou a implantação de um SUS com o objetivo de diminuir o risco de doenças, agravos, com direito universal igualitário aos serviços (POLIZER, 2006).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou uma carta aos usuários do SUS, denominada Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, com base em seis princípios básicos de cidadania. Esses princípios pretendem assegurar ao cidadão o direito básico ao ingresso digno aos serviços de saúde, sejam eles privados ou públicos, bem como se tornar uma ferramenta importante para a qualificação dos serviços.

São os seguintes os princípios dessa carta:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2006)

Buscar qualidade nos serviços de saúde tornou-se um fato mundial. Estudos e ferramentas que se propõem a monitorar a qualidade tornaram-se indispensáveis para que os serviços de saúde sobrevivam. Constituindo-se uma responsabilidade social. O crescente aumento da população vem ocasionando um impacto nos serviços de saúde com isso ocorrendo uma grande necessidade de qualificação dos recursos de saúde para poder satisfazer os usuários.

Para Polizer (2006), a qualidade passou a oferecer produtos e serviços com padrões melhores, em busca da valorização do mercado para poder satisfazer os clientes. Avaliar qualidade é ter relevância no processo de avaliação dos serviços da assistência ao paciente.

Destaca-se na literatura que o termo “cliente” é mais usado no setor privado e parte da concepção do papel de usuário no setor de serviço de saúde é similar aos

que compram produtos e serviços no mercado. Esperidião e Trad (2006) argumentam que o termo “cliente” é referente àquele que paga pelos serviços.

De acordo com Donabedian, (1984) a satisfação na avaliação de qualidade é um componente racional do usuário com os profissionais. Avaliar os serviços admite o desempenho do conhecimento técnico e a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica que tem como fim beneficiar, reduzindo os riscos de relacionamento com o cliente (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Polizer (2006) comenta que a qualidade consiste nas características dos produtos que consta no que o consumidor deseja proporcionar-lhes na satisfação em relação ao serviço ou produto. Florence Nightingale foi a pioneira na avaliação dos serviços da assistência, tendo o seu início na Guerra da Criméia, onde os enfermos eram separados por ferimentos, instituindo então princípios básicos de higiene, onde eram estatisticamente registrados e avaliados vindos a contribuir para a ciência da enfermagem.

A Portaria 3.408, de 05/08/1998, do Ministério da Saúde, instituiu o serviço de Acreditação Hospitalar que buscava a melhoria da assistência à população nas instituições hospitalares, criando um prêmio para as instituições que fossem avaliadas por usuários na pesquisa de satisfação da qualidade do atendimento (POLIZER, 2006).

Esperidião e Trad (2006) relatam que avaliar os serviços de saúde converte conceitos, sobretudo quando a estratégia e os critérios colaboram para medidas que serão úteis na tomada de decisões e aperfeiçoamento do ambiente dos serviços. Utilizar conceitos é importante para apresentar aspectos da realidade, na construção lógica de um quadro teórico de referencial. Avaliações de satisfação de usuários de serviços de saúde na literatura internacional mostram vagas realidades, múltiplas e diversas. No contexto, dos serviços a satisfação do usuário é considerada como uma meta que se espera alcançar no serviço visando ao aperfeiçoamento dos serviços de saúde, com a participação da comunidade no planejamento e avaliação.

Esperidião e Trad (2006) relatam estudos que apontam que quando os usuários estão satisfeitos eles cumprem com o seu tratamento prescrito e fornecem informações úteis, as quais poderão ser utilizadas posteriormente como subsídios no serviço de saúde, sendo que usuário satisfeito tem melhor qualidade de vida.

A formulação do conceito de satisfação dos usuários (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006) foi identificada a partir de 1975. Os conceitos atuais oferecidos têm uma

abordagem limitada na obtenção da satisfação do cliente com uma compreensão de experiências individuais relativas aos serviços de saúde. A compreensão da satisfação dos usuários de um serviço de saúde em um enfoque teórico tem uma abordagem da escola de psicologia social de marco norte-americano com as teorias da discrepância, de atitudes, de realizações e da equidade, que se concentram nos usuários em aspectos psicológicos, crenças e expectativas.

A teoria mais utilizada na pesquisa é a da discrepância. São níveis de satisfação que são vistos a partir das diferenças entre as expectativas e as experiências. Essa teoria seria capaz de dar conta de uma variação dos níveis de satisfação. Dentro da teoria da equidade, os serviços são avaliados pelo ganho e pela perda individual do usuário induzindo a uma comparação social, avalia um único paciente em relação aos demais (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Na teoria da realização, a teoria da satisfação é medida pela diferença entre o desejo, o esperado e o obtido. É uma teoria crítica porque não considera a experiência do serviço (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

O fortalecimento do controle social do SUS foi um incentivo à participação comunitária com o olhar do usuário sobre o sistema de saúde para avaliar a competência em intervir mudando o próprio sistema. No Brasil, a reivindicação por melhores serviços ganhou força com o processo de redemocratização em 1980, sendo que somente na segunda metade de 1990 as pesquisas sobre a satisfação do usuário tornaram-se comuns (VAITSMAN e ANDRADE, 2005). Para lidar com indicadores de qualidade, as autoras apontam para problemas de ordem metodológica e conceituais, como: “Em que momento do atendimento o usuário deve ser abordado, que tipo de pergunta e de escala utilizar e o que exatamente avaliar?” (p. 605). Apoiadas por alguns autores, Vaitsman e Andrade (2005) relacionam outros aspectos a serem considerados como, por exemplo, características individuais dos pacientes (gênero, idade, estado psicológico e classe social), o aspecto da expectativa que, dependendo da fragilidade do usuário, a avaliação pode estar comprometida. Dessa forma, os aspectos subjetivos são os mais criticados nos estudos. As autoras destacam ainda pressupostos das pesquisas de responsividade. Consideram dois elementos fundamentais dessas pesquisas:

O primeiro é medir o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde, o que implica coletar dados sobre o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde. O segundo é medir como as pessoas atendidas pelo sistema de saúde percebem e avaliam “o que acontece”. (VAITSMAN e ANDRADE, 2005, p. 607)

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Nesta pesquisa será utilizada a abordagem qualitativa e quantitativa.

Para Minayo, (2004, p 11) um estudo qualitativo “é capaz de incorporar questões inerentes aos atos, as relações, e as estruturas sociais, tomadas como advento na sua transformação, como construção humanas significativas.”

Richardson, (2008), relata que a metodologia quantitativa é utilizada com a intenção de garantia da precisão dos resultados, evitando-se distorções de análise e interpretações, e frequentemente aplicado a estudos descritivos.

Trata-se de um estudo descritivo.

De acordo com Richardson, (2008), este tipo de estudo propõe-se a descobrir as características de um fenômeno, devendo-se identificar variáveis específicas para explicar características complexas de um problema ou comportamento. Continua o autor a discorrer sobre principais formas de coleta de dados podendo ser utilizados questionários, testes estandardizados, entrevistas e observações. Para coleta de dados será utilizado: um questionário estruturado, dois encontros em grupo focal abordando questões levantadas no questionário e por fim observação.

4.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

Os dados serão coletados na área de abrangência da Unidade Nossa Senhora Aparecida (USNSA) pertencente ao rol de Unidades de Saúde que integram o Grupo Hospitalar Conceição. A sua população adscrita é composta na sua maioria por idosos e crianças, existindo uma prevalência de idosos. Localiza-se a USNSA no bairro Sarandi, Porto Alegre. Os profissionais que compõe a equipe são: médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, técnico e auxiliares de enfermagem, odontólogo, agentes de saúde. O atendimento é realizado pelas equipes na residência dos acamados.

4.2.1 Sujeitos do Estudo e Critério de Exclusão

Serão sujeitos do estudo os cuidadores de pacientes acamados cadastrados e atendidos pelo Programa de Atendimento Domiciliar da UBS Nossa Senhora Aparecida do Grupo Hospitalar Conceição que aceitarem participar da pesquisa. O convite para participar da pesquisa será efetuado durante uma visita da pesquisadora na residência do usuário.

Dados preliminares do Programa demonstram que 22 usuários estavam incluídos no programa de atendimento domiciliar até janeiro/2009 nesta UBS.

Como critério de exclusão será considerado pessoa que não seja cadastrada no Serviço e não pertença à área de abrangência da UBS Nossa Senhora Aparecida do Grupo Hospitalar Conceição.

4.3 COLETA DE DADOS

Na realização da pesquisa serão utilizados dados obtidos em diversas fontes:

- a. Dados primários: entrevista estruturada (Apêndice A) e grupo focal.

A entrevista sob forma de questionário acontecerá na residência do cuidador em data e horário de comum acordo com a pesquisadora. Constará o instrumento questões participativas identificados no corpo do questionário como temas para melhor compreensão do entrevistado, uma questão aberta onde o entrevistado deverá relacionar em tópicos o que considera mais importante para a sua satisfação com o atendimento domiciliar e levantamento de dados sociais, demográficos e de saúde. Para as variáveis demográficas será considerado: sexo, idade (em anos); variáveis sociais: escolaridade (em anos de estudo), estado civil (casado/não casado), tipo de moradia (casa/apartamento), e para variáveis de saúde: problema de saúde do cuidador e pessoa que cuidada (relatado).

Após explicação a respeito da pesquisa e mediante o aceite de participação, deverá ser assinado pelo participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B).

De acordo com Goldim, (2000), o questionário envolve questões escritas onde quem participa lê e responde, utilizando um espaço previamente destinado para a resposta.

Grupo focal: aos entrevistados será realizado o convite para participar de 2 encontros com duração de no máximo 2 horas em cada encontro, para aprofundamento das questões abordadas no questionário. Os encontros acontecerão em datas compatíveis com o cronograma deste projeto de pesquisa, em horário identificado dentre os entrevistados como melhor para tal, e o local (a ser combinado previamente) deverá contemplar os recursos existentes na própria comunidade. Os temas de discussão do grupo seguirão os abordados no questionário (acesso ao serviço, de organização dos cuidados e de gestão participativa, bem como itens listados pelo entrevistado na questão aberta). A unidade de registro utilizada será gravação em MP3. Estará sendo informado aos participantes que a gravação se dará para garantir a reprodução fiel e na íntegra de suas falas, adequando-se a linguagem escrita e tendo-se o cuidado para que não ocorram alterações do conteúdo. Portanto, será realizada a transcrição das falas. A dinâmica adequada será escolhida após a realização da entrevista. Não haverá identificação nominal dos participantes no texto transcrito. Será determinado pela pesquisadora um nome fictício a cada participante. Depois de analisado o material transcrito, ele deverá ser destruído.

Krueger (1996) refere grupo focal como sendo, o encontro de pessoas que se agregam em uma sequência de grupos que possuem características determinadas produzindo dados qualitativos sobre uma questão focalizada.

b. Dados secundários: pesquisa em documentos institucionais como relatórios, prontuários. Esta fonte de dados se prestará à caracterização dos usuários do programa em auxílio a dados não levantados no questionário e também a dados referentes às categorias elencadas para investigação no questionário (acesso ao serviço, de organização dos cuidados e de gestão participativa) que poderão auxiliar a análise de dados primários.

c. Observação participante: será registrada em um diário de campo. Serão sorteados três domicílios para o desenvolvimento da observação de campo. A observação ocorrerá nos domicílios, cujos cuidadores participam do Programa de Atendimento Domiciliar da UBS Nossa Senhora Aparecida do Grupo Hospitalar Conceição. Será utilizado um roteiro de observação (Apêndice C).

De acordo com Caragnato e Lauter (2002), a observação participativa é uma técnica de coleta de dados que pode ser empregada isoladamente ou de forma complementar. O seu registro detalhado ocorre em campo prevendo descrever os sujeitos, o local, os eventos ocorridos e as atividades sob o olhar do observador. Dependendo da situação específica de observação, o diário de campo apresenta-se de várias formas. Quanto ao escrito, não existem regras para realizar as anotações, mas ao iniciar o registro deve constar dia, hora, local, tempo de duração da observação. É recomendado utilizar-se de um roteiro de observação e deixar uma margem nas anotações para observações gerais.

4.3.1 Análise dos Dados

A análise dos dados será realizada:

- Pela descrição das respostas dadas pelo entrevistado ao questionário, por meio de uma tabela, criada para tal, onde constarão as categorias propostas como: acesso ao serviço, de organização dos cuidados e de gestão participativa, com as frequências relativas e absolutas.
- Pela descrição de dados sociais, demográficos e de saúde organizado em tabela com suas frequências relativas e absolutas.
- Pela análise de conteúdo do material transcrito coletado nos encontros do grupo focal.
- Pelas anotações de diário de campo.

Para Minayo, (2007), as finalidades da fase de análise de conteúdo são: esclarecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

Os passos para a operacionalização da análise de todos os dados coletados por meio de gravação serão, realizados segundo Gomes, (2007), propõe:

a) Ordenação de dados: Será realizado um mapeamento dos dados na transcrição efetuada e,

b) Classificação de dados: Com base no que é relevante nos registros, serão elaboradas categorias. Neste sentido, será determinado o conjunto das informações presentes na comunicação, compatíveis com as categorias identificadas previamente (acesso ao serviço, de organização dos cuidados e de gestão participativa), e outras que possivelmente surgirão.

Para a análise final: neste momento, a pesquisadora deverá estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto deverá passar por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição onde será realizada a pesquisa, precedendo a autorização da direção da instituição.

- O instrumento de pesquisa terá sua aplicação após assinatura (Apêndice B) do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelo usuário, constando de duas vias, ficando uma com o participante e outra via com a pesquisadora. Pelo TCLE, o participante será informado dos objetivos e a metodologia da pesquisa. Será garantido sigilo absoluto das informações e o direito de o participante desistir a qualquer momento do estudo sem ônus ou interferência em sua assistência pela UBS.

O participante deverá ser esclarecido que os dados da pesquisa poderão vir a ser utilizados para estudos e ter publicações do mesmo, respeitando seu anonimato. Nos documentos de entrevista não devem constar identificação do usuário e os mesmos deverão ser guardados por cinco anos, após esse prazo serão destruídos.

6 ORÇAMENTO

Apresenta-se, a seguir, a previsão orçamentária para execução do estudo:

Recursos humanos	Valores em reais R\$
Revisão de ortografia	100,00
Formatação nas normas da ABNT	300,00
Papel A quatro	50,00
Transporte	150,00
Tinta para impressora	100,00
Encadernação	30,00
CD	5,00
Caderno espiral	5,00
Caneta	10,00
Copias xerográficas	100,00
MP3	200,00
Busca na internet de artigos científicos	60,00
Participação em Eventos científicos (inscrição)	400,00
Transporte e Hospedagem	1.000,00
Total	2.510,00

O orçamento apresentado será de inteira responsabilidade da pesquisadora sem ônus para as instituições envolvidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria GM/MS** nº 2.416, de 23 de março de 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>>. Acesso em: 1º maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 11**, de 26 de janeiro de 2006. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word>>. Acesso em: 1º maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p. (textos básicos de saúde).

BUENO, Edison et al. **Humanização** - construindo um novo conceito de fazer saúde. Centro de Saúde da Comunidade-CECOM-Unicamp. Disponível em :[HTTP://www.Cecom-Unicamp.br/humanizacao/HUMANIZACAO-construindo-novo-conceito.pdf](http://www.Cecom-Unicamp.br/humanizacao/HUMANIZACAO-construindo-novo-conceito.pdf), 2008

BUENO, Flora Marta Giglio; BUENO, Edson. **A ética e a humanização no cuidado à saúde**. II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Universidade de Santa Catarina, julho, 2005. Disponível em: abrasco.org.br.

CARAGNATO, Rita Catalina Aquino; LAUTER, Liana. **Observando o estresse na práxis da equipe multiprofissional de saúde na sala de cirurgia II**. Resumo da dissertação de Mestrado em Enfermagem julho de 2002. Disponível em: www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?Cod=79022&popup=

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARATIN, Gilberto Berguio; CORDONI JR., Luiz. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina, p. 27–59, 2001.

CASSARIN, Sidnéia Tessmer; GOELZER, Diego Ricardo Moreira. Reflexões sobre humanização da saúde e a Política Nacional de Humanização, **XVI CIC Congresso de Iniciação Científica**, UFPEL 2007.

DESLANDES, Suely Ferreira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. **Humanização e cuidado em saúde**. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliário**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Athu, 1ºed 2005.

Donabedian, A **La Canidad de La atencion médica**, definicion y métodos de evoluacion, La Prensa exicana México D, F.[links] 1987.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun. 2006.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, set./out. 2004.

FERNANDES, Carmen Luiza et al. **Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**, Experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Novembro de 2003.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso Pedro; QUIMARÃES, F. Marques. **Dicionário brasileiro globo**. 51. ed. São Paulo: Globo, 1999.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. Salud Publica**, 2008;24(3):180-8.

FREITAS, Ivani Bueno de Almeida. **A construção do cuidado em um programa de atendimento domiciliar ao acamado do município de Porto Alegre, RS**. 2007. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

GASTÃO, Wagner de Sousa Campos. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface-comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

KLOCK, A.D.; HECK, R.M.; CASARIM, S.T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Texto Contexto Enferm**, 2005, abr.-jun.; 14(2):237-45.

Krueger, R. A. **Focus Group: A Pratical Guide for Applied Research**. London:Sage Publication, 1996.

MACHADO, Ana Larissa Gomes; FREITAS, Consuelo Helena Aires de; JORGE, Maria Salete Bessa. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, 2007, set.-out.; 60(5): 530-4.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 20

NASCIMENTO, Leidimar Cardoso ET al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2008, jul.-ago.; 61(4): 514-7.

OLIVEIRA, Diogo Nogueira Protásio Lopes de. Humanização da saúde: uma proposta antropológica; uma abordagem alternativa. **Lato&Sensu**, Belém, v. 4, n. 1, p. 3-5, out. 2003.

PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins; FORTUNA, Cinira Magali; Sílvia Matumoto. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, 2005, nov.-dez.; 13(6): 1001-10.

POLIZER, Regina. Satisfação do cliente na avaliação de assistência de enfermagem. **REBEN Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006, jul.-ago.; 59(4):548-51.

PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araújo; IDE, Cilena Aparecida Costardi; CHAVES, Eliane Corrêa. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais. **Revista Esc Enferm USP**, 2006; 40(2);261. Disponível em: www.Eeusp.br/reeusp/.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Leny Alves Bomfim, trad. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 231-242, set./dez. 2005.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 36-43, set./dez. 2004.

RICHARDSON, R.J. ; **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, M.R.; ALMEIDA, R.T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso. **Acta Paul Enferm**, 2005; 18 (1):20-4.

SILVA, Kenia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, 2005;39(3);391-7.

SILVA, Marcela Bruno de Carvalho; SADIGURSKY, Dora. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 jul.-ago.; 61(4): 428-34.

TRAD, Leny Alves Bomfim et al. **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia**. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia, 2002.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Humanização do encontro com usuário no conceito da atenção básica. In: DESLANDES, Sueli Ferreira. **Coleção Criança Mulher e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 7.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 10 (3):5

APÊNDICES

APÊNDICE A
INTRUMENTO DE ENTREVISTA – QUESTIONÁRIO

Este questionário deverá ser respondido pela pessoa que cuida do acamado. Leia com atenção cada uma das perguntas e assinale somente uma alternativa por questão formulada. Não existe resposta certa ou errada. A resposta que assinalares é tua opinião.

Cada bloco de perguntas estará identificado por um tema. O significado de cada tema te dará uma idéia do que se tratam as perguntas.

Controle_____

Sexo: () masculino () feminino

Idade_____anos

Escolaridade: _____ anos de estudo

Estado civil:

() casado

() não casado

Tipo de moradia:

() casa

() apartamento

Problemas de saúde que tu tens:

Problemas de saúde da pessoa que cuidas:

Tema 1: Acesso ao serviço

Este tema significa que tens alguma ou nenhuma dificuldade em utilizar o serviço de saúde.

1. A unidade de saúde fica próxima a sua casa?

Sim Não

2. Quando necessita de atendimento procuras primeiro a US?

Sim Não

3. De quanto tempo foi a demora para receber atendimento em casa desde o momento que solicitou a visita domiciliar no posto?

1 dia 1 semana 1 mês

4. Se precisar de atendimento de urgência em casa e chamar alguém da equipe de visita domiciliar para ir até sua casa serás atendido?

Sim Não

5. Haveria demora de quanto tempo?

2 a 4 horas 4 a 8 horas 1 dia

Tema 2: Organização dos cuidados.

Este tema quer dizer como a equipe de saúde está organizada para o atendimento das tuas necessidades de esclarecimento para realizar os cuidados em casa e como a equipe se organiza para realizar o atendimento em sua casa.

6. A equipe de saúde te dá esclarecimentos suficientes para tirar tuas dúvidas para realizar os cuidados com a pessoa que cuidas?

Sim Não

7. Tu te sentes preparado para realizar em casa os cuidados em casa da pessoa que cuidas com as orientações recebidas pela equipe de saúde?

Sim Não

8. De quanto em quanto tempo o médico vai à tua casa para fazer visita domiciliar?

1 vez por semana cada 15 dias 1 vez por mês cada 2 meses

9. De quanto em quanto tempo outros profissionais da equipe de saúde (que não o médico) vão a tua casa para fazer a visita domiciliar?

1 vez por semana cada 15 dias 1 vez por mês cada 2 meses

10. De acordo com o estado de saúde da pessoa cuidas o número de visitas realizadas pela equipe de saúde no mês é o suficiente para ti?

Sim Não

11. Tu indicarias este serviços de atendimento domiciliar para alguém, se fosse possível?

Sim Não

Tema 3: Gestão participativa

Este tema está relacionado com a tua participação junto à equipe do Posto de Saúde para a organização das ações em saúde para todos os usuários do posto

12. Participas das reuniões do Conselho Local ou Gestor?

() Sim () Não

13 Participas da organização das atividades do Posto de Saúde contribuindo com críticas/sugestões?

() Sim () Não

14 De que forma participa na contribuição com a melhoria dos serviços do Posto de Saúde?

() com sugestões () com Voluntariado () não participa

Tema 4: Satisfação com o atendimento domiciliar

Este tema tem a tua opinião sobre o atendimento domiciliar feito pela equipe de saúde na sua casa.

15. Escreva abaixo o que é mais importante para te sentir bem atendido pela equipe de Saúde. Escreva até 3 itens.

Convite: Estás convidado a participar de 2 encontros em grupo com duração de no máximo 2 horas dividindo com outros cuidadores sua experiência com o atendimento domiciliar.

APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo a pesquisa “**A satisfação do usuário com o Atendimento Domiciliar de Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Porto Alegre/RS.** O objetivo geral deste estudo é analisar aspectos considerados importantes para o usuário quanto a sua satisfação relativo ao atendimento domiciliar realizado por uma Unidade Básica de Saúde integrante da rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição na cidade de Porto Alegre/RS.

A sua participação não o obriga ao comparecimento na Unidade de Saúde em horários adicionais.

AUTORIZAÇÃO

Solicitamos sua autorização para participar na pesquisa.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da pesquisa.

Fui esclarecido (a), ainda:

Da garantia de informação dos resultados da pesquisa, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga algum prejuízo na prestação de serviços por parte da UBS, e ainda da garantia de não ser identificado (a), e do caráter confidencial das informações prestadas, não acarretando ônus. Estou ciente de que as informações prestadas por entrevista serão destruídas após a elaboração do relatório final pela pesquisadora, reafirmando que serão utilizadas com fins exclusivos para essa pesquisa.

A pesquisadora responsável por este projeto é:

Nome: Jeronima da Silveira Arnoud
Telefone: (51) 81317798

A orientadora deste projeto é:

Nome: Prof. Ms. Ivani B.A. Freitas
Telefone: (51) 3289-6126 e
91564370.

Tendo este documento ter sido aprovado pela Instituição de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa, é assinado em duas vias, ficando uma cópia para o participante do estudo e outra para a pesquisadora.

Data: ____/____/____.

Professora orientadora da pesquisa: _____

Pesquisador: _____

Participante: _____

APÊNDICE C ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

O presente roteiro se presta a nortear a observação no domicílio para fins de coleta de dados da pesquisa intitulada “**A satisfação do usuário com o Atendimento Domiciliar de Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Porto Alegre/RS.** Deve a pesquisadora realizar o registro das observações em diário de campo e observar:

1. Recepção no domicílio entre a equipe de saúde e o acamado.
2. Condições de organização do domicílio para o manejo com o acamado.
3. Diálogos entre os profissionais da equipe, entre o cuidador e a equipe de saúde e vice-versa.
4. Expressão corporal da equipe de saúde e cuidadores.
5. Atitude e comportamento entre os profissionais da equipe, entre o cuidador e a equipe de saúde e vice-versa.
6. Atitude e comportamento entre os profissionais da equipe, entre o
7. Observar se as equipes realizam anotações no prontuário do domicílio.