

# AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Evaluation of the Family Health Strategy from the user's perspective

Carlos Eduardo Aguilera Campos<sup>1</sup>,  
Ana Laura Brandão<sup>2</sup>, Marcele Bocater Paulo de Paiva<sup>3</sup>

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família vem se consolidando como a estratégia prioritária para a reorganização do modelo de atenção no país. Muitas iniciativas com foco na avaliação da ESF vêm sendo desenvolvidas no Brasil, mas estudos sobre a avaliação dos serviços e cuidados prestados na perspectiva do usuário são ainda escassos. Atualmente o grau de satisfação dos usuários é considerado um componente importante da qualidade assistencial. Este trabalho tem como objetivo testar um instrumento de avaliação da APS pelo usuário, adaptando-o à realidade da ESF em um bairro do Rio de Janeiro. O instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS - o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) - serviu como base para este estudo. O trabalho consistiu-se em três fases: revisão, adaptação do questionário; pré-testes com aplicação do instrumento aos usuários da Estratégia de Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola do município do Rio de Janeiro. O instrumento revisado contou com 53 perguntas, distribuídas segundo sete dimensões relacionadas a avaliação da satisfação dos usuários, quais sejam: Acesso; Relação e comunicação; Cuidados médicos; Informação e apoio; Continuidade e cooperação; Organização dos serviços; Condições da unidade de saúde. O melhor indicador chave foi o de relação e comunicação, seguido do de informação e apoio, sendo a pior avaliação, a do indicador organização do serviço. O presente trabalho foi capaz de demonstrar a importância de se avaliar a satisfação do cuidado sob a perspectiva do usuário, e a aplicabilidade prática do instrumento de avaliação desenvolvido. Dessa maneira, outras metodologias podem ser futuramente avaliadas, no intuito de encontrar maneiras viáveis e fidedignas de avaliação, para que se possa disponibilizar de forma contínua essa importante ferramenta de melhoria de resultados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Satisfação do Usuário; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is being consolidated as a high-priority strategy for reorganization of the national health care model. Many initiatives with a focus on the evaluation of the FHS are being developed in Brazil, but studies of the evaluation of the services and care given, from the user's perspective, remain scarce. Currently, the user satisfaction level is considered an important component of quality care. This study aims to test an instrument for user assessment of Primary Health Care (PHC), adapting it to the reality of the FHS in a district in Rio de Janeiro. The European Quality Assessment in PHC - the European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), served as the basis for this study. The work consisted of three phases: review, adaptation of the questionnaire, and pre-testing the instrument with application to the users in a health center in the city of Rio de Janeiro. The revised instrument consisted of 53 questions, distributed according to seven dimensions, relating to the assessment of user satisfaction regarding the following: access, relationship and communication, medical care, information and support, continuity and cooperation, organization of services, and condition of the health unit. The best key indicators were relationship and communication, followed by information and support, while organization of services had the poorest evaluation. The present work was able to demonstrate the importance of evaluating satisfaction with care, from the user perspective, and the practical applicability of the evaluation tool developed. Thus, other methods can be further assessed in order to find viable and reliable means of evaluation so that we can continue to develop this important tool for improving results.

**KEYWORDS:** Quality Assurance; Health Care; Consumer Satisfaction; Health Evaluation; Primary Health Care.

<sup>1</sup> Carlos Eduardo Aguilera Campos, médico. Doutor em Medicina Preventiva. Professor DMFC/UFRJ

<sup>2</sup> Ana Laura Brandão, nutricionista. Mestre em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. E-mail: alaurabrandao@gmail.com

<sup>3</sup> Marcele Bocater Paulo de Paiva, médica. Mestre em Saúde Pública. Preceptoria do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade/UERJ

## INTRODUÇÃO

A Saúde da Família vem se consolidando como a estratégia prioritária para a reorganização do modelo de atenção no país, desde a implementação da NOB-96 e, mais recentemente, através da Política Nacional de Atenção Básica.<sup>1</sup> Apesar de seus princípios e diretrizes serem válidos para todo o território nacional, há que se considerar que seu desenvolvimento não tem se dado de forma homogênea no país.

Diversos contextos têm contribuído para esse fenômeno e podem ser citadas algumas características que contribuem para essas diferenças: adesão do gestor, porte municipal, rede pré-existente, mecanismos de financiamento, tempo de implantação, disponibilidade de recursos humanos, etc. Uma das variáveis menos conhecidas é aquela relacionada à avaliação pelo usuário. Recente estudo do IPEA sobre a percepção da qualidade dos serviços de saúde prestados pelo SUS apontou que a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve avaliação boa ou muito boa para 80,7% dos entrevistados, percentual que cai para 44,9% para a assistência prestada pelos Centros e Postos de Saúde, unidades ainda preponderantes em muitas cidades brasileiras.<sup>2</sup> Apesar de apontar para o caminho a seguir, o aspecto genérico da sondagem da pesquisa não permite saber, em detalhes, que aspectos foram mais ou menos valorizados pelo usuário.

O atual estágio de implantação da ESF exige um aprofundamento das análises sobre quais são os resultados alcançados em comparação àqueles esperados. Nesse sentido, não são só o impacto sobre os custos e indicadores sanitários está em jogo. Acrescenta-se aqui a avaliação do usuário que permitiria conhecer dimensões muito importantes para o sucesso da política de Atenção Básica (AB) em médio e em longo prazo.

Muitas iniciativas com foco na avaliação da Estratégia de Saúde da Família 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.

No Brasil, estudos sobre a avaliação dos serviços e cuidados prestados na perspectiva do usuário são ainda escassos. Tendo em vista que a avaliação do cuidado do ponto de vista do usuário pode trazer subsídios importantes, torna-se imprescindível desenvolver a pesquisa avaliativa nesse campo.

Desde o lançamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)<sup>3</sup>, instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, tem havido uma ênfase e um estímulo para o desenvolvimento de

ferramentas que permitam avaliar a satisfação do usuário com a AB prestada no país. Com isso, pretende-se que seus resultados sejam utilizados no cotidiano do serviço. Segundo o MS, seu principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar: I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.<sup>3</sup>

A satisfação é um conceito complexo que é influenciado por aspectos relacionados às necessidades percebidas, expectativas individuais e experiências prévias de cuidado e assistência.

Atualmente, o grau de satisfação dos usuários é considerado um componente importante da qualidade assistencial e, portanto, tem ocupado cada vez mais um lugar destacado nos processos de avaliação dos serviços de saúde. É conhecido que uma maior satisfação do usuário interfere e influencia o grau de adesão terapêutica, nos resultados dos cuidados em saúde, nos comportamentos diante da saúde e da doença.

A satisfação pode desempenhar, portanto, um importante papel para melhores resultados em saúde, sendo um preditor para a adesão aos tratamentos recomendados. Há indícios de que a satisfação está relacionada com a melhoria do estado de saúde.<sup>4</sup> O crescente papel do usuário enquanto consumidor também exige, por parte dos serviços,

um nova postura no que se refere à prestação de contas sobre os seus processos de trabalho incluindo acesso, assistência, resolutividade, custos, etc.<sup>5</sup> Cabe destacar ainda que 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.<sup>4</sup>

Estudos de satisfação buscam captar a percepção dos consumidores sobre a qualidade dos serviços prestados por um fornecedor ou do sistema como um todo e têm sido usados como um componente de avaliação da qualidade do atendimento.<sup>6</sup> Pode também 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.<sup>4</sup>

Este trabalho tem como objetivo testar um instrumento de avaliação da APS pelo usuário, adaptando-o a realidade da ESF em um bairro do Rio de Janeiro. Visou, ainda, uma primeira aproximação com o tema já que se realizou com a participação de vários profissionais da ESF. Os resultados apurados prestam-se a oferecer subsídios à reflexão dos serviços e da comunidade acadêmica sobre a importância do aprofundamento desse tema e de metodologias para esse tipo de avaliação, já que se inserem na dinâmica de melhoria contínua da qualidade assistencial. Este trabalho fez parte e contou com apoio do Projeto do PET Saúde da UFRJ.

O instrumento europeu de avaliação da qualidade em APS - o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP)<sup>7</sup> - serviu como base para este estudo.

## METODOLOGIA

O EUROPEP é um instrumento específico de avaliação da satisfação dos usuários rotineiramente aplicado em países europeus, que permite comparações da qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de atenção primária. O fato de ter sido validado e aplicado inclusive na língua portuguesa facilitou a sua utilização, em termos de tradução, somente algumas adaptações foram necessárias.

O trabalho consistiu-se em três fases: revisão, adaptação do questionário; pré-testes com aplicação do instrumento aos usuários da Estratégia de Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola do município do Rio de Janeiro.

O processo de adaptação do questionário iniciou-se com a tradução do questionário do português de Portugal para o português do Brasil conjuntamente com a equipe do PET- Saúde. Essas alterações foram necessárias não só devido a problemas de ortografia, mas também a

conceitos e significados distintos que palavras ou frases adquirem em cada país.

Em seguida, o instrumento foi submetido a avaliações pelos profissionais, usuários e Agentes Comunitários de Saúde da USF. Essas reuniões tiveram como objetivo verificar se as questões colocadas pelo instrumento correspondiam às ações e à organização do trabalho da ESF.

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 USF. Alteraram-se no instrumento, basicamente, questões que não conferiam com os processos de trabalho da ESF como, por exemplo, marcação de consultas ou realização de consultas por telefone.

Os profissionais, nessa reunião, argumentaram que as perguntas possuíam muitas possibilidades de resposta e que isso poderia confundir o entrevistado. Os profissionais propuseram que fossem utilizadas apenas três possibilidades de resposta (bom, ruim e regular). Essa sugestão, contudo, não pôde ser acatada, pois perder-se-ia a comparabilidade das respostas com os outros estudos que aplicaram o questionário EUROPEP.

A segunda reunião foi realizada com 10 usuários com pelo menos um ano de cadastro na ESF. Essa reunião teve como objetivo adequar os termos do questionário para a melhor compreensão pelos usuários. 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 mesmo.

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 como, por exemplo, a incompreensão do significado do termo sigilo, tendo sido acrescentada a palavra segredo. Na pergunta sobre se o usuário possui alguma das doenças da lista apresentada, há mais de três meses, foi inserida uma versão de como a doença é popularmente denominada como “açúcar no sangue”, “pressão alta”, “sofre dos nervos”, etc.

Foi também realizada reunião com seis Agentes Comunitários de Saúde para 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 ACS julgaram que o questionário era

longo e também não entenderam o significado de algumas palavras.

O instrumento revisado contou com 53 perguntas, distribuídas segundo sete dimensões relacionadas à avaliação da satisfação dos usuários: Acesso; Relação e comunicação; Cuidados médicos; Informação e apoio; Continuidade e cooperação; Organização dos serviços; Condições da unidade de saúde.

A maioria das respostas do questionário obedecem a uma escala, que aborda a satisfação pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o último atendimento, sobre o serviço e sobre o profissional, representados 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).

Após essas reuniões, o questionário foi revisto, as sugestões incorporadas e passou-se ao processo de adaptação. Esse constou de pré-teste, com a aplicação do instrumento em um número reduzido de pessoas cadastradas na 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 em parceria com os alunos que faziam parte do PET Saúde, com a aplicação do questionário a 25 usuários, em dias da semana e turnos diversos.

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. Esse fato pode estar associado ao fato de 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.

Foi realizada oficina para a revisão e validação do questionário em março de 2010, que contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, representantes de Secretarias Estaduais, a equipe do PET Saúde, do projeto EUROPEP e Luis Pisco (Diretor do Instituto de Qualidade em Saúde de Portugal), que pôde 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 instrumen-

to passou por sua revisão final, gerando assim o questionário que foi aplicado.

No contexto de avaliação das Unidades de Saúde da Família, no presente estudo, foram testadas diferentes metodologias para a aplicação do instrumento, de modo a avaliar a viabilidade das mesmas e reduzir eventuais vieses associados ao método de aplicação.

### **Preenchimento realizado pelo entrevistador**

Aplicou-se o instrumento no interior da unidade de saúde, cujo tipo de pesquisa busca resgatar a experiência concreta do usuário no serviço, evitando efeitos de perda de memória<sup>8</sup>. Além disso, optou-se pela aplicação por entrevistadores no interior da unidade, escolha esta que se deve 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 e não no domicílio.

Os entrevistadores ficaram responsáveis pela função de leitura e preenchimento dos questionários, após a consulta médica, no interior da unidade de saúde. Essa abordagem possivelmente cria um viés no conteúdo das respostas, uma vez que, apesar de os entrevistadores se apresentarem como profissionais sem qualquer ligação com a unidade de saúde, os usuários podem se sentir constrangidos a opinar negativamente, por receio de expor sua opinião sobre os profissionais, gerando opiniões mais favoráveis do que, de fato, o seriam, podendo mesmo comprometer a verossimilhança das informações obtidas.

Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas em diferentes turnos e dias da semana, procurando obter uma amostra mais heterogênea e fidedigna de informações.

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.<sup>7,9</sup>

A população de estudo foram os usuários cadastrados das equipes de saúde da família do CSEGSF em atendimento médico, tendo como base os seguintes critérios: pacientes atendidos pelas equipes de Saúde da Família há pelo menos um ano; pacientes de ambos os sexos; de qualquer idade, sendo os menores de 18 anos representados pelo responsável.

Os questionários aplicados foram revisados e digitados em banco de dados, Access. Após a digitação dos dados, foi feita a limpeza e correção dos possíveis erros de digitação ou inconsistências. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata 10 para realização da tabulação e análise.



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 das diferentes equipes.

Como limitação, destaca-se que o instrumento foi adaptado 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 autoaplicável, sendo que 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 que foi desenvolvido, o instrumento foi aplicado por entrevistadores treinados e a aplicação foi realizada dentro do Centro de Saúde após o atendimento do usuário, o que pode produzir vieses.

## Autopreenchimento

Baseando-se na possibilidade dos vieses relatados e no intuito de avaliar a viabilidade de outras metodologias, optou-se por testar outros métodos de aplicação do instrumento.

Em um segundo momento, optou-se por avaliar se o instrumento pode ser autoaplicável, através da metodologia de autopreenchimento. De acordo com essa metodologia, o instrumento foi disponibilizado para os usuários na própria unidade de saúde, sendo entregue por entrevistadores treinados a darem as orientações básicas relacionadas ao preenchimento do questionário e sua devolução à unidade de saúde.

Para a aplicabilidade desse método, utilizamos uma urna que foi colocada dentro da unidade, em local de fácil acesso, e recorremos a duas abordagens diferentes: 1) Na primeira tentativa, os questionários foram distribuídos na unidade de saúde para os usuários, após a consulta, e esses deveriam preenchê-los sozinhos ainda na unidade, após as devidas orientações, e depois depositá-los na urna. Os entrevistadores estavam à disposição para eventuais esclarecimentos e auxílio no preenchimento. Na segunda tentativa, os questionários foram distribuídos durante a espera pela consulta, e os usuários foram orientados a preenchê-los após a consulta, em casa, e depois depositá-los na urna numa próxima visita à unidade de saúde.

O número de questionários entregue foi devidamente contabilizado, de modo a ser posteriormente avaliado quanto à proporção de questionários viáveis devolvidos à unidade.

Com relação à metodologia do autopreenchimento, o objetivo era avaliar a qualidade do preenchimento, analisando a viabilidade de ser preenchido pelos usuários sem o auxílio de um entrevistador. De acordo com os resultados obtidos, podemos dividi-los de acordo com as duas abordagens adotadas.

Na abordagem em que os usuários deveriam responder na própria unidade e depositar o instrumento na urna, 42 questionários foram entregues, dos quais 19 foram devidamente preenchidos e devolvidos à urna. Uma importante dificuldade encontrada nessa abordagem foi a recusa dos pacientes em responder, alegando falta de tempo após o atendimento médico.

Em um segundo momento, na abordagem em que os usuários poderiam devolver os questionários à urna em outra ocasião, 42 questionários foram entregues, dos quais apenas 11 foram devidamente preenchidos e devolvidos à urna. Essa segunda abordagem, embora reduza o fator da falta de tempo para o preenchimento na unidade de saúde, pode ter como possíveis explicações para o baixo índice de devolução: a) a dificuldade encontrada pelos usuários em retornar à unidade, num curto prazo de tempo, uma vez que muitos o fazem na ocasião da consulta seguinte que, muitas vezes, é agendada para intervalos muito longos; b) esquecimento ou recusa em preencher o questionário; c) dificuldade de preenchimento do instrumento, reforçando a possibilidade de o instrumento não ser autoaplicável, e necessitar de adaptações para que possa facilitar seu entendimento; d) ou mesmo, dificuldade em associar a urna a um recipiente de depósito dos questionários.

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.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Adaptação do Questionário

Uma das vantagens de tomar como base o EUROPEP é que o questionário utilizado já foi validado e aplicado em 16 países.<sup>10</sup> As sucessivas validações aprimoraram o questionário tornando-o mais adequado para uso nos ser-

viços de APS.

A imensa maioria 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.<sup>9</sup>

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 multicau-sais da satisfação.<sup>11</sup>

O instrumento EUROPEP adaptado pelo presente estudo possui 53 perguntas, sendo 52 perguntas fechadas e uma 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 sociodemográficos; Dados de Saúde e Atitude após a experiência.

Em relação aos indicadores chaves, 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.

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.

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 relacionadas a seus problemas de saúde e incentivo fornecido pelo profissional para compreensão da importância de seguir as orientações e tratamento de saúde.

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.

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 adequados no Centro de Saúde, o tempo de espera para ser atendido, e, a rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos.

### Aplicação do Questionário e Discussão

Os resultados obtidos com a primeira metodologia utilizada (abordagem de entrevista) revelou uma abordagem bem-sucedida, com grande número de usuários avaliados.

Foram aplicados 179 questionários por cinco entrevistadores diferentes, 21 questionários foram aplicados no período da tarde e 158 no período da manhã. 45 foram aplicados segunda-feira, 37 na terça-feira, 73 na quarta-feira, 13 na quinta-feira e 11 na sexta-feira.

Em relação ao perfil da população estudada, houve predomínio do sexo feminino (18,99% eram homens e 80,01% mulheres), com média de idade de 41 anos, predominando a faixa etária do adulto jovem de 30-39 anos (17,32% entre 16-29 anos, 36,31% entre 30-39 anos, 13,97% entre 40-49 anos, 15,64% entre 50-59 anos, 8,38% entre 60-69 anos, 5,59% entre 70-79 anos e 2,79% > 80 anos), com grau de escolaridade variável (7,26% eram analfabetos, 13,41% tinham ensino elementar incompleto, 36,31% tinham ensino elementar completo ou fundamental incompleto, 25,14% tinham fundamental completo ou médio incompleto e 17,88% tinham ensino médio completo ou superior incompleto).

Em relação ao motivo da consulta, 34,64% tinham consulta previamente marcada, 12,29% foram mostrar/buscar exames, 5,59% foram renovar receitas, 12,29% se

diziam doentes há poucos dias sem sentir melhora, 5,59% estavam doentes há muito tempo tendo piora, 18,99% adoeceram de repente, 0,56% procuraram atendimento por acidente e 10,06% compareceram por outros motivos.

A média entre o dia da marcação e da consulta foi de 29 dias, sendo que 52,51% dos entrevistados não marcaram consulta e foram atendidos no mesmo dia.

Entre os que marcaram consultas, 85,88% alegaram que a marcação foi num dia e hora adequados e 14,12% alegam terem sido marcados para um dia e hora inadequados. 66,48% das consultas foram marcadas no centro de saúde, 29,05% estavam marcadas desde a consulta anterior, 2,79% das consultas foram marcadas pelo agente de saúde e 1,68% foram marcadas por outras pessoas. 78,77% dos entrevistados alegam não terem sido informados sobre a possibilidade de alterarem a hora e data das consultas enquanto 21,23% alegam terem sido informados dessa possibilidade.

A média do tempo de espera foi de 22:11 minutos. Entre os entrevistados que tinham sua consulta previa-

mente agendada, 26,82% foram atendidos na hora marcada, 20,11% não foram atendidos na hora marcada e 53,07% não tiveram suas consultas marcadas. Nesse sentido, 2,23% dos pacientes entrevistados pensam que esperaram muito para o atendimento, mas tiveram explicação sobre a espera, 10,06% pensam que esperaram muito, mas não tiveram qualquer explicação sobre o motivo da demora e gostariam de ter recebido essa informação, enquanto 6,7% pensam que esperaram muito, não tiveram explicação, mas entendem o motivo da demora, e apenas 1,68% pensam que não esperaram muito. Para o restante, essa informação não se aplica, pois não tiveram suas consultas marcadas ou não tiveram que esperar.

Na classificação subjetiva da saúde, 8,94% dos entrevistados consideraram sua saúde como ótima, 7,82% como muito boa, 40,22% como boa, 39,66% como regular e 3,35% como ruim.

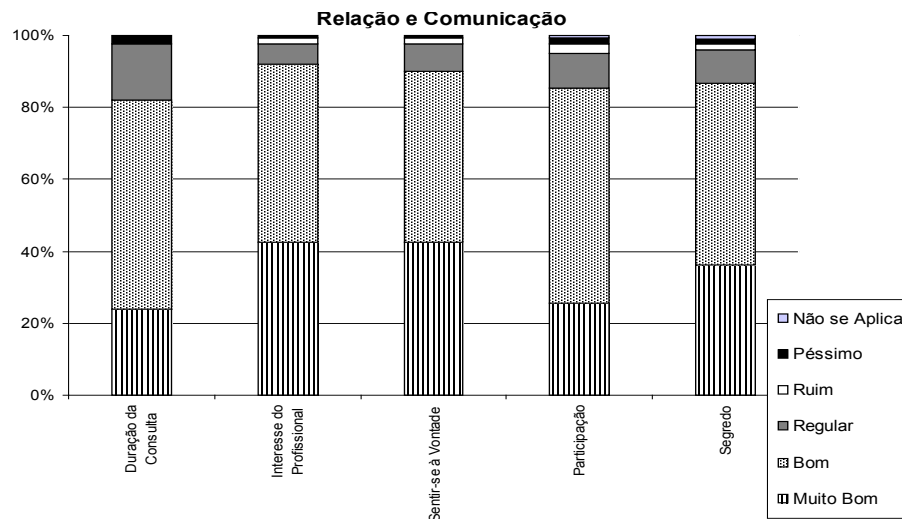
As variáveis utilizadas para avaliar o grau de satisfação do usuário em relação ao serviço da unidade de saúde foram separadas em cinco dimensões.

**Indicador chave: relação e comunicação**

Refere-se à relação e comunicação do profissional de

saúde da família com o paciente. Os resultados seguem no gráfico.

**Figura 1 -** Indicador chave: relação e comunicação.



Fonte: dados da pesquisa.

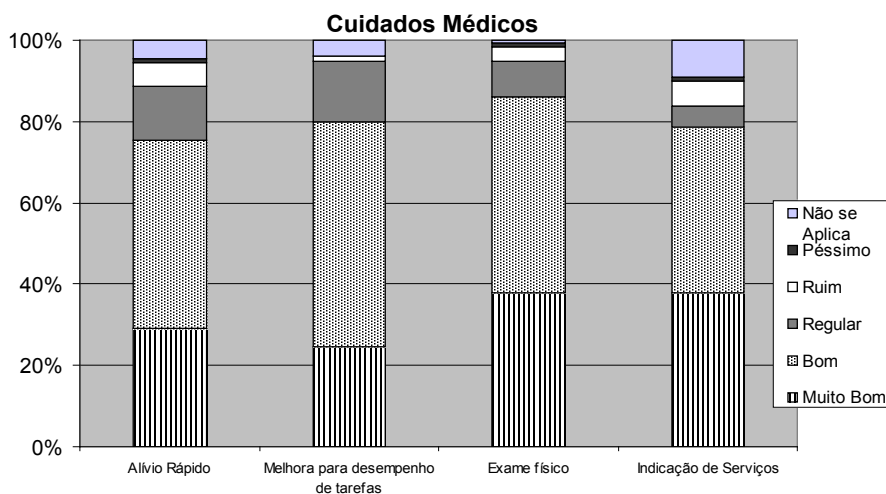
Observando-se os dados apresentados na Figura 1, podemos avaliar uma resposta positiva relacionada à rela-

ção médico-paciente, com predomínio da avaliação entre “Muito bom” e “Bom” em todos os parâmetros.

**Indicador chave: cuidados médicos**

Refere-se à qualidade dos cuidados médicos do ponto de vista técnico, na perspectiva do usuário. Os resultados estão no gráfico a seguir.

**Figura 2 -** Indicador chave: cuidados médicos.



Fonte: dados da pesquisa.

Nessa dimensão, obteve-se grande satisfação do usuário, com respostas entre “Muito Bom” e “Bom” correspondendo a mais de 70% dos preenchimentos. Nota-se, dessa maneira, que a qualidade do atendimento médico

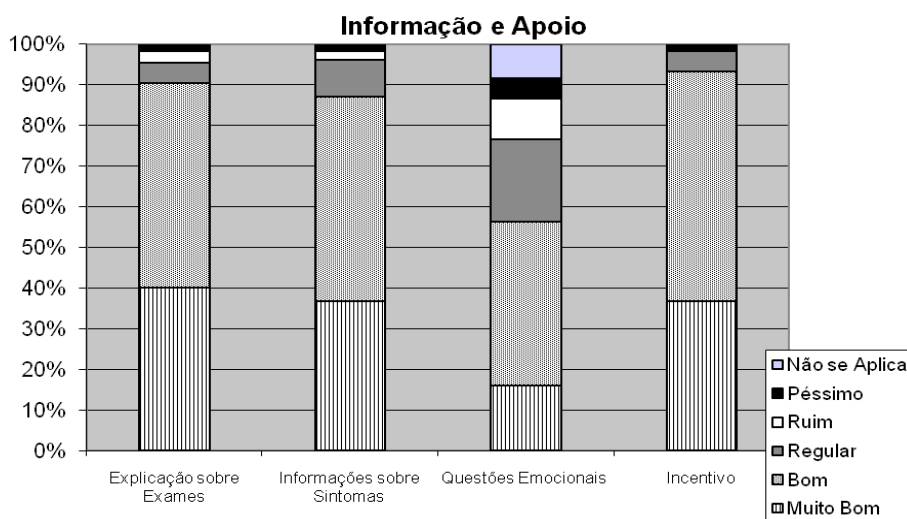
é um importante ponto de avaliação da satisfação do usuário, uma vez que um atendimento ofertado com qualidade gera um impacto positivo na avaliação do serviço de saúde.

**Indicador chave: informação e apoio**

Refere-se às informações fornecidas durante a consulta,

esclarecimento de dúvidas, assim como o apoio individual dispensado ao paciente. A seguir, os resultados obtidos.

**Figura 3 -** Indicador chave: informação e apoio.



Fonte: dados da pesquisa.



Observando-se a figura 3, os fatores relacionados ao cuidado médico, como as orientações pertinentes aos sintomas e tratamento, tiveram grande aprovação pelos usuários, com predomínio de respostas entre “Muito bom”

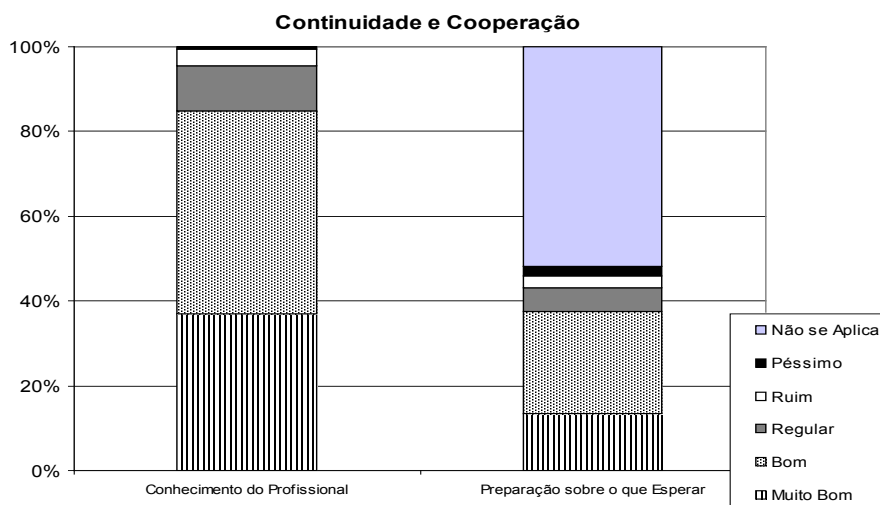
e “Bom”. Entretanto, no que diz respeito à abordagem de questões emocionais do paciente, as respostas regular – 31,03%, ruim – 10,34%, péssimo – 6,90% somaram valores muito altos.

**Indicador chave: continuidade e cooperação**

Esta dimensão diz respeito à continuidade e coopera-

ção do profissional em relação ao paciente. Os resultados seguem no gráfico.

**Figura 4 -** Indicador chave: continuidade e cooperação.



Fonte: dados da pesquisa.

Observando-se os dados apresentados na Figura 4, nota-se que o conhecimento do profissional médico em relação ao paciente, utilizando-se da continuidade do atendimento e auxílio dos dados contidos em prontuários, fora muito bem avaliada, com valores superiores a 80% relacionados aos critérios “Muito Bom” e “Bom”. Esse resultado pode ser facilitado pela avaliação de usuários atendidos na unidade de saúde em período superior a um ano, o que permite maior conhecimento do caso e fortalecimento da continuidade do cuidado ao paciente. Além disso, reforça-se aqui a importância de existirem meios de registro de informações eficazes, de modo a permitir que todos os dados sejam corretamente registrados em pron-

tuários e devidamente acessados, quando necessário.

Por outro lado, observamos aqui a grande porcentagem de respostas correspondendo ao critério “Não se Aplica” (cerca de 53%), quando avaliado o parâmetro de orientação e encaminhamento a outros serviços, o que não revela grande demanda por serviços de maior complexidade. Assim sendo, esse dado corrobora a importância da Estratégia Saúde da Família 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.

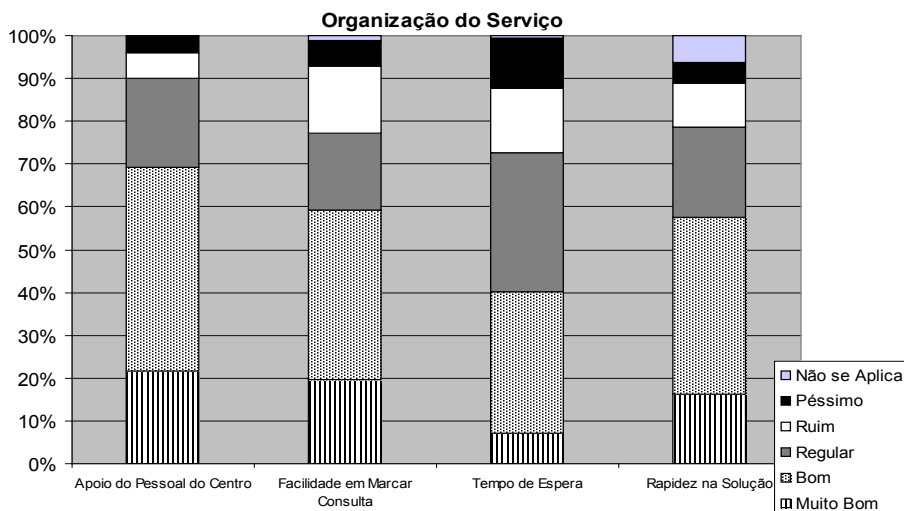
**Indicador chave: organização dos serviços**

A quinta dimensão avaliou a organização dos serviços, abrangendo a opinião do usuário em relação à organização em geral, marcação de consultas e tempo de espera. Os resultados estão na figura 5, a seguir.

Observando-se a Figura 5, pode-se ver que, quando avaliada a organização dos serviços, as respostas “Regular”, “Ruim” e “Péssimo” prevalecem em todas as questões dessa dimensão. Esse grupo de parâmetros visa avaliar a estrutura organizacional da unidade que, por sua vez, tem importante impacto na avaliação do usuário no que diz res-

peito ao cuidado oferecido, já que faz parte de todo o processo por que passa o paciente para o atendimento médico.

**Figura 5 -** Indicador chave: organização do serviço.



Fonte: dados da pesquisa.

Podemos sintetizar a satisfação do usuário segundo os diversos parâmetros avaliados, na tabela que se segue.

**Tabela 1 -** Comparativo de indicadores chaves de satisfação de usuários da ESF, Rio de Janeiro, 2010.

Índice Bom/Muito Bom por Indicador Chave	%
Relação e Comunicação	81,81%
Informação e Apoio	84,48%
Cuidados Médicos	77,59%
Continuidade e Cooperação	83,10%
Organização do Serviço	60,01%

Fonte: dados da pesquisa.

Os índices alcançados nessa investigação podem ser considerados altos. Quando comparados com a aplicação do Europep em Portugal, verifica-se que naquele país, a distribuição de respostas Bom e Muito Bom ficou em torno de 70% para os itens da dimensão Relação e Comunicação, em torno de 60% para os itens das dimensões Informação e Apoio, Cuidados Médicos e Continuidade e Cooperação e 40% na dimensão organização do serviço.<sup>12</sup> Essa disparidade de resultados, por certo, não se relaciona com a qualidade efetiva dos serviços em Portugal e Brasil, mas, certamente, tem relação com o grau de expectativas e experiências distintas dos usuários dos serviços em realidades distintas.

## CONCLUSÃO

A Estratégia de Saúde da Família consolidou-se como a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica, fundamentando seus objetivos principais na prevenção, promoção e recuperação da saúde, orientada para o indivíduo e à família, no intuito de oferecer cuidado contínuo e integrado.

Assim sendo, a consolidação dessa Estratégia trouxe a necessidade de avaliação e qualificação da atenção básica ofertada à população, tornando fundamentais o desenvolvimento e a implementação de ferramentas que permitissem avaliar, de maneira permanente, os serviços ofertados, assim como orientar, de maneira eficaz, o processo decisório, no intuito de melhorar os resultados e a qualidade da atenção à população assistida.

Considera-se que a avaliação da satisfação do usuário desempenhe um importante papel na medida de resultados, relacionada com a melhoria do estado de saúde. Além disso, a satisfação do paciente é medida útil na avaliação da relação médico-paciente, assim como o registro de sua opinião pode ser utilizado como importante ferramenta no entendimento e busca de soluções para organizar os serviços e orientar a prestação do cuidado. Dessa maneira, tendo em vista que o cuidado ao usuário é um dos principais e mais importantes produtos da assistência oferecida, torna-se imprescindível avaliar a sua satisfação.

Assim sendo, fundamentando-se nesses princípios e na realidade de que a avaliação sob a perspectiva do usuário

é, ainda, escassa no Brasil, o presente trabalho consistiu na estruturação de um instrumento para avaliar a satisfação do usuário, relacionada à qualidade da Estratégia de Saúde da Família.

As metodologias empregadas no estudo demonstraram viabilidade de aplicação, com a necessidade de pequenas adaptações para que possam ser efetivamente implementadas.

No que diz respeito ao preenchimento realizado com o auxílio de entrevistadores, observamos que a satisfação do cuidado prestado na unidade avaliada é, em geral, de grande aprovação, revelando o cuidado médico como principal parâmetro de satisfação na maioria das variáveis analisadas. Nas variáveis relacionadas ao Centro de Saúde e seus serviços associados, observou-se uma pequena queda no índice de aprovação, demonstrando necessidade de dar enfoque e atenção a esse quesito.

Em relação à metodologia alternativa de autopreenchimento, observamos que algumas falhas e dificuldades foram encontradas para o sucesso de sua aplicação o que, no entanto, não inviabiliza a sua aplicação prática. Revela, porém, a necessidade de se adaptar o instrumento, no intuito de facilitar seu preenchimento sem o auxílio de entrevistadores. Além disso, demanda também a confecção de um recipiente de depósito permanente para que os questionários possam ser devolvidos de maneira correta ao centro de saúde.

O presente trabalho foi capaz de demonstrar a importância de se avaliar a satisfação do cuidado sob a perspectiva do usuário e a aplicabilidade prática do instrumento de avaliação desenvolvido. Dessa maneira, outras metodologias podem ser futuramente avaliadas, no intuito de encontrar maneiras viáveis e fidedignas de avaliação, para que se possa disponibilizar de forma contínua essa importante ferramenta de melhoria de resultados.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 648/2006 - PNAB. Brasília: MS; 2006.
2. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)-Saúde. Brasília; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria PMAQ. Brasília: MS; 2011.
4. Fitzpatrick R. 1991. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *Brit Med J.* 1991; 302:887-9.

5. 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, Lisboa; 2007.

6. Valentine NB, Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CL, 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.

7. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care). Questionário Versão número 3. Lisboa; 2003.

8. Kloetzel K, Bertoni A M, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. 1998. Controle de qualidade em Atenção Primária à Saúde: a satisfação do usuário. *Cade Saúde Pública.* 1998; 14(3): 623-8.

9. Esperidião M. Avaliação da satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(Sup):303-12.

10. Pisco L. A voz dos utentes dos Centros de Saúde – Avaliação da Satisfação. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(Sup):303-12.

11. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med.*1992; 14(3): 236- 49.

12. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde – A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde. Lisboa; 2005.

---

Submissão: abril/2012

Aprovação: outubro/ 2012

---