

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO
DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO IMIP, EM RECIFE.**

Bárbara Pereira Gomes Novais¹, Larissa Cavalcante Bomfim², Heitor Tavares Santos³, Hugo Moura de Albuquerque Melo⁴, Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva⁵, Luciana Santos Dubeux⁶.

1. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) do curso de Medicina.
Aluna bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) do IMIP.
2. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) do curso de Medicina.
3. Aluno da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) do curso de Medicina.
4. Médico Residente de Geriatria do IMIP e Aluno do Mestrado em Cuidados Paliativos do IMIP.
5. Doutora em Tocoginecologia pela Universidade de Campinas (UNICAMP).
Professora da pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Professora da Faculdade Pernambucana de Saúde.
6. Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.
Docente do Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a satisfação dos usuários do SAD administrado pelo IMIP, Recife-PE. **Metodologia:** estudo descritivo, corte transversal, no SAD IMIP, a partir de entrevista com questionário de avaliação da satisfação do paciente (EORTC IN-PATSAT32), em livre adaptação à AD. **Resultados:** 22 usuários foram entrevistados. Os demais foram excluídos por não preencherem os critérios para participação. Com relação à satisfação aos cuidados recebidos dos médicos, a média variou de 76,56 a 95,31, tendo como média geral de 88,67. A respeito dos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem a média variou de 80,47 a 94,27, com uma média geral de 89,26. Com relação à satisfação com os aspectos organizacionais e serviços, a média variou entre 71,88 e 92,19, com uma média geral de 85,07. Também foi avaliada a satisfação do serviço como um todo, obtendo-se uma média de 89,6. **Conclusão:** Os usuários do SAD IMIP estão, no geral, satisfeitos com o programa e com o desempenho dos profissionais que os assistem.

Palavras-chave: avaliação; satisfação; assistência domiciliar.

ABSTRACT

Objectives: Assess patients' satisfaction in regarding to Home Care, managed by IMIP, Recife-PE. **Methods:** A descriptive and cross-sectional study was performed. Patients were interviewed using a standard questionnaire (EORTC IN-PATSAT32), with free adaptation to Home Care. **Results:** 22 users were interviewed. The others were excluded for failing to comply the inclusion criteria. Regarding satisfaction with the care received from physicians, the average ranged from 76.56 to 95.31 with the

overall average of 88.67. In the same way, the care received by nursing staff the average ranged from 80.47 to 94.27, with an overall average of 89.26. Finally, the satisfaction with the organizational aspects and services, the average ranged between 71.88 and 92.19, with an overall average of 85.07. We also analyzed the overall service satisfaction, yielding an average of 89.6. **Conclusion:** Patients in Home Care to IMIP are, in general, satisfied with the program and the performance of the professionals who assist them.

Key-words: satisfaction; home nursing; evaluation.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a primeira referência de AD foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência criado em 1949, inicialmente ligado ao Ministério do Trabalho. Entretanto, foi na cidade de São Paulo em 1968, no Hospital do Servidor Público Estadual, que surgiu o primeiro Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) estruturado e que tinha o objetivo de reduzir a necessidade de internamento e permanência hospitalar, otimizando o uso de leitos hospitalares, que já se encontravam escassos na época¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Assistência Domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos”².

Segundo OMS a AD é a que melhor representa a assistência em domicílio, sendo definida como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em ambiente domicíliar³.

O SAD é definido como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP). Deverá ter como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por

atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários⁴.

Tendo em vista o usuário como um dos pilares do programa, a avaliação do serviço sob sua ótica se torna peça fundamental no processo de consolidação do SAD.

O conceito de satisfação pode ser visto como uma atitude, uma resposta efetiva relacionada com os atributos da prestação de cuidados e com a avaliação que o usuário faz desses atributos, ou como uma reação emocional que reflete o quanto o cliente gostou ou não do serviço que recebeu⁵. Mas a satisfação não é apenas uma atitude, mas também é simultaneamente emoção e sentimento, e tudo isto pode de fato ser verbalizado, medido e quantificado através de uma opinião⁶.

Em revisão de literatura realizada, foi concluído que, entre as opções para mensuração de resultados, a mais comumente usada era a satisfação do usuário, entretanto, apesar de largamente aplicada, existe pouca explicação e consenso geral a respeito do conceito⁷.

Os SAD devem desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do usuário. Sugere-se que elas possam ser realizadas pela gestão municipal ou em parceria com as instituições de ensino. É destacado que essas pesquisas devem levar em conta o contexto socioeconômico e cultural da comunidade como critério de validade mais aproximado possível da realidade estudada⁸.

Desse modo, entende-se como fundamental o conhecimento da satisfação dos usuários atendidos no SAD como um indicador de resultado para o funcionamento do programa. Com isso, pretende-se contribuir para o melhor conhecimento e melhoria desse cuidado à população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado em corte transversal no SAD administrado pelo IMIP, em Recife nos distritos sanitários I e VI. Na época do trabalho, o IMIP tinha gestão sobre 02 equipes, acompanhando até 60 pacientes por EMAD. O estudo foi realizado no período de agosto a dezembro de 2013 em caráter censitário, a partir de inquérito direto.

Para poder responder à pesquisa, o usuário deveria estar cadastrado no SAD assistido por uma das equipes do IMIP em atividade na cidade do Recife, tendo ao menos três meses de participação no programa para integrar o estudo.

Foram excluídos da pesquisa aqueles usuários que recusaram receber o entrevistador e/ou assinar o termo de consentimento para participação na pesquisa, assim como os usuários incapacitados para responder aos questionamentos por déficit neurológico que impossibilitasse a compreensão das questões e/ou limitação funcional que não permitisse resposta.

A satisfação dos usuários foi descrita através de entrevista com questionário baseado em instrumento de avaliação da satisfação do paciente sob internamento hospitalar (EORTC IN-PATSAT32)⁹, em livre adaptação à AD.

^[1]_[SEP] Este instrumento pede ao usuário que, a partir das interações vividas durante o acompanhamento, classifique cada um dos 32 itens apresentados numa escala de Likert de cinco pontos: muito pobre, pobre, bom, muito bom e excelente. A resposta é posteriormente convertida numa pontuação de um a cinco pontos, correspondendo a maior pontuação a maiores níveis de satisfação. ^[1]_[SEP] Apesar de ser um instrumento de avaliação relativamente recente, o EORTC IN-PATSAT32 tem demonstrado possuir a robustez necessária à sua utilização em investigação científica, tendo em vista sua

validação em estudo internacional, de relevância científica e sua aplicação em vários trabalhos subsequentes^{9,10}.

A digitação no banco de dados específico criado no programa Epi-Info 7.0 foi realizada duas vezes, em épocas e por pessoas diferentes, obtendo-se ao final uma listagem para correção de eventuais erros de digitação.

A análise dos resultados da escala de avaliação de satisfação, fornecida pela EORTC foi feita de acordo com as indicações do EORTC Scoring Manual (2001), também fornecido pela Organização, pelo qual se procedeu à aplicação da seguinte fórmula matemática: $((\text{rawscore} - 1)/\text{range}) * 100$. Nesta fórmula, o “rawscore” é a média aritmética dos vários itens que compõem cada uma das várias subescalas, enquanto o “range” é a diferença entre o máximo valor possível e o mínimo valor possível para cada um dos itens.

Através da aplicação desta fórmula matemática obtêm-se scores médios, que foram calculados com a utilização do programa EPI-INFO 7.0. Os scores médios variam sempre entre 0 e 100. Um score elevado significa que o indivíduo se sente muito satisfeito com os cuidados recebidos em relação a essa subescala.

RESULTADOS

Em agosto de 2013, quando o levantamento foi realizado, havia 90 pacientes em acompanhamento pelo SAD IMIP. Destes, apenas 22 foram entrevistados. Os demais foram excluídos por não preencherem os critérios para participar do estudo.

Com relação à satisfação aos cuidados recebidos do médicos, a média variou de 76,56 a 95,31, tendo como media geral de 88,67. A respeito dos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem a média variou de 80,47 a 94,27, com uma média geral de 89,26. Com relação à satisfação com os aspectos organizacionais e serviços, a média variou entre 71,88 e 92,19, com uma média geral de 85,07.

Também foi avaliada a satisfação do serviço como um todo, obtendo-se uma média de 89,6.

Tabela 1. Avaliação EORTC IN-PATSAT32 adaptado para Atenção Domiciliar. Recife, 2014.

Avaliação do EORTC IN-PATSAT32	Recife (IMIP)			
	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo
A habilidades interpessoais médicos	90,10	6,77	100,00	,00
A habilidades técnicas médicos	95,31	3,40	100,00	50,00
A informação médicos	92,71	3,72	100,00	58,33
A disponibilidade médicos	76,56	8,61	100,00	,00
geral satisfação com médicos	88,67	4,01	96,88	45,83

B habilidades interpessoais	90,62	5,04	100,00	50,00
enfermeiros				
B habilidades técnicas	94,27	2,92	100,00	66,67
enfermeiros				
B informação enfermeiros	91,67	4,03	100,00	50,00
B disponibilidade enfermeiros	80,47	7,82	100,00	,00
geral satisfação com enfermeiros	89,26	3,92	100,00	57,29
C informação	91,67	3,80	100,00	50,00
C tempo de espera	71,88	9,65	100,00	,00
C acesso	84,38	5,87	100,00	25,00
C comunicação	92,19	4,40	100,00	50,00
C conforto limpeza	81,25	7,40	100,00	25,00
C satisfação geral	89,06	6,83	100,00	,00
geral satisfação com cuidados	85,07	4,46	92,36	54,17

DISCUSSÃO

Observamos neste estudo que a média em relação à satisfação aos cuidados recebidos do médicos (88,67), aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem (89,26) e com relação à satisfação com os aspectos organizacionais e serviços (85,07) foi elevada, assim como a média de todos estes aspectos avaliados em conjunto (média geral/89,6). Dessa forma de acordo com os resultados encontrados, os pacientes dos SAD se mostraram satisfeitos com o serviço prestado.

A satisfação do usuário vem sendo discutida há muito tempo, mas nas últimas décadas iniciaram as pesquisas sobre avaliação, com foco principalmente no

atendimento (REF 20). Dessa forma, os fatores que influenciam esta satisfação ainda merece estudos futuros. Observamos uma elevada satisfação do usuário em nosso estudo e alguns fatores podem estar relacionados com estes achados. Primeiramente, é importante lembrar que Fatores socioeconômicos têm influência direta na visão do usuário sobre sua maneira de avaliar a qualidade dos serviços, pois a convivência com ausência de recursos pode gerar a sensação equivocada de bem estar, mesmo com serviços de baixa qualidade, apenas pelo fato de ter a garantia de prestação de serviços.¹² Alguns autores acreditam que a satisfação do paciente com a assistência a saúde recebida sofre a influência direta de questões sócio-demográficas, principalmente no que se refere a renda familiar e nível sócio-econômico (REF 21)¹¹.

Outro fator que parece estar associado a satisfação do usuário é a acessibilidade ao serviço. Em nosso estudo não realizamos esta avaliação, dessa forma a falta de acesso ao serviço pode ser um dos fatores para explicar a ausência de avaliações mais elevadas. Segundo alguns estudiosos do assunto, a satisfação do usuário encontra-se intimamente relacionada com a facilidade de acesso ao profissional de saúde e aos serviços prestados (REF22).

Além disso, precisamos citar que a satisfação com os aspectos organizacionais e serviços foi inferior que a satisfação com os profissionais de saúde, refletindo a necessidade de implementar melhorias estruturais que encontram-se além do serviço de saúde propriamente dito e caminha para a necessidade de uma mudança governamental como um todo, levantando questões como políticas sociais mais abrangentes.

Entretanto, algumas limitações da avaliação da satisfação devem ser questionadas. Primeiramente é importante lembra que enquanto medida de qualidade, os pacientes possuem compreensão incompleta da ciência e tecnologia da atenção,

podendo emitir um juízo inadequado, além disso, nem sempre as expectativas do paciente em relação ao profissional são corretas¹³.

Com relação à equipe do SAD, tanto os enfermeiros quanto os médicos, receberam boas avaliações nos quesitos: habilidades interpessoais, habilidades técnicas e informação, refletindo uma boa satisfação geral nos usuários. No entanto, ambos os grupos tiveram no quesito “disponibilidade” as menores médias: 76,56 e 80,47, para os médicos e enfermeiros, respectivamente. Em disponibilidade, os pacientes foram questionados em relação à frequência e duração das visitas médicas. Isso mostra que, talvez, exista a necessidade de visitas mais frequentes e efetivas. Outro ponto que poderia estar relacionado a isto é a quantidade de equipes. No SAD IMIP, dispomos de 2 equipes multidisciplinares, cada uma responsável por 60 pacientes, o que nos leva a questionar se esta quantidade de equipes é suficiente para atender adequadamente a população.

Como limitação do estudo tem-se a escassez de instrumentos validados para avaliação da satisfação do usuário, prejudicando a coleta de evidências em relação ao tema, com reduzida possibilidade de comparação entre as pesquisas. A maioria dos pesquisadores do tema desenvolveu seus próprios instrumentos de medida, sem uma descrição detalhada dos procedimentos adotados¹⁴, dificultando a avaliação sobre a eficácia dos mesmos¹¹. As pesquisas sobre satisfação do usuário com os serviços de atenção domiciliar recaem sobre as mesmas limitações: não há uma definição uniforme, nem consenso relativo à melhor forma de mensurá-la¹⁵. Além disso, apenas 24,4% dos usuários respondeu ao instrumento. As principais causas para o alto índice de perdas foram limitações neurológicas, como sequelas de acidentes vasculares, que impossibilitaram a compreensão e/ou resposta e o difícil acesso das residências, não

sendo possível visitas a todos os usuários no período de eleição para a coleta dos dados.

Conclui-se, desse modo, que os usuários do SAD IMIP estão, no geral, satisfeitos com o programa e com o desempenho dos profissionais que os assistem. Contudo, o tempo de espera para admissão, tratamentos e exames poderia ser otimizado, o que pode denotar uma sobrecarga de demandas em relação à capacidade de resolução.

BIBLIOGRAFIA

1. Leme LEG, Dias MHMS. Serviço de Assistência Domiciliária: objetivos, organização e resultados. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 683-700.
2. World Health Organization (WHO). The World Health Report – changing history, 2004. Acesso em: 13 dez 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2004/en/>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006 Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 20 dez. 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, que define ações de cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, vinculados à Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Duarte M. A satisfação dos utentes em relação às amenidades (estudo nos serviços de internamento de cirurgia II, medicina II, ortopedia I, e obstetria dos hospitais da Universidade de Coimbra); Lisboa; Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do XXVIII curso de especialização em administração hospitalar, não publicada. 2000.
6. Graça L. A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Lisboa; Direcção Geral de Saúde. 1999.
7. Thomas LH, Bond S. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. Int. J. Nurs. Stud., v.28, n.4, p.291-314, 1991.

8. Brasil. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar – 2012. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa.
9. Bredart A et al. An international prospective study of the EORTC cancer inpatient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *European Journal of Cancer* 41 (2005) 2120–2131.
10. Martins JCA. Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. *Referencia* 2009 mar;II(9). Acesso em: 03 abr 2013. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2009/9-4149.php>>.
11. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. Citado em: 04 Abr 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500031&lng=en.
12. Morsch P, Bordin R. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, sul do Brasil. *Rev HCPA* 2009;29(3).
13. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB Qual. Rev. Bull.*, v.12, n.3, p. 99-108, 1986.
14. Leichner P, Perrealut M. Developpement et validation d'une echelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie – Rapport Final. Société Canadienne d'Évaluation, Montréal. 1990.
15. Lowe TJ, Lucas JA, Castle, NG, Robinson JP, Crystal S. Consumer satisfaction in long-term care: State initiatives in nursing homes and assisted living

facilities. *Gerontologist*, 43, 883–896. 2003.

16. Vaistman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):599-613.
17. Lopes RM, Vieira da Silva LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 2):S283-97.