

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário”

por

Marcele Bocater Paulo de Paiva

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Rio de Janeiro, maio de 2013.

Esta dissertação, intitulada

“Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário”

apresentada por

Marcele Bocater Paulo de Paiva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 29 de maio de 2013.

Agradecimentos:

Foram dois anos de uma intensidade difícil de expressar por inúmeras razões. Porém, foram anos de muito aprendizado.

Por isso gostaria de agradecer aqueles que me possibilitaram concluir essa etapa:

Ao meu orientador Walter Mendes, por sua indiscutível e sempre presente gentileza. Por sua disponibilidade, compreensão e orientação indispensáveis à minha formação;

Às minhas amadas filhas que são meus maiores projetos de vida pelo carinho, compreensão e por me ensinarem que estamos juntas em todos os desafios, enfrentando-os com delicadeza: Maria Clara e Maria Eduarda;

Ao meu pai, Mario, por sua enorme compreensão, companheirismo e apoio durante toda essa jornada assim como foi durante toda vida;

À minha mãe, Ragilda, por todo seu amor e apoio durante toda a minha trajetória de vida;

À D. Leila que tanto me apoiou para que eu pudesse concluir o mestrado, me substituindo como mãe tantas e tantas vezes, apoio sem o qual não teria concluído essa etapa;

À minha querida amiga e companheira de trabalho, Ana Laura, pelo apoio, incentivo e amizade que foram fundamentais para toda essa etapa;

Ao meu amado companheiro, Wilson, por todas as contribuições, apoio incansável, conversas, escutas e trocas sem as quais não teria concluído essa etapa;

À equipe do PJG, em especial a Dulce e Silvana, que me apoiaram durante todo o mestrado;

À equipe do Heitor Beltrão, incluindo os residentes, em especial a companheira de trabalho Regina por todo apoio;

Aos amigos: Valeska, Mellina, Alex, Julio, Sabrina, Marcelo Suderio, Thiago e Debora que muito me ajudaram nesse trabalho;

Aos companheiros de sala do mestrado que me ajudaram em momentos especialmente difíceis dessa trajetória, Carolina, Jorge e Mariana;

À Ana Luiza pelo apoio e horas de estudo e incentivo;

À Beatriz pelo apoio e acolhimento durante toda essa trajetória e por ter me ensinado a não desistir;

Ao Cadu pelo apoio de tantos anos e tanta contribuição na minha trajetória;

Aos usuários por terem sido motivação do meu trabalho, em especial aos do PJG, dentre estes gostaria de agradecer a: Sonia Maria, Leandro, Alexandra e Moises que me ajudaram a vivenciar o vínculo terapêutico, a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Resumo

A avaliação pela perspectiva do usuário é uma parte essencial das avaliações dos serviços de saúde. Tem como finalidade conhecer a perspectiva do usuário sobre o cuidado recebido e oferecer subsídios para o serviço aumentar a qualidade do cuidado ofertado. A polissemia conceitual e metodológica sobre esse tema é grande e exige esforços de maior teorização. O objetivo do presente estudo foi contribuir para o desenvolvimento de uma metodologia para avaliar, na perspectiva do usuário, a qualidade dos serviços prestados pela estratégia de saúde da família. Nesse sentido, foi feito um levantamento na literatura sobre as dimensões e instrumentos de avaliação pela perspectiva do usuário para julgamento de especialistas usando a técnica de consenso Delphi. A partir da seleção de elementos de mensuração de nove instrumentos de avaliação pela perspectiva do usuário (PCATools, Europep, PNASS, PMS, Barômetro Sanitário, PMAQ, Toques/IMD, Quote e Grandes Centros Urbanos) foi aplicado o método Delphi para julgamento de suas dimensões e elementos de mensuração. Após duas rodadas de consultas houve consenso entre os especialistas sobre 14 dimensões e 56 elementos de mensuração da avaliação da perspectiva do usuário. As dimensões foram julgadas por grau de relevância, sendo consideradas como mais relevantes: acesso/acessibilidade/disponibilidade, relação profissional-usuário e informação. A presente pesquisa traz como resultados um panorama da metodologia de avaliação pela perspectiva do usuário e forma um importante arcabouço para a construção de um ou mais instrumentos de avaliação baseados na perspectiva do usuário em que o tamanho do instrumento possa ser controlado com base na relevância dos itens.

Sumário

Resumo.....	i
AMQ-Avaliação para a Melhoria da Qualidade.....	vi
1. Introdução	1
1.1. Atenção Primária à Saúde	1
1.2. Estratégia de Saúde da Família	4
1.3. Avaliação em Saúde.....	6
1.4. Qualidade em saúde	8
1.5. A avaliação do serviço pela perspectiva do usuário.....	16
1.6. Teorias e modelos sobre a satisfação ou avaliação pela perspectiva do usuário.....	18
1.7. Conceito de satisfação do usuário	21
2. Objetivo geral.....	30
2.1. Objetivos específicos.....	30
3. Metodologias e Instrumentos de avaliação da qualidade na ESF.....	32
3.1. Acreditação	32
3.2. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – Primary Care Assessment ToolS – Brasil (PCAToolS-Brasil).....	33
3.3. Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ)	36
3.4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	39
3.5. Estudos de Linha de Base (ELB)	41
3.6. Pesquisa Mundial de Saúde (PMS)	42
3.7. A Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Grandes Centros Urbanos – Dez Estudos de Caso	44
3.8. Barômetro Sanitário	47
3.9. QUALITY OF CARE THROUGH PATIENTS' EYES (QUOTE)	48
3.10. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)	49

3.11. Técnica para Orientar a Qualidade e Eficiência dos Serviços de Saúde (Toques)/Instrumento de Melhoria do Desempenho (IMD)	50
3.12. European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)	51
4. Metodologia	59
4.1. Método Delphi	59
4.2. Seleção das dimensões que compõem a satisfação dos usuários	61
4.3. Preparação de consenso com os especialistas	71
4.4. Seleção dos especialistas para reunião de consenso.....	72
4.5. Retorno aos especialistas (segunda rodada)	73
4.6. Modelo de análise das respostas dos especialistas	73
4.7. Retorno dos dados aos especialistas.....	76
4.8. Pré-teste.....	76
4.9. Considerações éticas	77
5. Resultados	78
5.1. Primeira rodada de respostas dos especialistas	79
5.2. Reformulação do questionário e segunda rodada de respostas dos especialistas	81
5.3. Resultados da segunda rodada.....	82
6. Discussão.....	97
6.1. Dimensão Acesso	97
6.2. Dimensão relação profissional-usuário	97
6.3. Dimensão Informação	98
6.4. Dimensão Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/Coordenação	99
6.5. Dimensão Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade	100
6.6. Dimensão Segurança do Paciente	100
6.7. Dimensão Direitos dos Pacientes	101
6.8. Dimensões Orientação Familiar e Orientação Comunitária.....	101
6.9. Dimensão Organização/Estrutura.....	102

6.10. Dimensão Integralidade.....	102
6.11. Dimensão Confiabilidade/Expectativa	103
6.12. Considerações finais.....	103
7. Conclusão.....	105
Referências:.....	107
ANEXO.....	117
ANEXO0: Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	117
ANEXO1: Material de Apoio ao questionário	119
ANEXO2: Retorno da Primeira Rodada Dimensões	121
ANEXO3: Retorno aos Especialistas Elementos de Mensuração Para Segunda Rodada.....	125
ANEXO5: Comentários Especialistas Primeira Rodada.....	139
ANEXO6: Retorno da Segunda Rodada	141
ANEXO7: Comentários dos especialistas na segunda rodada	142
ANEXO 8: Parecer Consubstanciado do CEP-.....	143

Lista de Figuras

Figura 1: Alguns relacionamentos hipotéticos entre características de estrutura, processo e resultado	14
Figura 2: Os atributos da qualidade, por autor e data de publicação.....	15
Figura 3: Modelo teórico da satisfação do usuário.....	20
Figura 4- <i>Dimensões da Satisfação do Usuário e suas Definições</i>	Erro! Indicador não definido.
Figura 5- <i>Dimensões da Satisfação do Usuário e suas Definições - Continuação</i>	Erro! Indicador não definido.
Figura 6- <i>Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário</i>	63
Figura 7- <i>Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário -Continuação</i>	64
8- <i>Média e percentual de concordância por dimensões</i>	Erro! Indicador não definido.
Figura 9	121
Figura 10 - Continuação.....	122
Figura 11	126

Lista de Siglas:

AMS - Assistência Médico-Sanitária

AB- Atenção Básica

APS- Atenção Primária em Saúde

AMQ-Avaliação para a Melhoria da Qualidade

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CBA- Consórcio Brasileiro de Acreditação

COPE- *Client-Oriented, Provider-Efficient Service*

ESF-Estratégia de Saúde da Família

ELB- Estudos de Linha de Base

EUROPEP-*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice*

FIOCRUZ-Fundação Oswaldo Cruz

PCATool- *Primary Care Assessment Tool*

IMD- Instrumento de Melhoria do Desempenho

JCI- *Joint Comission International*

MS-Ministério da Saúde

NESCON-Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva

OMS-Organização Mundial de Saúde

PMS-Pesquisa Mundial de Saúde

PMS-AB- Pesquisa Mundial de Saúde–Atenção Básica

PNASS- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PNAB-Política Nacional de Atenção Básica

PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF- Programa de Saúde Família

PMAQ-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde

QUOTE- *Quality of care through patients' eyes*

SF-Saúde da Família

SESA-CE- Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

TOQUES-Técnica para Orientar a Qualidade e Eficiência dos Serviços de Saúde

URSS-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UB-Unidades Básicas

UBS-Unidades Básicas de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

1. Introdução

1.1. Atenção Primária à Saúde

A Declaração de Alma-Ata, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 1978, constitui um marco para a história da APS, pois apontou a saúde como uma das metas sociais principais no mundo e deu origem à Estratégia Saúde para Todos em 2000 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nessa conferência foi definida a responsabilidade dos governos com a APS, que ganhou caráter central nos sistemas de saúde de países de baixa e média renda e nas estratégias de expansão dos serviços de saúde (KRUK, 2011).

A concepção de “APS ampliada” usada na Declaração de Alma-Ata incluiu a necessidade de oferecer uma resposta aos principais determinantes sociais da saúde, envolvendo amplos setores da sociedade, a prioridade ao acesso e à cobertura universal segundo a necessidade, bem como a ênfase da participação individual e comunitária (VUORI, 1985).

São diversos os conceitos de APS na literatura e, segundo STARFIELD (2002), a APS:

é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à

prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. (STARFIELD, 2002, p.28).

O serviço de saúde orientado para a APS com essa abordagem mais ampla pode ser considerado um fator que contribui para a melhor condição da saúde individual e coletiva. Países que utilizaram a orientação dos serviços para a APS obtiveram melhores resultados em saúde e custos, além de diminuírem as desigualdades de acesso por condições socioeconômicas, com mais efetividade e equidade (STARFIELD, 2002).

Segundo STARFIELD (2002), os atributos característicos da APS podem ser essenciais e derivados. Os atributos essenciais são: o acesso, a continuidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Os atributos derivados são: a atenção centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural. Esses atributos combinados são característicos de sistemas de saúde orientados para APS (STARFIELD, 2002).

Os atributos essenciais podem ser definidos como:

- atenção ao primeiro contato: constitui o primeiro contato ou uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema. Entende-se que o profissional/serviço é a porta de entrada para o sistema de saúde, exceto para os casos de emergências, e cabe a ele resolver o problema ou servir como facilitador no direcionamento do paciente para outros níveis de atenção. Esse atributo engloba acessibilidade e o acesso;
- longitudinalidade: é compreendida como uma fonte continuada de cuidado que deve ser utilizada ao longo do tempo, mesmo na ausência de doença. O uso regular deve se refletir em uma relação interpessoal que expresse a confiança recíproca entre os usuários e os profissionais de saúde. Pressupõe a adesão de uma população, o conhecimento do paciente e do seu meio social, a extensão e a força da relação com os pacientes, não importando o tipo de atenção;
- integralidade: refere-se à existência de uma ampla gama de serviços na APS, buscando responder às mais variadas necessidades em saúde. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Incluem-se aqui as ações que não estão disponíveis nos serviços de APS e requerem encaminhamento a outros níveis de atenção;

- coordenação da atenção: consiste na continuidade do cuidado que o paciente venha a obter em outros serviços e a integração e coordenação destes com os cuidados primários (STARFIELD, 2002).

Os atributos derivados da atenção primária podem ser definidos como:

- centrado na família: é o conhecimento das famílias, dos seus membros e fatores familiares relacionados à gênese e ao tratamento das doenças;
- orientado para a comunidade: corresponde ao conhecimento das necessidades de saúde da população, determinantes da saúde e potencialidades da mesma, bem com o envolvimento comunitário da unidade;
- competência cultural: compreende a capacidade de adequação do serviço às necessidades culturais e especiais da comunidade e às necessidades especiais derivadas desta (STARFIELD, 2002).

Os aspectos essenciais não exclusivos da APS são: formato do prontuário médico, continuidade da atenção, comunicação profissional-paciente, qualidade clínica da atenção e proteção dos pacientes (STARFIELD, 2002; STARLEN et al., 2008).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) denomina a APS de Atenção Básica (AB):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, (...) pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da

participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (PNAB, 2012, p.19).

A APS no Brasil é realizada nas unidades básicas tradicionais, de origem principalmente municipal e através de serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF foi definida pelo Ministério da Saúde e por gestores municipais e estaduais como estratégia para expansão, qualificação e consolidação da APS no país como porta de entrada no sistema (PNAB, 2012).

1.2. Estratégia de Saúde da Família

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi oficializado nacionalmente com o objetivo geral de promover a saúde, prevenir, diagnosticar precocemente e tratar doenças e recuperar a saúde. Dirigido aos indivíduos, à família e para a continuidade da atenção do recém-nascido ao velho, dos sãos aos enfermos, o PSF buscava maior integração com a comunidade, de forma integral e contínua (MS, 2003). O Programa evoluiu, tornando-se uma política do Estado brasileiro, denominada Estratégia de Saúde da Família (SAMPAIO et al., 2012).

Desde a segunda metade dos anos 1970 e na década de 1980, diversas experiências de atenção primária foram criadas e algumas permanecem até os dias de hoje. Entre elas, destacam-se: a Medicina Geral e Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e o Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre (RS); o Programa de Médico de Família, de Niterói (RJ) e de São Paulo (SP); o projeto de equipes de Saúde da Família, em Quixadá (CE); e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SAMPAIO et al., 2012).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) nasceu no Ceará em 1987 como um programa de caráter emergencial que visava à redução da mortalidade infantil. Devido ao seu sucesso, após um ano de implantação foi transformado em um programa permanente. Em 1991, o PACS foi expandido para todos os Estados do Nordeste e posteriormente para todo o Brasil (SAMPAIO et al., 2012).

A implantação de equipes de saúde da família teve papel central na reformulação do sistema assistencial e de qualificação da APS (MS, 2003). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF constituiu estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica no SUS. Os princípios do SUS – acessibilidade, universalidade e equidade são norteadores da ESF. A ESF privilegia a participação popular e o controle social, favorece a municipalização e busca fortalecer os atores locais para que organizem os sistemas regionais, enriquecendo a discussão da realidade dos serviços e aproximando atores com realidades parecidas (MS, 2003; PNAB, 2012).

Os fundamentos e as diretrizes da atenção básica são orientadores no processo de qualificação da ESF. Entre essas diretrizes, destacam-se:

- adscrição do território;
- acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos;
- adscrição de usuários, como ferramenta do vínculo e da longitudinalidade;
- coordenação da integralidade em diversos aspectos, por exemplo: entre promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, em relação à interdisciplinaridade;
- estímulo à participação dos usuários na elaboração e enfrentamento do seu plano terapêutico: como forma de ampliar a autonomia e capacidade dos usuários na construção do cuidado a sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (PNAB, 2011).

Uma mudança perseguida pela ESF baseada no conceito de saúde mais ampliado é a integração das práticas de prevenção e promoção da saúde com as práticas assistenciais de forma contínua e resolutiva (CAMPOS, 1997). Essa perspectiva é um desafio para as equipes, que precisam buscar a intersetorialidade, a fim de alcançar bons indicadores de qualidade de vida e da saúde da população acompanhada.

As unidades de ESF vêm sendo implantadas velozmente, o que gera a necessidade de avaliar os aspectos dessa implantação. Dessa forma, tornam-se necessários o desenvolvimento e a institucionalização de ferramentas que permitam avaliar a ESF continuamente, para orientar o processo decisório e melhorar os resultados da saúde da população.

1.3. Avaliação em Saúde

No Brasil, a avaliação sistemática dos serviços de saúde para subsidiar decisões de gestores em estratégias de intervenção, definição de prioridades e reorientação de práticas, ainda que tenha se difundido nos últimos anos, é pouco frequente (SILVA, 1994).

O conceito de avaliação em saúde varia ao longo da história e também de acordo com o autor. Para a maioria deles, a avaliação em saúde envolve a emissão de um julgamento e destacam-se quatro gerações, conforme descrito a seguir (GUBA e LINCOLN, 1989; CHAMPAGNE et al., 2011).

A primeira geração da avaliação caracterizou-se pela mensuração. A segunda geração foi marcada pela descrição, em que os avaliadores respondiam em que medida os objetivos tinham sido alcançados e posteriormente forneciam a informação necessária ao aprimoramento do sistema. Nessa geração se delineou a diferença entre “medida” e “avaliação”. O avaliador passou a ter mais funções do que um mero técnico.

A terceira geração da avaliação foi marcada pelo julgamento. Ao avaliador foi concedida a função de juiz, sem contudo que este abrisse mão da prática de mensuração e descrição. Iniciou-se a institucionalização da avaliação como prática profissionalizada e foram incorporados os contextos políticos e as limitações econômicas que podem criar algumas desilusões na capacidade real de as avaliações gerarem mudanças sociais. Passou-se a entender que na concepção da avaliação os seus usuários deviam ser considerados, bem como a necessidade dos clientes.

Por fim, a quarta geração foi marcada pela negociação, na qual o papel do avaliador como moderador com os vários atores sociais prepondera ao de técnico, descritor ou juiz. Esta negociação envolve inclusive os atores mais socialmente desfavorecidos, para que possam participar da avaliação, podendo influenciar nas perguntas a serem feitas e na forma de tratá-las. Essas abordagens emancipatórias e “pluralistas” conseguem se aproximar satisfatoriamente das avaliações sociais (DUBOIS, 2011).

As diferentes gerações mostram conceitos, finalidades e visões diferentes sobre avaliação em saúde. No presente trabalho, adota-se o conceito proposto por CONTANDIOPOULOS:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (CHAMPAGNE et al., 2011, p.44).

A avaliação em saúde possui diversas finalidades, entre as quais se destacam: a estratégica, a formativa, a somativa, a transformadora e a fundamental (CHAMPAGNE et al., 2011). A finalidade estratégica auxilia na elaboração de uma intervenção a partir de um planejamento. A formativa diz respeito à melhoria da intervenção durante o tempo de sua execução, por meio de informações fornecidas aos interessados (SCRIVEN, 1967). A finalidade transformadora, por sua vez, é a utilização da avaliação como catalisador de um processo de transformação para atenuar situações problemáticas (CHAMPAGNE et al., 2011). Por fim, a finalidade fundamental corresponde a contribuir para os conhecimentos sobre a intervenção ou sobre a própria avaliação (WEISS, 1977).

A necessidade de incorporar uma cultura avaliativa é defendida por diversos autores (SILVA e FORMIGLI, 1994; HARTZ, 1999; BRASIL, 2005; VIEIRA DA SILVA, 2005). A assimilação da cultura avaliativa é uma etapa para a institucionalização da avaliação, isto é, a incorporação da avaliação como política governamental (HARTZ, 1999).

Segundo HARTZ (2002), “institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual seja capaz de influenciar seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação”.

1.4. Qualidade em saúde

A qualidade é vista como aspecto central da avaliação em saúde (DONABEDIAN, 1980; VUORI, 1982). De acordo com SERAPIONE (2009), o conceito de qualidade não é simples nem unívoco, mas complexo e polivalente. Nos países europeus foram descritas cerca de 60 abordagens diferentes de qualidade dos serviços de saúde (QUINTI, 2001).

DONABEDIAN (1966) indica a dificuldade tanto de conceituar quanto de operacionalizar a qualidade no cotidiano dos serviços. A avaliação da qualidade permeia todos os tipos de avaliações e pode incluir diversos tipos de juízo: de valor, de critérios, de atributos, de dimensões sobre o processo do cuidado prestado.

A definição de qualidade em saúde é diretamente influenciada por quem está avaliando – se usuário, gestor ou o profissional de saúde. Várias definições enfatizam a centralidade do usuário. GONÇALVES e DOMINGUES (2002) consideram que um programa ou serviço tem qualidade quando são usuários-centrados. Em relação ao serviço centrado no usuário, HERNANDEZ (1993) define qualidade como a provisão de serviços acessíveis e equitativos, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário, usando os recursos disponíveis.

Para DONABEDIAN (1980), a qualidade é definida como “o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento de pacientes”. Para este autor, a discussão sobre qualidade deveria se iniciar pelo cuidado médico, nas dimensões de que este é composto por saber técnico-científico, relação interpessoal e as instalações e equipamentos (DONABEDIAN, 1980).

A avaliação do cuidado médico pode ser abordada em uma tríade formada por estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1996). A estrutura se refere a componentes mais estáveis, como condições físicas, organizacionais, recursos do local onde o cuidado está sendo provido. Elementos da estrutura favorecem a qualidade do cuidado, porém não a garantem (CAMPBELL, 2000). Segundo PORTELA (2000), a estrutura é o componente da tríade que menos informação fornece sobre a qualidade do cuidado. Indicadores de estrutura muitas vezes são utilizados para caracterizar as unidades de prestação do cuidado. Entretanto,

VUORI (1991) pondera que uma boa estrutura oferece mais condições de gerar melhores processos e com mais chances de gerar melhores resultados do que condições ruins.

O processo, outro componente da tríade, refere-se às atividades do cuidado em saúde. Em relação à avaliação deste, entende-se a relação de interação entre os usuários e a estrutura onde o cuidado é oferecido. Isso engloba tanto aspectos relacionais dos profissionais de saúde com os usuários quanto os aspectos técnicos (clínicos) do cuidado (CAMPBELL, 2010). Segundo DONABEDIAN (1980), processo é o aspecto com maior potencialidade de avaliação da qualidade. Para FRIAS (2010), o processo possui maior especificidade em relação ao resultado do que a estrutura. Devido a sua proximidade na tríade, isto é, como o processo está mais próximo do resultado, possui maior especificidade de intervenção. A avaliação de processo diz respeito à utilização do conhecimento técnico vigente nos procedimentos médicos e cirúrgicos e nas tecnologias de saúde. Para VUORI, 1991, se todos fizessem o que é correto de acordo com o conhecimento atual, seriam esperados melhores resultados. Segundo TANAKA e MELO (2004), a avaliação do processo permite uma visão ampliada e capaz de se correlacionar com os outros dois elementos da tríade, a estrutura e o resultado. Com base no conceito de processo e sua inter-relação com o conhecimento vigente, baseado em evidências ou em consenso de especialistas, é possível estabelecer indicadores e padrões com a finalidade de monitorar e avaliar a qualidade do cuidado prestado. Destacam-se como exemplo de análise processual as auditorias médicas e as avaliações externas do tipo acreditação (PORTELLA, 2000).

Segundo DONABEDIAN, resultados são as mudanças no estado de saúde diretamente relacionadas à atenção oferecida, englobando os aspectos biológicos (morbidade, mortalidade e condição de saúde), o conhecimento do indivíduo sobre a sua saúde, sua postura em relação a esta e, por conseguinte, também a satisfação do usuário. A análise de resultado observa os efeitos a partir dos objetivos propostos pela intervenção, os resultados esperados com os cuidados prestados (FRIAS, 2010). A relação dos resultados com os cuidados prestados pode não ser linear. Algumas limitações dessa avaliação de resultados são o tempo que pode haver entre a intervenção e a medição do resultado e o que fazer com resultados desfavoráveis (PORTELLA, 2000). Podem ser avaliadas duas dimensões dos resultados: o estado de saúde e a avaliação do usuário, frutos da efetividade do processo e da estrutura (CAMPBELL, 2010). VUORI (1991) indica que uma boa estrutura tem mais chances de gerar melhores processos e de gerar melhores resultados, conforme já mencionado, mas isso não é uma regra. Entretanto,

em comparação a estruturas, melhores processos exibem maior possibilidade de gerar melhores resultados, pela proximidade na tríade. Isso fica mais evidente na atenção à saúde. Embora alguns estudos possam mostrar o contrário, ainda é consenso, segundo VUORI (1988), que a validade da abordagem estrutural para avaliação dos resultados é frágil.

SILVA e FORMIGLI (1994) criticam a divisão em estrutura, processo e resultado quando falam da homogeneização de eventos de natureza distinta, como oriundos de recursos humanos e oriundos de materiais, ambos sendo analisados como estrutura. Os autores apontam a baixa especificidade dos termos, chamando um indicador ou padrão de estrutura quando este pode ser considerado de processo ou de resultado. Outra crítica se coloca à visão sistêmica linear, unidirecional e harmônica, o que é muitas vezes dissociada da realidade da prática dos serviços de saúde.

Apesar de algumas críticas ao modelo sistêmico concebido por DONABEDIAN, este ainda é amplamente aceito. Diversos autores discutem sobre os atributos da qualidade, o que pode ser atribuído ao medo de adotar interpretações de qualidade do cuidado restritas e desconectadas da realidade (SERAPIONE, 2006).

Uma forma é definir os atributos da qualidade como características das práticas de saúde. SILVA e FORMIGLI (1994) relacionam cinco grupos de atributos:

- os relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos, como cobertura, acessibilidade e equidade;
- os relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas, como a eficácia, a efetividade e o impacto;
- os relacionados com os custos das ações, como a eficiência;
- os relacionados com ações do conhecimento vigente, como a qualidade técnico-científica;
- os relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas do cuidado, que são: centradas no paciente e aceitabilidade.

DONABEDIAN (1994) descreve os seguintes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Eficácia define-se como o melhor que podemos fazer nas condições mais favoráveis e com circunstâncias inalteradas. A estratégia clínica conhecida mais eficaz representa o

referencial de ideal que desejamos alcançar (DONABEDIAN, 1990) ou o efeito desejado de um serviço de saúde a despeito de condições desfavoráveis. A eficácia não ocorre em cenários reais, pois nestes os fatores organizacionais e situacionais, entre outros, interferem na eficácia, e constituem então as condições que se relacionam com a efetividade (VUORI, 1988).

Efetividade é o que podemos esperar ser alcançado nas condições reais de produção do cuidado (DONABEDIAN, 1990). A qualidade técnica do cuidado poderia ser avaliada por este atributo (DONABEDIAN, 1991). O conceito de efetividade pode ser representado pela razão das melhorias em saúde alcançadas com o cuidado que será utilizado sobre as melhorias em saúde alcançadas com o melhor cuidado possível, pelos padrões técnicos (DONABEDIAN, 1990). Segundo SILVER, SILVA e FORMIGLI (1994), a efetividade consiste na relação entre o impacto real e o potencial. Este atributo responderia à pergunta sobre se o programa ou o serviço funciona em suas condições reais (SILVER, 1992; SILVA e FORMIGLI, 1994).

Eficiência está relacionada à medida do custo da melhoria em saúde alcançada (DONABEDIAN, 1990). Pode-se dizer que é o melhor resultado com menor custo ou uso de recursos e pode ser representada como uma razão entre as melhorias em saúde esperadas com o cuidado a ser acessado sobre os custos do cuidado. Logo, se uma medida se duas ações distintas têm a mesma eficácia e eficiência, a mais eficiente será a com menor custo. Eficiência também pode ser definida pela relação entre o impacto real e os custos de produção (VUORI, 1988).

A otimização seria definida como: uma vez atingido dado patamar de efetividade, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação de custos (SILVA e FORMIGLI, 1994). Segundo DONABEDIAN (1990), seria o ponto mais vantajoso, levando em conta custos e benefícios

A aceitabilidade significa a adaptação do cuidado a desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Engloba a acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente sobre os efeitos e custos do cuidado (DONABEDIAN, 1990).

Para alguns autores, a acessibilidade representa uma dimensão do cuidado e não um atributo. DONABEDIAN (1990), porém, coloca-a como um componente do atributo aceitabilidade e diz respeito à potencialidade de se obter cuidado quando se precisa e à forma

de obtenção deste cuidado (conveniente e fácil ou não). A relação médico-paciente, outro componente do atributo aceitabilidade, possui diversas características de uma boa relação esperada pelos pacientes: consideração, respeito, ter sua condição de saúde explicada e suas perguntas respondidas e o poder de participar das decisões tomadas sobre a sua saúde. As amenidades do cuidado, dentro do atributo aceitabilidade, estão relacionadas ao conforto e à estética de instalações e equipamentos. Estas características podem sinalizar qualidade para os pacientes. As preferências dos pacientes e dos médicos a respeito da efetividade do cuidado baseiam-se em valores diferentes, dadas as consequências do cuidado entre pacientes e médicos e entre diferentes pacientes. Assim, entre os componentes da aceitabilidade, demonstra-se a importância de informar o paciente sobre a sua condição de saúde, tratamento, as consequências deste e tratamentos alternativos. As preferências dos pacientes sobre os custos do cuidado dentro do atributo aceitabilidade dizem respeito ao que o custo representa para eles mesmos (DONABEDIAN, 1990).

O sexto atributo da qualidade corresponde à legitimidade, que é a aceitabilidade por parte da comunidade ou do conjunto da sociedade dos serviços ofertados. Refere-se à responsabilidade pelo bem-estar de todos (DONABEDIAN, 1990).

Por fim, a equidade é o princípio de justiça social, ou da distribuição equitativa do acesso e da qualidade, isto é, distribuir segundo as necessidades de saúde da população, tanto as necessidades objetivas quanto as percebidas por esta (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1990).

Outros atributos, segundo VUORI, usados para definir a qualidade são: a adequação – suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda – e a qualidade técnico-científica – adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente (VUORI, 1990; SILVA e FORMIGLI, 1994).

Para CAMPBELL et al. (2000), há apenas duas dimensões principais da qualidade do cuidado individual: acesso e efetividade. Dentro de efetividade destacam-se dois elementos-chave: a efetividade do cuidado interpessoal e a do cuidado clínico. Com esses atributos, tenta-se responder a duas perguntas: em relação ao acesso – o paciente consegue o cuidado necessário quando ele precisa? Quando ele consegue o cuidado, este é efetivo em termos clínicos e interpessoal? Os atributos acesso e efetividade são discutidos dentro da tríade estrutura, processo e resultado. Os resultados do cuidado individual referem-se ao estado de

saúde, avaliação do usuário e à saúde relacionada à qualidade de vida (CAMPBELL et al., 2000).

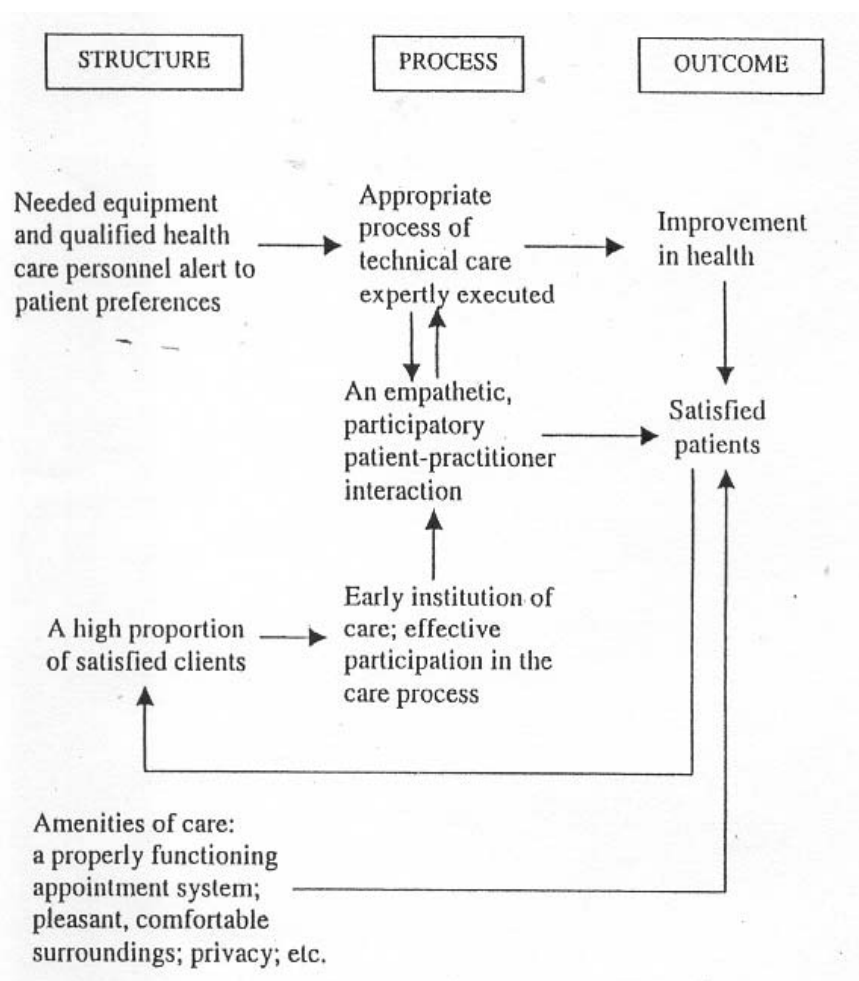
O'LEARY (1993) introduz mais quatro atributos:

- respeito e atenção com o paciente: segundo o autor, são “autoexplicativos”;
- adequação: relação entre os serviços prestados a uma população e a necessidade de saúde desta;
- coordenação: inter-relação entre diferentes etapas do cuidado;
- segurança do paciente: capacidade do serviço de não produzir danos aos pacientes (O'LEARY, 1993).

O atributo segurança do paciente ganha força a partir do relatório *Errar é humano*, publicado em 2000 pelo Instituto de Medicina da Academia de Ciência dos Estados Unidos, que dimensiona o problema e aponta que de 3% a 4% da população americana atendida no sistema de saúde sofre com algum dano. O relatório relata que a maior parte dos erros é originada de forma sistêmica e muitos são evitáveis. Com base nesse relatório, o Comitê para a Qualidade em Saúde na América, em 2001, sugeriu que o sistema de saúde persiga as metas de ser seguro, efetivo, centrado no paciente, eficiente, oportuno e igualitário (NORONHA, 2002).

Em termos individuais, a perspectiva da avaliação individual é clínica, isto é, o impacto que os profissionais individualmente ou em grupo possuem na saúde de um indivíduo e não de uma população ou um grupo em um serviço. Dessa forma, para STARFIELD (2002), a satisfação do usuário com o serviço não é, em si, uma medida da qualidade da atenção, mas pode influenciá-la. Na Figura 1, a tríade estrutura, processo e resultado da qualidade do cuidado é correlacionada à avaliação da satisfação do usuário, mostrando que pacientes possuem uma participação efetiva no seu processo de cuidado (Donabedian, 2003).

Figura 1: Alguns relacionamentos hipotéticos entre características de estrutura, processo e resultado



Fonte: DONABEDIAN, 2003.

Cada componente da tríade influencia na satisfação do paciente e grande proporção de clientes satisfeitos gera tanto a participação mais efetiva no processo do cuidado quanto a inclusão precoce do usuário (Figura 1). A participação do usuário contribui para a melhor interação profissional- usuário, melhorando a empatia, que por sua vez gera mais pacientes satisfeitos e influencia no processo: no uso do cuidado técnico apropriado que gera melhoria na saúde do paciente, novamente influenciando a satisfação do paciente. Desse modo, o ciclo da melhoria contínua da qualidade é retroalimentado.

Segundo LUIS PISCO (2003), “a avaliação da qualidade da atenção primária deve centrar-se no grau de êxito obtido na ajuda aos doentes”.

Figura 2: Os atributos da qualidade, por autor e data de publicação

Donabedian (1990)	Vuori (1991)	Maxwell (1992)	HSRG (1) (1992)	O'Leary (1992)
Eficiência	Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade
			Centrado no paciente	
Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade
			Continuidade/ coordenação	Continuidade/ coordenação
Eficácia	Eficácia			Eficácia
Aceitabilidade	Aceitabilidade	Aceitabilidade		
Equidade	Equidade	Equidade		
Legitimidade				
Otimização				
			Abrangência	
		Relevância		
	Adequação			
	Qualidade técnico- científica			

Fonte: Adaptado de CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000.

(1) Health Services Research Group (1992).

1.5. A avaliação do serviço pela perspectiva do usuário

Na segunda metade da década de 1990, as avaliações em saúde pela perspectiva do usuário passam a ser mais frequentes no Brasil, com a disseminação da participação popular, 20 anos após ter se iniciado nos Estados Unidos (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

O monitoramento da satisfação pela perspectiva do usuário foi recentemente incluído na avaliação da qualidade. O monitoramento pode auxiliar a adequação dos serviços num sentido ampliado (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005). Cabe destacar que, segundo VUORI, a adequação é uma dimensão da qualidade e se define pela relação entre o suprimento de serviços necessários à demanda e às necessidades de saúde (VUORI, 1991).

A cultura avaliativa pela perspectiva do usuário inicia-se historicamente com a visão de aumentar a adesão ao tratamento prescrito por profissionais de saúde para posteriormente ser vista como uma parte dos programas de melhoria de qualidade do serviço (WARE e SYNDER, 1975).

Diversos estudos, inclusive de Silva e Formigli, indicam que usuários com maior grau de satisfação aderem mais ao tratamento e às orientações prescritas, bem como oferecem mais informações ao cuidador, o que influencia o desfecho terapêutico e melhora sua qualidade de vida (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Entre os potenciais benefícios do envolvimento dos usuários citam-se: a utilização mais adequada dos serviços, melhores resultados, maior motivação e satisfação e obviamente menos reclamações, tornando imperioso o surgimento de novas abordagens que facilitem a verdadeira e robusta colaboração entre profissionais, usuários e gestores (SANTOS et al., 2007).

De acordo com FITZPATRICK (1991), avaliações sobre a satisfação do paciente têm importância por três motivos:

- medida de resultado, funcionando como preditor da adesão do paciente;
- indicador útil na avaliação de aspectos de acesso e comunicação como informações sobre a saúde do paciente e discussão compartilhada do plano terapêutico;

- apoiar a tomada de decisão em métodos de organização ou prover o cuidado alternativamente, através do retorno dessas medidas através do paciente.

Segundo CROW (2002), pacientes insatisfeitos porque as expectativas básicas não foram respondidas tendem a não responder completamente às intervenções terapêuticas propostas.

A avaliação pela perspectiva do usuário constitui uma ferramenta importante de empoderamento da população, pois dá voz a ela e possibilita maior controle social. Isso se torna particularmente importante uma vez que no sistema público, ao contrário do que ocorre no privado, não existe a pressão exercida pela captação de clientela (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005).

Avaliar a qualidade em saúde é indispensável para a melhoria dos serviços de saúde e o parâmetro da satisfação é extremamente importante. Para DONABEDIAN (1988), a satisfação do usuário é um dos resultados desejados do cuidado. Apesar de a satisfação do paciente como indicador da qualidade ter potencialidades e limites, é incontestável sua importância para alcance da qualidade do cuidado, tanto no desenho quanto no gerenciamento dos sistemas de saúde.

Avaliações sistemáticas da qualidade de serviços de saúde considerando a perspectiva do usuário ainda são escassas (SILVA e FORMIGLI, 1994). Diversos autores defendem que esta perspectiva deve ser institucionalizada nos sistemas e serviços de saúde (SILVA e FORMIGLI, 1994; HARTZ, 1999; BRASIL, 2005; VIEIRA DA SILVA, 2005).

1.6. Teorias e modelos sobre a satisfação ou avaliação pela perspectiva do usuário

A satisfação e expectativa do usuário são influenciadas por diversos fatores. A seguir, apresentam-se algumas considerações a respeito. Existe diferença entre a satisfação e a expectativa do usuário. As expectativas assumem papel central, podem inclusive anteceder a percepção da satisfação do usuário, independentemente de este ter vivido a experiência do cuidado. Segundo CORRALES et al. (2006), a dimensão satisfação do usuário é definida como nível no qual as suas expectativas são atendidas. Nos estudos de NEWSOME e WRIGHT (1999) sobre a teoria da discrepância, a satisfação é a diferença entre a expectativa e a percepção da experiência vivida pelo usuário no cuidado (NEWSOME e WRIGHT, 1999; ESPERIDIÃO e TRAD, 2006). O modelo de Zeitham e Bitner propõe três níveis de expectativas: o desejado (o cuidado que gostaria de receber), o adequado (aquele que é o mínimo tolerável) e o presumível (o cuidado que o usuário avalia de fato e s aguarda nos serviços). Entre os serviços desejados e o que pode ser prestado existe uma distância, uma vez que os usuários reconhecem que nem sempre o nível desejado é possível por outras razões. Por último, um nível mais baixo de expectativas corresponde ao nível adequado do serviço, que representaria o mínimo de expectativa tolerado. Quando a percepção do cuidado ultrapassa esses limites, expressa-se a satisfação ou insatisfação (NEWSOME e WRIGHT, 1999). A distância entre o limite superior (serviço desejado) e o limite inferior (serviço adequado) é chamada de zona de tolerância e pode ser maior ou menor de acordo com o fator analisado. Os fatores relacionados ao resultado têm uma zona de tolerância menor do que fatores considerados menos importantes como ligados ao processo (NEWSOME e WRIGHT, 1999).

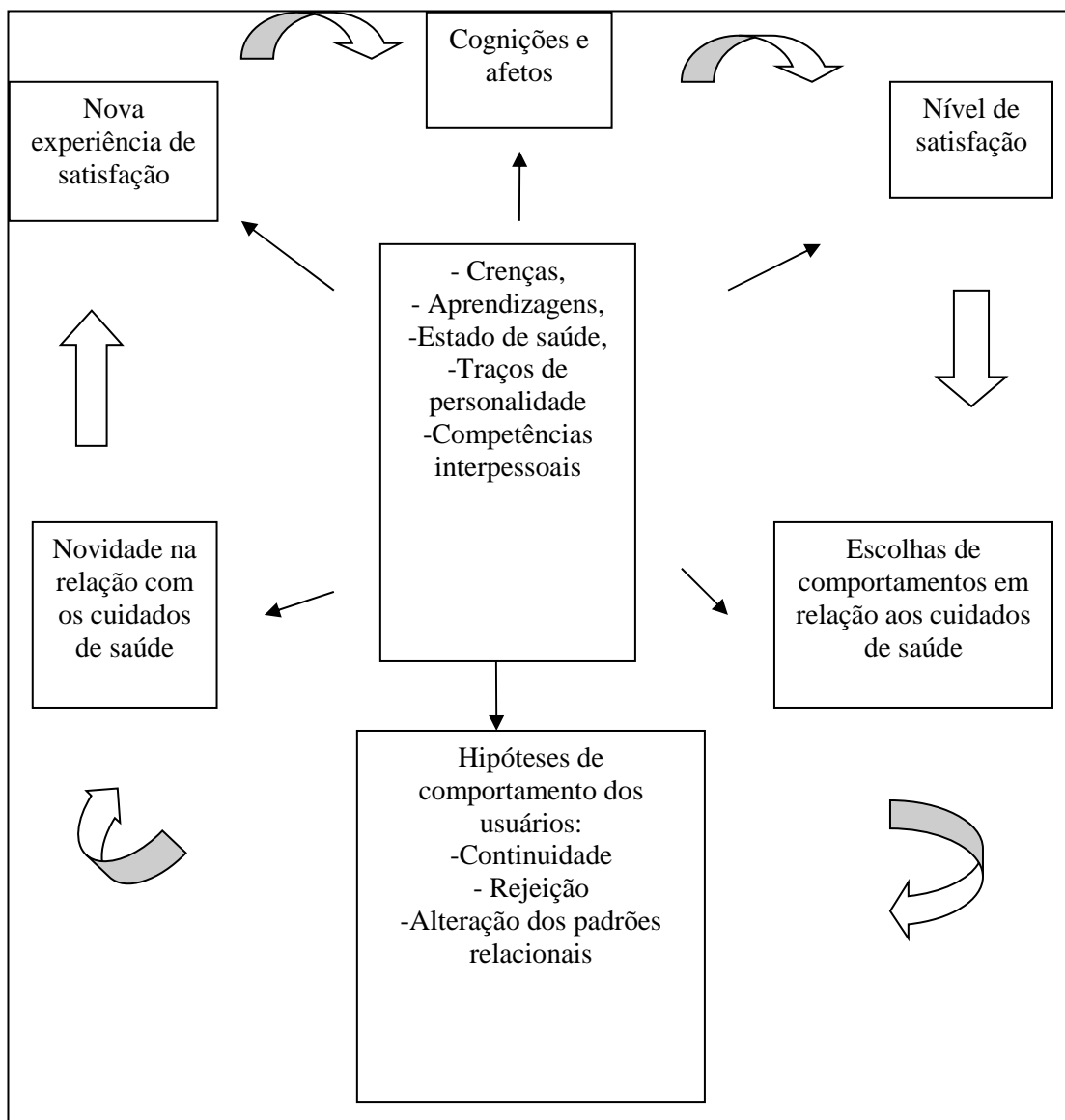
Na teoria da atitude do usuário, a satisfação tem como foco as características relevantes do serviço que o usuário pode ter uma avaliação positiva ou negativa. LYNDER-PELZ (1982) refere que a avaliação do paciente envolve uma avaliação cognitiva e uma resposta emocional que se traduz numa atitude. A resposta de uma avaliação positiva é determinada por antecedentes psicossociais, que podem se relacionar por meio de hipóteses, as quais, por sua vez, indicam como as variáveis antecessoras se relacionam para gerar a satisfação ou insatisfação. Entre essas hipóteses, destaca-se a teoria da percepção: como o usuário percebe o cuidado em relação a suas expectativas e crenças.

A teoria da realização ou confirmação de expectativa baseia-se na equação entre o cuidado percebido e a expectativa prévia do usuário, gerando a satisfação quando é recebido aquilo que se esperava ou mais do que isso (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Para SITZIA e WOOD, os níveis de satisfação são influenciados não só por características do serviço, mas também por variáveis relacionadas às características dos usuários e suas expectativas. Entre as características dos usuários, idade e escolaridade são as que mais influenciam a satisfação (SITZIA e WOOD, 1997). No modelo apresentado na publicação *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, do Ministério da Saúde de Portugal, os níveis de satisfação do usuário são influenciados por características prévias do paciente, como crenças (expectativas), aprendizagens, estado de saúde (percepção do estado de saúde e percepção de doença), traços de personalidade e padrões comportamentais dos usuários (por exemplo, pessimismo ou otimismo, impulsividade, estilo extrovertido), competências interpessoais (como estilos de comunicação assertiva, passiva ou agressiva) (SANTOS, 2007).

O modelo apresentado na Figura 3 (SANTOS et al., 2007) mostra a satisfação do paciente num processo dinâmico, que se altera em cada acesso ao serviço de saúde e em um mesmo acesso, baseado na percepção do paciente sem que essa seja necessariamente real, mas correspondente à realidade do usuário. Esse modelo tem como referência a teoria das atitudes de Lynder-Pelz, portanto determinada por uma avaliação cognitiva comparativa entre as expectativas e o cuidado recebido. A partir da avaliação cognitiva é desencadeada uma resposta emocional aos cuidados de saúde recebidos (SANTOS et al., 2007).

Figura 3: Modelo teórico da satisfação do usuário



Fonte: SANTOS et al., 2007.

A Figura 3 ilustra o modelo dinâmico no qual os vetores mostram a influência das características do paciente em todas as etapas da satisfação do usuário e constitui um ciclo. Este ciclo mostra o caráter dinâmico do cuidado determinado por novidades em relação ao cuidado e saúde e a nova experiência do cuidado e determinando possibilidades de mudanças constantes no nível de satisfação do paciente. Sendo assim, segundo SANTOS et al. (2007),

os usuários se apresentam em duas posições diferentes: como avaliadores dos serviços de saúde, caso em que a satisfação mostra-se como variável efeito, e como modeladores de comportamentos de saúde futuros, na qual a satisfação é variável causal (SANTOS, 2007).

1.7. Conceito de satisfação do usuário

A importância de discutir a avaliação em saúde pela perspectiva do usuário é poder contribuir para a melhoria contínua da qualidade do serviço, através de informações que subsidiem não só a tomada de decisões, mas mantenham o ciclo de qualidade e aperfeiçoamento do serviço. Há uma polissemia e uma fragilidade conceitual da avaliação da satisfação do usuário que são características que não se restringem apenas ao campo da avaliação em saúde pela perspectiva do usuário, mas se estendem para todo o campo da avaliação em saúde. A primeira ressalva seria com a diversidade do termo usuário, que apesar de bem difundido no Brasil, com exceção de Portugal – que o denomina *utente* –, não há muita utilização internacional. O termo *cliente* ou *client* é muitas vezes associado a um sistema privado, enquanto *consumidor* ou *consumer* muitas vezes relaciona-se com a coletividade (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006). A polissemia conceitual é mostrada pela dificuldade em definir a satisfação do usuário em relação ao serviço, conceito que, na maioria dos estudos, é desagregado em dimensões, e a satisfação se coloca como um somatório da conformidade dessas dimensões. (TURRIS, 2005).

Na tentativa de definir a satisfação do usuário de forma não reducionista, alguns autores descreveram numerosas dimensões que compõem a satisfação. Segundo ESPERIDIÃO e TRAD (2006), a taxonomia mais aceita entre as pesquisas é a de WARE et al. (1983), com oito dimensões. Outros componentes mais amplos são explicitados em outras taxonomias, como a usada por PREVOST et al. (1998), dividindo em aspectos relacionais, organizacionais, profissionais e socioculturais.

No esforço de agregar essas taxonomias, BRANDÃO (2011) e MORAES (2012) explicitaram um quadro de dimensões da satisfação do usuário em seus respectivos trabalhos. Nesses quadros percebe-se que algumas dimensões se repetem entre os autores e outras se colocam quase como sinônimos. Algumas dessas dimensões se aproximam em conceito.

Outras dimensões podem ser agrupadas por tratarem de aspectos muito próximos. A Figura 4 mostra as dimensões da satisfação do usuário e suas definições, com o aporte de outras fontes bibliográficas, de modo a compor um novo quadro, na tentativa de destacar algumas dimensões e agrupar outras.

Figura 4: Dimensões da Satisfação do Usuário e suas Definições

Dimensões	Definições e autores
<p>Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde</p> <p>Coordenação</p>	<p>Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção. (PRO-ADESS, 2012)</p> <p>Integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que tenham sido recebidos (STARFIELD, 2002)</p>
<p>Continuidade do cuidado com o mesmo profissional ou serviço</p> <p>Longitudinalidade</p>	<p>Quanto os pacientes se consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo (STARFIELD, 2002).</p> <p>Cuidado com o mesmo provedor ao longo do tempo para mais do que um episódio de doença. (FREEMAN E HJORTDAHL, 1997).</p> <p>É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2002).</p>
<p>Informação</p>	<p>Por informação podemos entender de forma simplificada: o profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o paciente possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas (OMS, 2000 apud e VAITSMAN E ANDRADE, 2005).</p> <p>Informação e apoio: fornecimento de informações relevantes para o paciente, estímulo ao auto cuidado, atenção para problemas psicológicos dos pacientes, suporte aos parentes dos pacientes (WENSING ET AL, 1998)</p>

Figura 4- Dimensões da Satisfação do Usuário e suas Definições – Continuação

<p>Relação profissional- usuário</p>	<p>Modo como os provedores interagem pessoalmente com os pacientes (ex: respeito, amizade e cortesia) (WARE ET AL, 1983) Respeito e consideração escuta compreensão, respeito às decisões, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe, respeito à privacidade, confidencialidade e discrição (PRÉVOST, FAFARD E NADEAU, 1998 e TRAD ET AL, 2002)</p>
<p>Segurança</p>	<p>Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais (PRO-ADESS, 2012)</p>

Figura 4- Dimensões da Satisfação do Usuário e suas Definições – Continuação

<p>Acesso</p> <p>Disponibilidade</p> <p>Acessebilidade</p>	<p>Grau de ajuste entre a oferta feita pelo sistema de saúde e os consumidores, que são os usuários. Dividem o conceito acesso em várias sub dimensões: <i>disponibilidade</i> que tipo e quanto desses serviços são oferecidos em relação às necessidades; <i>acessibilidade</i>, caracterizada pela adequação geográfica dos serviços em relação aos pacientes; <i>acolhimento (acomodation)</i>, que representa a relacionado à forma, entre a organização dos serviços para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; <i>aceitabilidade</i>, que são as atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde diante características e práticas de cada um (PENCHANSKY E THOMAS,1981)</p> <p>Fatores envolvidos na organização para receber cuidados médicos (ex: tempo de espera, facilidade de acesso) (WARE ET AL, 1983)</p> <p>Um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (DONABEDIAN, 1973 APUD TRAVASSOS, 2004)</p> <p>Disponibilidade e acessibilidade: tempo de espera, flexibilidade, consultas por telefone, acessibilidade física e acessibilidade financeira (WENSING ET AL, 1998)</p> <p>Acessibilidade: é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; (STARFIELD, 2002)</p> <p>Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo. (PRO-ADESS, 2012)</p>
--	---

Figura 4- Dimensões da Satisfação do Usuário e suas Definições – Continuação

<p>Organização Estrutura</p>	<p>Organização: adequação física da organização do tratamento durante um período, cooperação, eficiência e disponibilidade de serviços especiais (WENSING ET AL, 1998)</p> <p>Organizacional: contém questões da parte administrativa e da relação do usuário com o serviço de saúde que pode ser afetada pelo funcionamento do mesmo (SERRANO-DEL ROSAL E LORIENTE-ARIN, 2008)</p> <p>Elementos do ambiente físico relacionados com o processo de atenção (SERRANO-DEL ROSAL E LORIENTE-ARIN, 2008).</p> <p>Características do ambiente que o cuidado é ofertado (ex: ambientes bem sinalizados e direcionados, instalações conservadas e limpas e atmosfera agradável) (WARE ET AL, 1983)</p>
<p>Vínculo</p>	<p>Estabelecimento de relações de confiança e afetividade entre o usuário e o profissional, garantindo a co- responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de possuir um potencial terapêutico (PNAB, 2011)</p>
<p>Direitos dos pacientes</p>	<p>Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas. (PRO-ADESS)</p>
<p>Confiabilidade Expectativa</p>	<p>Os serviços cumprirem o que prometeram e estarem habilitados para realizar o serviço (Parasuraman, Zeithamml e Berry, 1998)</p>
<p>Qualidade técnica/Eficácia</p>	<p>Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos eliminando ações desnecessárias (PNH, 2002 apud VAITSMAN E ANDRADE, 2005).</p> <p>Nível de aplicação no cuidado de saúde da tecnologia e conhecimento médios disponíveis correntemente (inclui continuidade e satisfação do consumidor) (VUORI, 1984:37).</p> <p>Eficácia, atenção para as consequências da assistência fornecida ao paciente competência/acurácia (PARASURAMAN, ZEITHAMML E BERRY, 1998).</p>

Figura 4- Dimensões da Satisfação do Usuário e suas Definições – Continuação

Integralidade	Refere-se à existência de uma ampla gama de serviços na APS, buscando responder às mais variadas necessidades em saúde. Abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (STARFIELD, 2002)
Orientação familiar	Centrado na família- conhecimento das famílias, dos seus membros e fatores familiares relacionados à gênese e tratamento das doenças (STARFIELD,2002);
Orientação comunitária	Orientado para comunidade- o conhecimento das necessidades de saúde da população, determinantes da saúde e potencialidades da mesma, bem com o envolvimento comunitário da unidade (STARFIELD,2002);
Aspectos financeiros: custo, sócio econômico	O paciente tem o direito de ter acesso às contas detalhadas referentes ao seu tratamento, internação e outros procedimentos médicos (Direitos do paciente, 1999). Fatores envolvidos no pagamento do serviço médico (SITZIA e WOOD, 1997).

Elaboração própria, 2013

A dimensão relação profissional-usuário se repete ou se aproxima muito em significados descritos por diferentes autores, como: comportamento interpessoal (WARE et al., 1981), relacional (TRAD et al., 2002), interação usuário-profissional (SANTOS et al., 2007), relação e comunicação (FERREIRA e RAPOSO, 2006) e relação médico-paciente (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005. Devido à proximidade de suas definições, essas dimensões foram agregadas em uma mesma categoria. BLANCHARD (1990), em seu trabalho com adultos hospitalizados com câncer, mostra o aspecto relacional como principal componente da satisfação do usuário.

Outras dimensões que possuíam semelhanças em suas definições e foram agrupadas na mesma categoria na Figura 4 foram organização, estrutura e instalações. Estrutura foi

agrupada com instalações (SNYDER, 1975), ambiente físico, estrutura física e organizacional e infraestrutura, e pode ser definida, segundo SITZIA e WOOD (1997), por sinais de direção claros, equipamentos e mobília adequada e atmosfera agradável.

A continuidade se apresenta com diversos nomes: continuidade (WARE et al., 1981), continuidade do cuidado, continuidade e cooperação – constância do cuidado (SITZIA e WOOD, 1997) e longitudinalidade (SATRFIELD, 2002). Embora CUNHA e GIOVANELLA (2011) em sua revisão de literatura diferenciem longitudinalidade de continuidade do cuidado, ressaltam que em termos operacionais são utilizados de forma semelhante. Segundo SATRFIELD (2002), a longitudinalidade é um atributo primário, central e exclusivo da APS, no qual os diversos encontros ao longo do tempo propiciam uma relação terapêutica. Segundo GÉRVAS (2005) e ORTUN e GÉRVAS (1996), dois aspectos positivos para o usuário resultantes deste atributo são a possibilidade do generalista e exercer a função de *gatekeeper* com maior qualidade e, desta forma, promover a prevenção quaternária e diminuir a iatrogenia decorrente do excesso de exames e procedimentos (GÉRVAS, 2005; ORTUN e GÉRVAS, 1996). Segundo GIOVANELLA e CUNHA (2011), existem três pontos fundamentais do atributo de longitudinalidade: a continuidade da informação, ter a mesma fonte regular de cuidado e estabelecer com este serviço um vínculo, o que possui potencial terapêutico (GIOVANELLA e CUNHA, 2011).

A dimensão acesso é agrupada com: conveniência, acessibilidade, disponibilidade localização da unidade de saúde (distância, transporte, etc.), tempo de espera (para cirurgias, atendimento, exames), sistema de notificação, recepção, facilidade de acessar o médico, atendimento domiciliar (SITZIA e WOOD, 1997). O acesso, assim como outras dimensões, tem definições variadas na literatura. Uma das usadas neste trabalho é a de PENCHANSKY e THOMAS, apesar de seu conceito ampliado de acesso ser pouco usado por outros autores (PENCHANSKY e THOMAS, 1981). Segundo STARFIELD, acesso é um dos atributos primários da APS, portanto, sua presença significa resultados melhores e maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002).

As dimensões empatia, cultural, tangibilidade e cognitiva não são descritas repetidamente na literatura, mas segundo alguns autores compõem as dimensões da satisfação do usuário. PARASURAMAN et al (1988) definem tangibilidade como facilidade física, de equipamento e aparência da pessoa. A dimensão cognitiva, descrita por TRAD (2002),

significa o entendimento dos usuários sobre o PSF, a ideia central e suas percepções. Por meio de grupos focais com usuários, TRAD relacionou níveis mais elevados de satisfação ao melhor entendimento acerca do PSF, seus objetivos, funcionamento e atividades (TRAD, 2002). A dimensão empatia pode ser definida como cuidado e atenção individualizada dispensada aos usuários. Incluem-se aqui as dimensões acesso, comunicação e atendimento ao consumidor (PARASURAMAN, 1999).

Outros conceitos apresentados na literatura que cabem à diferenciação conceitual de satisfação são: responsividade e humanização. Para VAITSMAN e ANDRADE (2005), responsividade envolve a interação da população com o sistema de saúde, tendo em vista a capacidade de um sistema de saúde de responder às demandas da população. A responsividade envolve a consciência civil ou a de cidadania. Ainda segundo esses autores, cabe destaque ao conceito de humanização como dimensão da satisfação do paciente. Este relaciona-se às características do profissional. O núcleo do conceito de humanização é a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

Alguns debates são identificados na literatura sobre o termo satisfação do usuário, entre eles destaca-se se a avaliação que envolve o usuário diz respeito à qualidade do serviço ou ao conhecimento de sua perspectiva sobre o serviço (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006). As questões são colocadas de forma muito mais teórica e conceitual, sem problematizar se a avaliação a partir da ótica do usuário seria capaz de contribuir para a melhoria do serviço. Além disso, ao envolver o conceito de satisfação, não se questiona se esta seria capaz de expressar a avaliação do serviço pela perspectiva do usuário (FITZPATRICK, 1991).

TURRIS (2005) mostra que as avaliações com os usuários muitas vezes são feitas com uma lista de satisfações e insatisfações, a partir de solicitações dos administradores. Dessa forma, o conceito de satisfação seria beneficiado por uma maior teorização (TURRIS, 2005; ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Expectativa e satisfação dos usuários diferem em relação ao serviço, da influência da expectativa em relação ao julgamento da satisfação (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

ESPERIDIÃO e TRAD (2005) revisaram a literatura sobre análises metodológicas em avaliação da satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde e verificaram: altas taxas de

satisfação, diversidade dos métodos de estudo, predominando os quantitativos, falta de padronização dos instrumentos para avaliação da satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde, bem como falta de referencial próprio para avaliação da satisfação do usuário no Brasil.

As avaliações dos serviços de saúde pela perspectiva do usuário vêm se multiplicando no país, entretanto, sem um instrumento de uso rotineiro (BRANDÃO, 2011). KLOETZEL et al. (1998) afirmam que não se estabeleceu uma “definição padrão ouro” da qualidade na APS, sequer se delineararam os indicadores, inclusive pela ótica dos usuários. A simples importação de instrumentos, métodos e técnicas descritos na literatura internacional que avaliam a satisfação do usuário não considera as peculiaridades da realidade brasileira, tais como baixa escolaridade, perfil socioeconômico e a baixa consciência cível. Além desses aspectos da população, a dificuldade de acesso e a forma de utilização dos serviços de saúde ainda configuram um nó no sistema de saúde brasileiro (VAITSMAN et al., 2005).

Outros autores brasileiros criticam a atitude de importar ou copiar metodologias de avaliação de satisfação do usuário devido às peculiaridades do Brasil (OLIVEIRA, 1991; LEMME et al., 1991; SERAPIONE, 1999). Segundo AZEREDO, uma das limitações para a existência de instrumentos de avaliação que considerem a satisfação do usuário reside na falta de uma metodologia robusta que oriente a medição desta satisfação. Segundo o autor, a visão dos pacientes é muitas vezes incluída como parte das propostas após o serviço ser submetido a uma avaliação externa, como auditoria ou acreditação. Algumas avaliações externas, muitas vezes normativas, como auditoria, monitoramento e de melhoria de desempenho, solicitam aos serviços a avaliação de satisfação do paciente como indicador de qualidade ou como um padrão de avaliação da qualidade (AZEREDO, 2007).

Segundo ESPERIDIÃO e TRAD (2005), há necessidade de se teorizar o conceito de satisfação dos usuários e de se estabelecer um consenso de como medi-la.

2. Objetivo geral

Contribuir para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela Estratégia de Saúde da Família na perspectiva do usuário.

2.1. Objetivos específicos

1. Conhecer as dimensões e os indicadores de avaliação de serviços de atenção primária em saúde pela perspectiva do usuário.
2. Validar, por meio da opinião de especialistas, as dimensões que deveriam compor uma metodologia de avaliação da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva do usuário.
3. Validar, por meio da opinião de especialistas, os elementos de mensuração que deveriam compor uma metodologia de avaliação da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva do usuário.

Justificativa

A avaliação pela perspectiva do usuário da qualidade do cuidado oferecido na ESF tem numerosas justificativas, tanto para o usuário quanto para o serviço.

Destaca-se que em um contexto em que os usuários sentem-se satisfeitos:

- a adesão ao tratamento aumenta (WARE e SYNDER, 1975; SILVA e FORMIGLI, 1994);
- a troca de informações entre usuário e profissional se intensifica, de modo que o usuário oferece mais informações que auxiliam na tomada de decisões e propiciam a discussão do plano terapêutico (FITZPATRICK, 1991);
- a adesão medicamentosa cresce, com melhores resultados dos tratamentos individuais e da população assistida (WARE e SYNDER, 1975; ESPERIDIÃO e TRAD, 2006);
- o empoderamento da população aumenta, dando voz à mesma (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005);
- o serviço é utilizado de modo mais adequado (SANTOS, 2007);
- os próprios usuários auxiliam no monitoramento da adequação do serviço (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005).

Por fim, salienta-se que usuários satisfeitos constituem um dos resultados esperados da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1988).

Adicionalmente, avaliação da ESF pela perspectiva do usuário necessita de contribuições metodológicas, pois não há, até o momento: consenso do referencial próprio para avaliação de satisfação do usuário no Brasil; metodologia robusta que gere instrumentos para essa avaliação; consenso sobre como avaliar a satisfação dos usuários com a ESF; padronização nos instrumentos para avaliar a satisfação dos usuários com a ESF (KLOETZEL et al.,1988; ESPERIDIÃO e TRAD, 2005; AZEREDO, 2007).

Cabe ainda ressaltar que a população brasileira possui características como baixa escolaridade e consciência de cidadania, e que persistem dificuldades no acesso ao sistema de saúde e na utilização dos serviços no Brasil. Tais fatores dificultam o uso e adequação de instrumentos de avaliação desenvolvidos para outras realidades, “importados” da literatura internacional (VAITSMAN et al., 2005).

3. Metodologias e Instrumentos de avaliação da qualidade na ESF

A seguir, são revisados os instrumentos e as metodologias descritos na literatura para avaliar a qualidade do cuidado prestado na ESF, com ênfase naqueles que envolvem a perspectiva ou satisfação do usuário.

Existem diversos tipos de metodologias para avaliação da qualidade do serviço e elas variam com a sua forma, propósito, objeto da melhoria da qualidade e metodologias (BRASIL, 2005). Quanto à forma de avaliação, esta pode ser interna e externa. Um exemplo de avaliação externa é a acreditação.

3.1. Acreditação

A acreditação consiste na avaliação da existência do padrão em um serviço, isto é, um padrão constitui a meta ideal que deve ser atingida num dado serviço (CORDEIRO, 2000). A avaliação de conformidade dos padrões nos serviços compreende uma boa metodologia de avaliação da sua qualidade. Embora hoje a acreditação seja uma prática comum em diversos países, o sucesso da *Joint Commission*, nos Estados Unidos, tornou-se o espelho para o mundo (HARTZ, 2008; CORDEIRO, 2000). A *Joint Commission International* (JCI) é a subsidiária internacional que desenvolve a metodologia de acreditação fora dos EUA; no Brasil, é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) (HARTZ, 2008). O CBA adaptou para a língua portuguesa o Manual Internacional de Padrões para Utilidades de Cuidados Primários (HARTZ, 2008).

Os padrões internacionais do manual de acreditação estão estruturados em quatro grupos – Integração e Envolvimento da Comunidade; Serviços Voltados ao Paciente; Organização e Prestação de Serviços e Melhoria em Qualidade e Segurança. As respostas aos padrões se organizam em cinco categorias: conformidade (total atendimento aos requisitos); conformidade parcial (determinados requisitos são obtidos, porém são necessários ajustes ou melhorias); não conformidade (nenhum dos requisitos é atendido); não se aplica e não

avaliado. Os resultados são discutidos com os gestores e profissionais para possibilitarem um planejamento na lógica da melhoria contínua da qualidade (HARTZ, 2008).

No Brasil, o Projeto Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf) adaptou a metodologia de avaliação externa baseada nos padrões do referido manual de acreditação internacional (HARTZ, 2008).

3.2. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – Primary Care Assessment Tools – Brasil (PCATools-Brasil)

Segundo STARFIELD, um serviço orientado para APS pode ser definido operacionalmente de acordo com a presença dos quatro atributos essenciais – longitudinalidade, integralidade (elenco de serviços), coordenação da atenção e acesso (atenção ao primeiro contato) –, além de três atributos derivados, que são orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002; 2011).

O PCATools é uma ferramenta utilizada para avaliar a obtenção desses atributos pelo serviço. Foi elaborado pela equipe de Barbara Starfield e colaboradores (The Johns Hopkins Primary Care Policy Center – PCPC), entre 1997 e 2001.

O PCATools possui diferentes instrumentos para diferentes atores:

- usuários crianças e adolescentes (PCATools versão crianças);
- usuários maiores de 18 anos (PCATools versão adultos);
- profissionais de saúde;
- coordenadores ou gerentes do serviço de saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

A aplicação de instrumentos similares possibilita comparar as visões dos diferentes atores. Sua versão original era autoaplicável (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

No Brasil, no processo de validação, os instrumentos passaram por tradução, adaptação cultural e adaptação para utilização por meio de entrevistadores. A ferramenta para

população infantil brasileira, PCATools versão criança, foi a primeira versão a ser validada no país (HARZHEIM et al., 2006).

Cada um dos instrumentos sofreu adaptações para ser utilizado por meio de entrevistadores. Como a versão para profissionais de saúde ainda não foi validada no Brasil, é possível avaliar a perspectiva dos profissionais usando os itens do instrumento da versão usuários para população adulta – PCATools adultos – com as questões do atributo de integralidade da versão PCATools crianças (BRASIL, 2010).

O instrumento é composto por 55 questões que medem a presença e a extensão dos atributos primários e derivados da APS. Cada atributo é avaliado em relação a um componente de estrutura e outro de processo da atenção (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010). As respostas são estruturadas na forma de escala de *Likert* de 1 a 4 (com certeza não; provavelmente não; provavelmente sim e com certeza sim). A partir dessas respostas é possível construir um escore para cada atributo e componente, podendo correlacionar com a efetividade (resultado) do cuidado (SHI, 2001; BRASIL, 2010).

Os instrumentos PCATools foram adaptados por ALMEIDA e MACINKO (2004), posteriormente utilizados por ELIAS et al. (2006), IBAÑEZ et al. (2006) e STRALEN et al. (2008).

Em São Paulo, o PCATools foi utilizado para comparar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais com as unidades da ESF estratificadas por exclusão social no município, avaliadas pela opinião dos profissionais, gestores e usuários. As opiniões de profissionais e gestores foram semelhantes, porém avaliaram as unidades de saúde de forma menos crítica do que os usuários. Segundo os usuários, as unidades do PSF foram mais bem avaliadas que as UBS (ELIAS et al., 2006).

STRALEN et al. (2008) utilizou o PCATools para avaliar o PSF na perspectiva de profissionais, usuários e acompanhantes de crianças e pessoas incapacitadas em municípios dos Estados de Goiás e Mato Grosso.* Os questionários de profissionais, usuários e acompanhantes possuíam 92, 107 e 110 questões, respectivamente. Os usuários avaliaram de forma mais crítica do que os profissionais de saúde quase todas as dimensões. Em relação à

*Subprojeto Desenvolvimento de Estudos Avaliativos – Linha de Base, do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf).

comparação entre as unidades com e sem Programa de Saúde da Família, o julgamento dos usuários diferiu pouco, com exceção das dimensões de enfoque familiar e comunitário, em que houve diferença estatística em favor das unidades de saúde da família. Em relação à dimensão acesso, as unidades com PSF foram mais mal avaliadas do que aquelas que não o possuem, apesar da pouca diferença estatística (STRALEN et al., 2008).

O estudo de STRALEN et al. (2008) traz uma discussão relevante em relação às diferenças entre PCATools e PSF no que se refere a algumas características da atenção primária à saúde. Entre essas diferenças, destaca-se o enfoque médico do PCATools, enquanto no PSF privilegia-se a relação entre a equipe multidisciplinar e o paciente ou a unidade familiar.

Um estudo transversal e agrupado em *clusters* com o instrumento do PCATools foi realizado com usuários do sistema de saúde de municípios com mais de 100 mil habitantes do Estado de São Paulo, exceto a capital. O nível de satisfação dos usuários foi em média de 50%, com escores melhores para os atributos vínculo e acesso. Nos locais em que os indicadores socioeconômicos populacionais são melhores, os resultados foram mais bem avaliados, exceto para integralidade e orientação comunitária (IBAÑEZ et al., 2006).

ALMEIDA e MACINKO adaptaram metodologia que incluía o PCATools avaliando a opinião de gestores, profissionais e usuários, além de dados secundários. Depois de avaliados os dados coletados, foram criados índices compostos da AB, contendo os oito atributos de atenção primária à saúde. Seus resultados mostraram diferença significativa de avaliação conforme os atores envolvidos. Houve melhor avaliação da ESF em relação ao modelo tradicional (ALMEIDA e MACINKO, 2006).

As dimensões e os elementos de mensuração do PCATools foram utilizados no presente estudo para julgamento dos especialistas quanto a relevância e validade para avaliação da qualidade do serviço oferecido pela perspectiva do usuário.

3.3. Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ)

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) é outro instrumento utilizado para avaliação da qualidade da ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), desenvolvido pela gerência da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com cooperação técnica da Organização Pan-Americana de Saúde e do Instituto de Qualidade em Saúde de Portugal (CAMPOS, 2005).

O AMQ constitui uma metodologia de autoavaliação por adesão voluntária dos gestores dos municípios, sem recompensa ou punições em função dos resultados, integra o Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação Estadual (Ministério da Saúde, 2005). Possui instrumentos específicos para coordenadores, gestores e profissionais da equipe da ESF e unidades de saúde. Os instrumentos têm dois componentes: "Gestão e coordenação local da ESF" e "Equipes de Saúde da Família" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Os componentes "Gestão" e "Equipes de SF" foram divididos em cinco dimensões e estas em subdimensões (Figura 5).

Figura 5: Dimensões e subdimensões do instrumento Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família, por unidade de análise

Unidades de Análise	Dimensões e Subdimensões	
Gestão	Desenvolvimento da SF	Implantação da SF no município Implementação da SF no município Integração da rede de serviços Gestão do trabalho Fortalecimento da coordenação
	Coordenação Técnica das ESF	Planejamento e Integração Acompanhamento das Equipes Gestão da Educação Permanente Gestão da Avaliação e Normatização
	Unidades de SF	Infraestrutura da USF Equipamentos da USF Insumo Imunobiológicos Medicamentos
Equipe de Saúde da Família	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em SF Acolhimento Humanização e Responsabilização Promoção da Saúde Participação Comunitária e Controle Social e Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF
	Atenção à Saúde	Saúde de Crianças Saúde de Adolescentes, Saúde de Mulheres e Homens Adultos Saúde de Idosos Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada e Padrões Loco-regionais.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

O AMQ tem como intuito traçar um diagnóstico de desenvolvimento da SF. Todos os instrumentos do AMQ estão categorizados segundo padrões preestabelecidos, os estágios de desenvolvimento foram classificados de E a A, como mostra a Figura 6.

Figura 6: Estágios, conceitos e definições do AMQ

Estágios	Conceitos dos estágios	Definição da categoria
E	Qualidade elementar	Elementos fundamentais de estrutura e das ações mais básicas da ESF
D	Em desenvolvimento	Elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho
C	Consolidada	
B	Boa	
A	Avançado	

Fonte: Ministério da Saúde, 2002

Os estágios E, D e C estão relacionados ao processo de implantação; os estágios A e B relacionam-se à garantia da qualidade propriamente dita. Os padrões foram elaborados a partir de um grupo de trabalho do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil, com apoio técnico do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal e participação dos municípios e Estados (BRASIL, 2005). Para a formulação dos padrões foram usados os princípios, campos de atuação e diretrizes da ESF. Os padrões são o patamar de qualidade desejado e esperado e são estabelecidas as respostas dadas através de perguntas de “sim” e “não”. Os padrões foram validados com especialistas na área e em seguida com usuários em potencial. Um teste-piloto com 500 equipes de 24 municípios oriundos das cinco Regiões do Brasil foi realizado. O AMQ, diferentemente do PCATools, é respondido pela equipe e não pelo médico ou enfermeiro individualmente (MEDEIROS, 2011).

O AMQ foi formulado com base em alguns marcos teóricos. Um deles corresponde à tríade donabediana (estrutura, processo e resultado), o que pressupõe que bons processos gerem bons resultados (BRASIL, 2005; CAMPOS, 2005).

O AMQ propõe a melhoria contínua da qualidade, isto é, após o diagnóstico (feito a partir da avaliação), são estabelecidos objetivos e metas claras para o desenvolvimento de um

plano de ações, de modo a se atingir um melhor patamar de qualidade. Cerca de três meses após a implementação das ações para melhoria da qualidade, deve ocorrer uma reavaliação para um novo diagnóstico, de modo a estabelecer um ciclo contínuo de qualidade (CAMPOS, 2005).

Para a melhoria contínua da qualidade, os atores desenvolvem em conjunto a intervenção e utilizam uma planilha como ferramenta, com o objetivo de melhoria e mudança de um estágio de qualidade para o patamar superior (BRASIL, 2005). Segundo CAMPOS (2005), a cultura avaliativa da APS e a melhoria contínua da qualidade devem estar inseridas na rotina dos serviços de saúde. A adesão dos municípios ao uso dessa metodologia mostrou-se baixa, apenas 5% dos municípios e 7% das equipes de ESF concluíram uma avaliação (BRASIL, 2010). O AMQ não possui um instrumento de avaliação pela perspectiva do usuário.

3.4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi criado pela Portaria 1654/GM/MS, em 2011, fruto de pactuação entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). O PMAQ tem como objetivo principal aumentar o acesso e garantir a melhoria da qualidade do cuidado na atenção básica (BRASIL, 2011). Possui diretrizes e destaca-se por induzir a cultura avaliativa da APS. Entre seus objetivos específicos, os de maior interesse para este trabalho são: aumentar o foco no usuário, através da maior participação e controle social, e responsabilizar os profissionais pela melhoria de condições de saúde e satisfação do usuário. O PMAQ também tem como objetivo específico, a partir da maior qualidade do cuidado oferecido pela APS, ampliar o acesso e o impacto nas condições de saúde e na satisfação do usuário (BRASIL, 2012b).

O PMAQ é parte do projeto do Ministério da Saúde denominado Saúde Mais Perto de Você. Uma das metodologias que compõe o PMAQ é a de autoavaliação, o instrumento utilizado é o Autoavaliação de melhoria do acesso e da qualidade da APS (Amaq). O instrumento foi baseado no AMQ, revisto e adaptado. Para compor o PMAQ, além do AMQ

foram utilizadas outras ferramentas de avaliação da APS, como Moniquor, PCATools e *Quality Book of Tools* (BRASIL, 2012a).

O PMAQ possui quatro fases, que formam um ciclo contínuo da qualidade: contratualização, desenvolvimento, avaliação externa, recontratualização. A fase de contratualização constitui a formalização da adesão das equipes e dos municípios com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). A segunda fase é a do desenvolvimento, composto por quatro etapas: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Na autoavaliação, a equipe de cuidado formula um juízo conjunto. Constrói-se uma opinião a respeito dos pontos de deficiência e os pontos fortes de seu processo de trabalho, o que possibilita construir conjuntamente um plano de intervenções para superar os pontos negativos. O instrumento sugerido pelo Departamento de Atenção Básica do MS é o Amaq. O monitoramento tem como objetivo monitorar os indicadores contratualizados (BRASIL, 2012b). Uma semelhança entre o AMQ e o monitoramento dos indicadores do PMAQ reside na falta de caráter punitivo, entretanto, ao contrário do AMQ, o PMAQ envolve incentivos financeiros aos municípios (BRASIL, 2012b).

A avaliação externa corresponde à terceira fase, com o levantamento de informações de acesso e qualidade das unidades básicas dos municípios (BRASIL, 2012c). Divide-se em quatro módulos: observação da unidade (infraestrutura e insumos), entrevista com profissional da equipe, verificação de documentos da unidade básica de saúde e entrevista com o usuário (BRASIL, 2012c). Nessa fase, têm importância o diagnóstico e o subsídio à recontratualização dos municípios e das unidades básicas de saúde de forma mais singularizada. Ouvir os usuários através de entrevista visando à avaliação da satisfação e sua percepção quanto ao cuidado recebido, o acesso e a utilização do serviço constitui outro fator relevante (BRASIL, 2012c). Os usuários são entrevistados em data previamente conhecida pela UBS. São selecionados quatro usuários para responder o questionário, que é composto por uma parte geral de identificação e cadastramento do bolsa-família, seguindo-se a avaliação do acesso conforme horário, possibilidade de escolha de equipes, avaliação da marcação de consulta, da Atenção Integral à Saúde, de vínculo e responsabilização, coordenação do cuidado, visita domiciliar e, por fim, a avaliação, a satisfação e a percepção do usuário. Em relação à satisfação do usuário, são abordados: existência de equipamentos e medicamentos necessários, condições de higiene, o cuidado recebido da equipe de saúde da unidade básica, existência de mecanismos de participação e de ouvidoria municipal e do MS

(BRASIL, 2012c). Todos os elementos de mensuração presentes na entrevista ao usuário pelo PMAQ foram utilizados no presente estudo, exceto os relacionados especificamente a ciclo de vida (avaliação do cuidado com a criança ou gestante) ou ao cuidado a doença crônica específica (como avaliação do cuidado recebido pelo hipertenso e pelo diabético) (BRASIL, 2012c). A finalização dessa fase é a certificação das equipes pelo MS, Conass e Conasems (BRASIL, 2012c).

A quarta fase do PMAQ é a recontractualização baseada na avaliação de desempenho de cada equipe, na qual são repactuados metas e indicadores para cada equipe, fechando o ciclo de qualidade do PMAQ (BRASIL, 2012b).

A implementação do PMAQ foi iniciada em 2011 e os ciclos ainda não foram concluídos.

A presente pesquisa utiliza as dimensões e os elementos de mensuração do PMAQ para julgamento pelos especialistas quanto a sua relevância e validade.

3.5. Estudos de Linha de Base (ELB)

O Estudos de Linha de Base (ELB) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, dentro do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) (BODSTEIN et al., 2006). Esse programa voltado para municípios com mais de 100 mil habitantes apoia a ampliação, consolidação e qualificação da ESF. Com financiamento do Banco Mundial, o Proesf possui três componentes técnicos e subcomponentes, o ELB faz parte do terceiro componente técnico do Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2003).

Os ELBs foram coordenados pela Coordenação de Avaliação e Acompanhamento da Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, visando à institucionalização da avaliação em AB e um referencial para posteriores estudos, permitindo avaliação dos resultados e impactos na saúde da família (BODSTEIN et al., 2006 e TOMASI et al., 2011).

A partir de 2005 foram avaliados 168 municípios com mais de 100 mil habitantes e mais de 35 mil usuários reais ou em potencial foram entrevistados (BODSTEIN et al., 2006).

O estudo foi desenvolvido em quatro dimensões: político-institucional, desempenho dos serviços de saúde, organização da atenção e cuidado integral (BODSTEIN et al., 2006).

Um estudo transversal em áreas com e sem ESF completou os estudos de linha de base. Diversas fontes de dados foram utilizadas, como análise de dados secundários, grupos focais, questionários e entrevistas com gestores, profissionais e usuários (BODSTEIN et al., 2006). Destacam-se neste trabalho as percepções sobre saúde-doença e cuidado, avaliadas por profissionais, gestores e usuários (BODSTEIN et al., 2006).

Para o aprimoramento de metodologias e instrumentos de coleta de dados foram utilizados metodologias e instrumentos do PCATools-Brasil, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-Saúde), da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS) e da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) (BODSTEIN et al, 2006). O grupo do ELB do Rio de Janeiro optou por usar o mesmo instrumento que a Pesquisa Mundial de Saúde, usado no Brasil em 2003. A equipe do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (Nescon) da Universidade Federal de Minas Gerais, responsável pelos municípios com mais de 100 mil habitantes na região centro-norte, optou por metodologia própria (HARTZ, 2008).

Os elementos de mensuração usados para avaliar as percepções dos usuários sobre saúde-doença e cuidado foram usados no presente trabalho para avaliação dos especialistas.

3.6. Pesquisa Mundial de Saúde (PMS)

A Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) foi uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2000, a OMS se comprometeu através do Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2000) a monitorar as desigualdades em saúde, avaliar os desempenhos dos serviços de saúde e promover a equidade nos financiamentos de saúde (SZWARCOWALD e VIACAVA, 2008).

A OMS baseou a pesquisa em cinco módulos: responsividade (*responsiveness*), que é a capacidade de resposta do sistema de saúde avaliada pelo nível médio de satisfação do usuário, desigualdades na capacidade de resposta do sistema de saúde, estado de saúde (medido pela esperança de vida ajustado pelas incapacidades), desigualdade do estado de

saúde (medido pela probabilidade de morte nos dois primeiros anos de vida) e justiça na contribuição ao financiamento de saúde (SZWARCWARD e VIACAVA, 2008). Foi estabelecido um índice resumo, chamado índice geral de desempenho do sistema de saúde, com a média ponderada dos cinco indicadores descritos. Estes resultados foram publicados pela OMS em forma de *ranking* e criticados pela comunidade científica, tanto pela metodologia de avaliação de desempenho quanto pela falha de dados de base populacional que permitissem esta avaliação (SZWARCWARD e VIACAVA, 2008).

A partir de uma proposta internacional, realizou-se em 2003 no Brasil a Pesquisa Mundial de Saúde-Brasil, sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz. A PMS-Brasil possuía dois objetivos: diagnosticar o estado de saúde da população brasileira e avaliar o cuidado recebido de acordo com as expectativas da população usuária do sistema de saúde. Os dados gerados podiam ser associados às características demográficas e socioculturais (SZWARCWARD e VIACAVA, 2008). O instrumento da PMS foi traduzido para o português e adaptado para nossa realidade. O questionário se divide em domiciliar e individual. O questionário domiciliar trata de aspectos socioeconômicos, composição de domicílio e se o usuário possui ou não plano de saúde. O questionário individual trata de questões como a autoavaliação do estado de saúde, fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição e fatores ambientais), situações crônicas de saúde (diagnóstico, tratamento e uso de medicamentos), situações agudas de saúde (assistência), cobertura de programas de saúde (assistência pré-natal, saúde materno-infantil e saúde bucal), e qualidade de resposta do sistema de saúde sob a ótica do usuário (SZWARCWARD e VIACAVA, 2008).

A PMS-Brasil foi realizada em dois momentos, o primeiro em 2003, em âmbito nacional, com o objetivo de avaliar o desempenho do SUS, e em 2005, de forma adaptada para atenção básica e denominada Pesquisa Mundial de Saúde-Atenção Básica (PMS-AB), em estudos do Proesf. A PMS-AB foi realizada nos Estados do Rio de Janeiro e Pernambuco e em dez municípios com mais de 100 mil habitantes nas Regiões Norte e Nordeste (GOUVEIA et al., 2009). O objetivo da pesquisa era avaliar o desempenho do SUS. A avaliação da satisfação pelo usuário se apresentou como parte dos resultados e teve como desafio a comparabilidade nacional e internacional com outros sistemas de saúde (GOUVEIA et al., 2009).

GOUVEIA et al. (2009) compararam nacionalmente os dados da PMS e PMS-AB. Nos dois estudos a amostra foi aleatória, com usuários maiores de 18 anos que tivessem sido atendidos pelo SUS nos meses anteriores. O inquérito de satisfação foi feito com 16 perguntas e respostas usando a escala de *Likert*. Na PMS de âmbito nacional foram selecionados cerca de 5.000 usuários e na PMS-AB, mais de 700 usuários (GOUVEIA et al., 2009). Entre os resultados, cabe destacar que a maior insatisfação correspondeu aos usuários que utilizam exclusivamente os serviços do SUS. As chances de insatisfação foram mais elevadas entre jovens, com baixa escolaridade e autopercepção de saúde ruim. Os usuários da Região Sul referiram maior satisfação do que os da Região Nordeste, especialmente os de Pernambuco (GOUVEIA et al., 2009).

No presente estudo, foram utilizados as dimensões e elementos de mensuração da PMS em relação ao usuário.

3.7. A Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Grandes Centros Urbanos – Dez Estudos de Caso

A pesquisa A Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos – Dez Estudos de Caso teve como um dos objetivos subsidiar o Proesf. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) coordenou a pesquisa, realizada em dez centros urbanos escolhidos por exibirem: mais de 100 mil habitantes; experiências bem-sucedidas (Aracaju, em Sergipe, e Camaragibe, em Pernambuco); bons indicadores e investimento institucional; bom desempenho na rede de atenção com criação de sistema de referência (Vitória, no Espírito Santo, e Vitória da Conquista, na Bahia); alta cobertura de PSF (Palmas, em Tocantins). Outros municípios que não preenchiam esses critérios foram selecionados para participar da pesquisa: Goiânia, em Goiás, e Brasília tinham dificuldades na implementação do PSF, programa paralelo e/ou PSF incompleto; São Gonçalo (RJ) e Campinas (SP), onde a implantação estava em fase inicial, também foram pesquisados (BRASIL, 2005).

Os objetivos da pesquisa dos grandes centros urbanos foram: analisar a implementação da ESF, o estabelecimento de vínculo com a comunidade e a conversão do modelo tradicional em ESF (BRASIL, 2005). A metodologia utilizada foi estudo de caso com inquéritos de

profissionais e usuários. Foi realizado um diagnóstico das características do município, como número de equipes por comunidade, composição da equipe, da coordenação, dados demográficos do município, entre outros, seguido pelo trabalho de campo. O trabalho de campo foi realizado com questionário semiestruturado para conselheiros municipais e representantes de usuários, questionário autoaplicável para os integrantes da ESF e questionário aplicado por entrevistador em famílias usuárias da ESF (BRASIL, 2005). Os questionários foram aplicados por entrevistadores, treinados previamente, numa amostra representativa de famílias usuárias da ESF, em seus domicílios. O questionário era fechado e dividido em cinco partes. Na primeira, as vulnerabilidades eram diagnosticadas, com itens sobre o domicílio e a unidade familiar. A segunda parte investigava a participação em grupos comunitários e a terceira, o estado de saúde do paciente. Na parte seguinte, o conhecimento e a utilização dos serviços de saúde eram o tema (uma parte geral e outra relativa a doenças ou etapas de vida definidos, como gestantes e menores de 2 anos). Por último, a quinta parte dizia respeito a uma avaliação comparativa entre o cuidado recebido no modelo da ESF e o cuidado recebido anteriormente, pelo modelo tradicional, bem como a avaliação da satisfação em relação à ESF (BRASIL, 2005).

Os resultados da pesquisa dos grandes centros urbanos foram classificados por eixos de análise: características municipais e contexto político-institucional da implantação, estratégias de implementação, características de vulnerabilidade das famílias usuárias do PSF pesquisadas, controle social, integração do PSF à rede de serviços de saúde, reestruturação da rede de serviços de saúde, integralidade da atenção, trabalho em equipe dos profissionais de saúde, vínculos estabelecidos entre profissionais das ESF e famílias adscritas, e desenvolvimento local do PSF em relação às normas e aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Em 2008, a metodologia desta pesquisa foi adaptada e reaplicada em quatro centros urbanos (Belo Horizonte, Aracaju, Florianópolis e Vitória). No inquérito com os usuários, na dimensão acesso, as variáveis avaliadas foram: o conhecimento da unidade de saúde da família e seu funcionamento e acessibilidade à unidade (distância, facilidade de ir a pé para a unidade, famílias que conseguem uma consulta sem marcação prévia) (ALMEIDA et al., 2011).

Na dimensão capacidade geral de resolução, os indicadores foram: número de famílias que procuraram especialistas, hospitais e urgências após a implantação da ESF, número de famílias que perceberam melhoria do atendimento após a implantação da ESF e grau de satisfação dessas famílias com a ESF (ALMEIDA et al., 2011).

Na dimensão utilização dos serviços regulares pelas famílias cadastradas, as variáveis foram: famílias que indicam a ESF como serviço de procura regular e serviços de saúde procurados pelas famílias e moradores que adoeceram nos 30 dias anteriores à entrevista (ALMEIDA et al., 2011).

Em Florianópolis, 30% das unidades de saúde da família não eram conhecidas pelas famílias, mas entre os que as conheciam não se identificaram problemas de acesso. Em relação à marcação de consulta médica, o resultado foi muito heterogêneo, entretanto, marcar consulta para demanda programada mostrou-se uma tarefa mais fácil do que para demanda espontânea (ALMEIDA et al., 2011). As famílias participantes do estudo nas quatro cidades em 2008 referiram ter recebido apenas alguns medicamentos dos programas prioritários (ALMEIDA et al., 2011). Em relação à capacidade de resolução da APS, quanto ao indicador "procura dos hospitais e urgências após a implantação da ESF", as famílias desses quatro centros referem menor procura de hospitais e urgências, porém, a procura aos especialistas permanece em proporção mais elevada do que a recomendada na literatura. A procura por especialistas para complementar o cuidado é relatada pelas famílias em cerca de 35% dos casos. Na literatura espera-se uma resolutividade na APS em torno de 80% (VASQUEZ et al., 2009 e ALMEIDA et al., 2011). Por fim, as famílias avaliam que houve melhorias após a implantação da ESF e cerca de 50% delas relataram estar satisfeitas com a ESF (ALMEIDA et al., 2011).

No presente trabalho foram usados os elementos de mensuração da pesquisa Grandes Centros Urbanos para julgamento dos especialistas. Incluíram-se os elementos de mensuração usados nos questionários da família, tanto os de conhecimento, acesso e utilização quanto os de satisfação e avaliação comparativa do cuidado recebido. Não foram contemplados na presente pesquisa os elementos referentes aos usuários hipertensos, diabéticos, gestantes ou menores de 2 anos.

3.8. Barômetro Sanitário

O Barômetro Sanitário é um estudo de opinião realizado pelo Ministerio de Sanidad y Política Social da Espanha, atividade prevista num convênio com o Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Este centro utiliza o Plano Estatístico Nacional Espanhol, principal instrumento do Instituto Nacional de Estadística, que disponibiliza publicamente os dados estatísticos (Espanha, 2007). Esse inquérito domiciliar é aplicado anualmente em cidadãos com mais de 18 anos de ambos os sexos, independentemente de terem ou não utilizado os serviços públicos de saúde, desde 1993 a partir de uma amostra nacional representativa. Esse estudo tem como objetivo avaliar a opinião dos cidadãos sobre o funcionamento do sistema de saúde, sobre o impacto de medidas governamentais e a evolução temporal desses aspectos. Fazem parte dos objetivos avaliar o grau de penetração das campanhas de informação e conhecer a atitude da maioria dos cidadãos diante de problemas de saúde de interesse específico. Funciona dentro de uma perspectiva de melhora contínua da qualidade do Sistema Nacional de Saúde Espanhol (ESPANHA, 2007; 2011a). As variáveis do estudo e seus indicadores são: níveis de satisfação com funcionamento do sistema público espanhol, com a qualidade da assistência nos diversos níveis assistenciais do sistema de saúde, tempo de espera por consultas médicas e por cirurgias (ESPANHA, 2011a). A satisfação com o sistema público de saúde cresceu, bem como melhorou a avaliação dos usuários em relação ao sistema público, na série temporal de 1995 a 2011. Cerca de um em quatro cidadãos espanhóis se mostrou satisfeito com a APS, preferindo as consultas de APS no sistema público ao privado. As dimensões com melhor avaliação são: a proximidade dos centros de saúde e a confiança no médico (ESPANHA, 2011b).

Apesar dos muitos resultados positivos obtidos até 2011 pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) espanhol, antes da crise econômica atual, CONILL et al. relatam a necessidade de reduzir o tempo de espera. Em 2009, 21% da população referia que o SNS funcionava muito bem e cerca de 50% da população relatava que o SNS funcionava bem, mas necessitava de mudanças, entre elas o fator mais presente era o de diminuir o tempo de espera para cirurgias e internações (CONILL et al., 2011).

Os elementos de mensuração do instrumento Barômetro Sanitário referentes à avaliação da APS pelo cidadão foram utilizados na presente pesquisa e também encaminhados para julgamento pelos especialistas.

3.9. QUALITY OF CARE THROUGH PATIENTS' EYES (QUOTE)

O Quality of care through patients' eyes (Quote) tem como objetivo avaliar a qualidade da APS (KERSSENS et al., 2004). O primeiro Quote foi o de origem alemã; atualmente há diversos instrumentos: para avaliação da opinião dos médicos generalistas, para opinião de determinados grupos como o de pessoas idosas (QUOTE-*elderly*), ou para pessoas com determinada patologia, como doenças reumatológicas (QUOTE-*reumathis*) ou pulmonares e pacientes com dependência.

Originalmente, o questionário possuía 16 questões sobre desempenho e valoração do cuidado recebido. Antes de sua aplicação em 12 países europeus, o instrumento foi reduzido para dez questões genéricas. O instrumento é mais centrado no cuidado médico recebido, especialmente nas dimensões de acesso e relação médico-paciente. O formato das respostas se apresenta em quatro opções: sim, não, não realmente, no geral sim (KERSSENS et al., 2004).

Seus indicadores: seu médico generalista o faz esperar por mais de 15 minutos, seu médico generalista lhe explica sobre as medicações prescritas; seu médico generalista lhe prescreve remédios cobertos integralmente pelo sistema de saúde; seu médico generalista permite que você contribua na escolha do seu tratamento; seu generalista busca ter certeza que você verá um especialista em duas semanas depois de ser referenciado; seu médico generalista tem um bom entendimento sobre seus problemas; seu médico generalista lhe considera de forma séria, entre outros. Todos os elementos de mensuração estão na primeira pessoa como afirmativa para concordar, concordar parcialmente ou discordar parcialmente (KERSSENS et al., 2004).

Na presente pesquisa foram usados os elementos de mensuração do instrumento Quote para apreciação pelos especialistas.

3.10. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) foi reformulado a partir do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), ampliando para a avaliação dos serviços de saúde de diferentes complexidades (BRASIL, 2004).

O objetivo principal do PNASS é avaliar a qualidade dos serviços de saúde nas seguintes dimensões: eficiência, efetividade e eficácia, a partir da avaliação da tríade donabediana de estrutura, processo e resultado (BRASIL, 2004). Entre os objetivos específicos, destacam-se: aferir a satisfação dos usuários, identificar as possibilidades de melhoria, produzir conhecimento qualitativo da rede dos serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 2004).

Quanto à metodologia, o PNASS foi dividido em quatro eixos: padrão de conformidade (autoavaliação), indicadores, pesquisa de satisfação do usuário e pesquisa das condições e relações de trabalho (BRASIL, 2004).

A avaliação da satisfação do usuário é de responsabilidade do gestor local e o número de usuários a serem entrevistados é dado pelo Ministério da Saúde, de acordo com o município, segundo cálculo amostral. O instrumento é aplicado em usuários do SUS, nos serviços de ambulatório, emergência e internação, devendo ser discriminado na hora da entrevista o serviço que o usuário preferencialmente concluiu ou está usando (BRASIL, 2004). A satisfação do usuário é avaliada através de uma entrevista com os usuários do SUS, em que o avaliador aborda os seguintes itens: agilidade no agendamento da consulta, agilidade no atendimento, acolhimento, confiança, ambiência (conforto, limpeza, sinalização e ruído), roupas, alimentação, marcas de humanização, gratuidade e expectativa sobre o serviço (BRASIL, 2004). O questionário sobre a satisfação do usuário possui 18 perguntas; quatro indicadores referem-se a pacientes internados. Os demais avaliam a atenção ambulatorial, com um dado objetivo, uma percepção e um julgamento de satisfação. Por exemplo, um dos indicadores de acesso: “Quanto tempo você levou para marcar essa consulta? Você considera que esse tempo: demorou muito, demorou pouco. Em relação a esse tempo você se sente satisfeito, muito satisfeito?” (BRASIL, 2004). As dimensões abordadas no inquérito da satisfação do paciente do PNASS são acesso, organização, relação profissional-usuário e direito do paciente (BRASIL, 2004).

Os indicadores do PNASS referentes à avaliação da satisfação do usuário de pacientes ambulatoriais foram usados na presente pesquisa.

3.11. Técnica para Orientar a Qualidade e Eficiência dos Serviços de Saúde (Toques)/Instrumento de Melhoria do Desempenho (IMD)

A Técnica para Orientar a Qualidade e Eficiência dos Serviços de Saúde (Toques) foi formulada a partir da iniciativa da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, oriunda da metodologia de melhoria da qualidade aplicada à saúde da mulher. A partir de seus resultados exitosos levou à construção de diversas oficinas para a construção do Instrumento de Melhoria do Desempenho (IMD), que representa a ferramenta de acompanhamento e capacitação do PSF (SESA, 2005). Um dos objetivos do IMD é contribuir para a participação do usuário na avaliação da oferta e qualidade dos serviços de saúde. Pode ter caráter autoavaliativo, gerando autoaprendizagem pelas equipes de ESF, ou pode ser usado por avaliadores externos (SESA, 2005).

A metodologia se divide em quatro etapas: reunião de promoção e acordo para a criação da equipe de melhoria da qualidade (EMQ); realização do diagnóstico de base (avaliar o desnível do “desempenho esperado” e o “desempenho encontrado”); análise de causas e desenho de intervenções e gerenciamento de mudanças (SESA, 2005).

Na etapa de gerenciamento de mudanças é usada a Toques. Cabe destacar que um dos pilares para essas mudanças é o processo de monitoramento dos avanços em diversos aspectos, entre eles, os relacionados à satisfação do usuário (SESA, 2005). Toques, tradução da sigla Cope (*Client-Oriented, Provider-Efficient Services*), constitui uma técnica que as unidades de saúde podem usar para avaliar a eficiência de seus serviços e responder melhor às necessidades dos usuários. É composta por um conjunto de ferramentas para avaliar diferentes dimensões da qualidade e satisfação do usuário (SESA, 2005).

As dimensões descritas na literatura como do âmbito da satisfação do usuário, tais como longitudinalidade, informação, acesso, relação profissional de saúde-usuário, na Toques são classificadas como subdimensões de direito do paciente.

Uma das ferramentas do Toques é a entrevista com o usuário, com perguntas relacionadas à percepção e expectativa. Tentam resumidamente responder a três questões: “O que os usuários sabem sobre os serviços oferecidos pela unidade? O que pensam sobre os serviços oferecidos pela unidade? Sugestões para melhorar os serviços?” (SESA, 2005).

3.12. European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)

O European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (Europep) é um instrumento de avaliação do cuidado realizado pelo médico generalista, pela perspectiva dos usuários. Foi desenvolvido por um grupo de médicos generalistas e pesquisadores entre 1995 e 1998 para ser um instrumento internacional de avaliação pelo usuário que propiciasse comparações internacionais e pudesse ter fins formativos (WENSING, 2006). O Europep foi usado em diversos países, entre eles: Alemanha, Dinamarca, Itália, Eslovênia, Suíça, Holanda e Portugal, entre 2002 e 2005. Em todos os países os processos de tradução e validação foram rigorosos (WENSING, 2006).

O Europep versão 2006 possui 23 questões com respostas em formato de escala de *Likert*, em sua maioria com cinco opções, de 1 (má qualidade) a 5 (qualidade excelente). As 23 questões pertencem a conjuntos denominados indicadores-chave, que compõem as principais dimensões a serem julgadas: relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação e organização dos serviços (GROL e WENSING, 2000; FERREIRA e RAPOSO, 2006).

Em estudo conduzido por GROL e WENSING usando o Europep em dez países europeus com cerca de 1.000 pacientes por país, cerca de 80% dos usuários mostraram-se satisfeitos com os cuidados recebidos pela medicina de família, classificando-os como bons ou excelentes (GROL e WENSING, 2000).

Segundo WENSING (2006), existem algumas razões para o Europep ser revisado. Desde a sua elaboração, novos aspectos surgiram devido ao desenvolvimento da APS. Outra razão é que ao longo da sua vasta utilização, foram sugeridas modificações e adaptações, identificaram-se problemas e verificou-se a necessidade de flexibilizar seu uso, com

questionários menores ou com destaque ao cerne do questionário. Por fim, o uso crescente de outros questionários na Europa gerou a necessidade de se revisar o Europep. Em 2006 foi realizada uma revisão do Europep, o que resultou em uma versão curta com dez indicadores.

No Brasil, BRANDÃO et al. (2013) desenvolveram um estudo de adaptação do instrumento Europep para grandes centros urbanos brasileiros. O estudo foi composto de três fases: revisão, adaptação e aplicação em usuários de um Centro de Saúde Escola no Rio de Janeiro. O instrumento adaptado mostrou-se de fácil aplicação e utilização para a avaliação da ESF pela perspectiva do usuário.

Figura 7: Instrumentos da avaliação da satisfação do usuário por autoria, objetivo, público-alvo da aplicação do instrumento, metodologia de aplicação, fontes de dados e escala utilizada

Instrumento Autoria	Objetivo	Público-alvo da aplicação do instrumento	Metodologia de aplicação	Fontes de dados/Escala utilizada
PCAtools The Johns Hopkins;Starfield	Avaliar a presença de atributos primários e derivados da APS	Gestores, profissionais e usuários	Diferentes tipos (primeira versão autoaplicável)	No Brasil, entrevistador mediado/Likert (1 a 4)
AMQ Ministério da Saúde do Brasil (DAB, CAA)	Avaliar a qualidade do Saúde da Família	Profissionais, gestores coordenadores, equipes de SF (não incluiu usuários)	Autoavaliação	Escala de padrões de E a A
PMAQ- AMAQ Ministério da Saúde do Brasil (DAB)	Ampliar o acesso e a qualidade	Equipes de Saúde da Família, usuários	Para avaliação dos usuários: entrevistador mediado Avaliação externa Autoavaliação (Amaq)	Autoavaliação: escalas de E a A

Figura 7: Instrumentos da avaliação da satisfação do usuário por autoria, objetivo, público-alvo da aplicação do instrumento, metodologia de aplicação, fontes de dados e escala utilizada - Continuação

<p>ELB Ministério da Saúde do Brasil (DAB, CAA), Proesf componente 3</p>	<p>Criar um referencial (linha de base) para posteriores estudos sobre a qualidade do cuidado</p>	<p>Gestores, profissionais e usuários do SF</p>	<p>Estudo transversal e ELB</p>	<p>Diversas fontes utilizadas: avaliação de fontes secundárias, grupos focais, questionários e entrevistas. Com usuários: entrevistas (no Rio de Janeiro e usado o mesmo instrumento da PMS) Dividido em 5 possibilidades: excelente, bom, regular, ruim e péssimo</p>
<p>Barómetro Sanitário Ministerio de Sanidad y Política Social da</p>	<p>Avaliar a percepção dos cidadãos sobre o funcionamento do sistema de saúde, sobre o impacto de medidas governamentais e evolução temporal, entre outros</p>	<p>Cidadãos espanhóis</p>	<p>Inquérito domiciliar</p>	<p>Escalas de 1 a 5, Sim ou Não, Não lembro, Não recordo</p>

Figura 7: Instrumentos da avaliação da satisfação do usuário por autoria, objetivo, público-alvo da aplicação do instrumento, metodologia de aplicação, fontes de dados e escala utilizada - Continuação

Espanha, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)	objetivos como avaliar o grau de penetração das campanhas de informação e conhecer a atitude da maioria dos cidadãos diante de problemas de saúde de interesse específico			
Quote	Avaliar a qualidade da atenção primária	Usuários e pacientes de determinados grupos (Quote-elderly ou Quote-reumathism)	Entrevista com os usuários	Afirmativas com as quais os pacientes podem concordar, discordar, concordar parcialmente ou discordar parcialmente
PNASS Ministério da Saúde do Brasil SAA	Avaliar a qualidade dos serviços de saúde	Usuários, gestores, profissionais	Entrevista com usuários	Na maioria das vezes: muito satisfeito, satisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito
IMD/Toques SESA CE	Contribuir para a participação do usuário na avaliação da oferta e	Usuários, profissionais	Entrevistas com usuários	Respostas abertas

Figura 7: Instrumentos da avaliação da satisfação do usuário por autoria, objetivo, público-alvo da aplicação do instrumento, metodologia de aplicação, fontes de dados e escala utilizada - Continuação

	qualidade dos serviços de saúde;melhoria do desempenho do serviço.			
Europep Grupo de médicos generalistas e pesquisadores.	Avaliar o cuidado que os usuários receberam do generalista pela perspectiva dos usuários	Usuários	Questionário entrevistador mediado	Likert 1 (má qualidade) e 5 (qualidade excelente)
PMS OMS Fiocruz (coordenação)	Diagnosticar o desempenho do SUS;diagnosticar o estado de saúde da população brasileira e avaliar o cuidado recebido de acordo com as expectativas da população usuária	Usuários	Questionário entrevistador mediado individual e domiciliar	Likert de 1 a 5
Grandes Centros Urbanos	Analisar a implementação da ESF; estabelecer vínculo com a	Profissionais da ESF; usuários; gestores;	Questionário semiestruturado com	Questionário semiestruturado com

Figura 7: Instrumentos da avaliação da satisfação do usuário por autoria, objetivo, público-alvo da aplicação do instrumento, metodologia de aplicação, fontes de dados e escala utilizada - Continuação

Ministério da Saúde; Fiocruz	comunidade e a conversão do modelo assistencial	conselheiros municipais	conselheiros municipais e representantes de usuários; questionário autoaplicável para os integrantes da ESF; questionário aplicado por entrevistador em famílias usuárias da ESF	conselheiros municipais e representantes de usuários, Questionário autoaplicável para os integrantes da ESF Questionário aplicado por entrevistador em famílias usuárias da ESF
------------------------------	---	-------------------------	--	---

Quase todos os instrumentos usados no Brasil que observam a perspectiva do usuário dependem de um entrevistador (Figura 7). Os instrumentos que utilizam questionários autoaplicáveis são o AMQ e o PMAQ direcionados aos profissionais. A maioria dos instrumentos envolve a mesma estrutura de resposta, com base na escala de *Likert*. A tríade donabediana se tornou presente na base de quase todos os instrumentos.

4. Metodologia

Para conhecer as dimensões e os elementos de mensuração de avaliações pela perspectiva do usuário, foi realizada uma revisão não sistemática da literatura no período de 2005 a 2012, utilizando como descritores: *patient satisfaction*, *user satisfaction*, *health services*, *evaluation*, *methodology* e *review*, combinados de formas diferentes. As bases de dados consultadas foram Medline, Web of Science e a Lilacs. As palavras-chave e as bases de dados foram selecionadas a partir do levantamento da literatura e, principalmente, a partir de trabalho de ESPERIDIÃO e TRAD (2005). Essa revisão de literatura mostrou ênfase metodológica sobre a avaliação da satisfação de usuários com serviços de saúde e englobou o período de 1970 a 2005.

Para atingir os objetivos do presente trabalho, utilizou-se o método Delphi para validar com os especialistas as dimensões e os elementos de mensuração que melhor compõem a satisfação do usuário, selecionados a partir da revisão da literatura.

4.1. Método Delphi

As técnicas Delphi modificado, de grupo nominal e júri simulado (SOUZA, 2010) são técnicas de consenso para a busca de opiniões coletivas de um grupo de especialistas a respeito de um determinado evento, portanto, um consenso de um grupo bem qualificado tecnicamente (WRIGHT e GIOVANAZZO, 2000).

Pressupõe-se que o julgamento coletivo, quando organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo. Baseia-se, portanto, no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade. Entende-se que um painel de especialistas possa resultar em um consenso sobre o tema com escassa concordância na literatura. Essas técnicas têm, portanto, grande utilidade em temas com carência da literatura ou diante da necessidade de criar ideias.

As características essenciais do método Delphi são as trocas de informações e opiniões entre os respondentes, o anonimato das respostas e a possibilidade de revisão de visões

individuais sobre determinado evento com base em uma representação estatística da visão do grupo (WRIGHT e GIOVAZZO, 2000).

O Delphi é feito através de um questionário bem estruturado, em geral de respostas quantitativas, o qual é circulado por diversas rodadas entre esses especialistas até a formação de um grau de convergência satisfatório das respostas e, portanto, um consenso (WRIGHT e GIOVANAZZO, 2000; SOUZA et al., 2005).

Segundo WRIGHT e GIOVANAZZO (2000), os especialistas são definidos como conhecedores de um assunto específico, seja por formação, especialização acadêmica, experiência de atuação na área em pauta.

Em geral, a aplicação do Delphi é acompanhada de material qualitativo, uma síntese das principais informações sobre o assunto na literatura, com o intuito de homogeneizar um pouco mais o conhecimento entre os participantes (WRIGHT e GIOVANAZZO, 2000).

O número de rodadas do questionário varia até a obtenção do consenso, no mínimo há duas rodadas; há poucos relatos na literatura de mais de três rodadas. Em cada rodada, com a resposta quantitativa disponibiliza-se um espaço para respostas qualitativas, como comentários sobre as questões ou cenários não contemplados, as quais sistematizadas e reenviadas com o questionário nas rodadas subsequentes (SOUZA et al., 2005).

As respostas são tabuladas e tratadas estatisticamente com determinação de medidas de tendência central e dispersão, mediana e quartis, e os resultados são devolvidos aos participantes na rodada seguinte. Quanto maior a média, maior é a importância da dimensão. O desvio-padrão sinaliza se os especialistas se localizam mais ou menos ao redor da média, ou seja, permite a estimativa do grau de consenso, quanto menor o desvio-padrão, maior o grau de consenso (ROCHA et al., 2008; WRIGHT e GIOVANAZZO, 2000).

Na rodada seguinte, os participantes podem manter as suas respostas ou optar por outra, no final dessa etapa há uma nova tabulação dos resultados e tratamento estatístico do mesmo, com retorno dos dados aos participantes (WRIGHT e GIOVANAZZO, 2000).

WRIGHT e GIOVANAZZO (2000) descrevem ainda que é bastante comum a incorporação de novas questões, devido às colocações feitas pelos especialistas na primeira rodada.

UCHOA et al. (2008) citam que o caráter participativo e flexível do desempenho do Delphi tem papel de relevância em avaliações de quinta geração, ou avaliações emancipatórias (*empowerment evaluations*).

Existem diversas formas de aplicar o Delphi, a mais comum delas é via Internet (WRIGHT e GIOVANAZZO, 2000).

4.2. Seleção das dimensões que compõem a satisfação dos usuários

A partir da revisão da literatura, foram selecionadas as dimensões que compõem a satisfação dos usuários, posteriormente agrupadas pela proximidade das suas definições, com a ajuda de especialistas. Os elementos de mensuração, na literatura, muitas vezes são denominados indicadores e foram extraídos dos nove instrumentos de avaliação da ESF pela perspectiva do usuário, levantados e classificados por dimensão de acordo com sua definição. Foram selecionadas 14 dimensões:

- Continuidade do cuidado dentro do sistema/coordenação;
- Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade;
- Informação;
- Relação profissional-usuário;
- Vínculo;
- Qualidade técnica/efetividade/resolutividade;
- Direito do paciente;
- Segurança do paciente;
- Organização/estrutura;
- Confiabilidade/expectativa;
- Orientação comunitária;
- Orientação familiar;

- Acesso/acessibilidade/disponibilidade;
- Integralidade.

Os instrumentos para avaliar a satisfação do usuário dos serviços da APS identificados na revisão foram: Primary Care Assessment Tools-Brasil (PCATools-Brasil), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (que se utilizou bastante de um instrumento anterior, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade – AMQ), Estudos de Linha de Base (ELB), Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), Grandes centros urbanos, Barômetro Sanitário, Quality of care through patients' eyes (Quote), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS0, Técnica para Orientar a Qualidade e Eficiência dos Serviços de Saúde (Toques)/Instrumento de Melhoria do Desempenho (IMD) e European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (Europep).

Em relação à pesquisa Grandes Centros Urbanos, foram incluídos os elementos de mensuração usados nos questionários da família, tanto os de conhecimento, acesso e utilização quanto os de satisfação e avaliação comparativa do cuidado recebido na unidade de ESF com a unidade tradicional. Não foram incluídos na presente pesquisa os elementos referentes aos usuários hipertensos, diabéticos, gestantes ou menores de 2 anos.

A partir dos nove instrumentos, foram selecionados 112 elementos de mensuração (após exclusão das variáveis de mesmo significado) e classificados segundo as 14 dimensões e instrumento de origem (Anexo 4). A Figura 8 mostra os agrupamentos de dimensões, suas definições e os elementos de mensuração correspondentes.

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário

Dimensão	Definição	Elemento de mensuração
<p>1.Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/Coordenação.</p>	<p>1.1-Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção. (Proadess)</p> <p>1.2-Integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que tenham sido recebidos (Starfield, 2002)</p>	<p>Você foi preparado sobre o que esperar dos especialistas e dos cuidados hospitalares para os quais você que foi encaminhado quando necessitou?(EUROPEP)</p> <p>As informações que lhe foram dadas permitem que você acesse o especialista?(BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento nesse serviço?(PCAT)</p> <hr/> <p>A equipe buscou resolver a sua necessidade de saúde nesse serviço?(PMAQ)</p> <p>Quando é necessário, o médico, enfermeiro ou dentista nesse serviço o envia para uma consulta com o especialista?(PMAQ)</p> <p>Quando as consultas com o especialista são necessárias, os profissionais desse serviço se empenham para que você consiga?(PMAQ)</p> <p>Depois de ir ao especialista algum profissional desse serviço conversou com você sobre a consulta?(PMAQ)</p> <p>Você demorou até ser atendido pelo especialista na última vez que foi encaminhado por esse serviço?(BARÔMETRO SANITÁRIO) Quando um problema de saúde necessita do médico de família e do especialista ao mesmo tempo, a coordenação entre eles tem sido correta?(BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>O médico/enfermeiro desse serviço sabe quais foram os resultados da sua consulta?(PCAT)</p> <p>O médico/enfermeiro desse serviço pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe pergunta se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?(PCAT)</p> <p>Quando você é encaminhado ao especialista o médico fornece informações por escrito sobre seu problema de saúde?</p> <p>Quando você é encaminhado ao especialista vocês retornam à Unidade de Saúde da Família com informações por escrito sobre resultado da consulta com especialista?(GRANDES CENTROS URBANOS)</p>

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário - Continuação

<p>2.Continuei a ser cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade</p>	<p>Quanto os pacientes se consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo, estabelecendo uma relação pessoal entre profissionais e usuários de longa duração (Starfield, 2002).</p>	<p>Você considera que o profissional conhece você e o seu caso?(EUROPEP) O profissional que lhe atendeu conhece sua história e o seguimento dos seus problemas de saúde?(BARÔMETRO SANITÁRIO) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?(PCAT) Há um médico/enfermeiro desse serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?(PCAT) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?(PCAT) Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço?(PCAT)</p>
<p>3.Informação</p>	<p>Por informação podemos entender de forma simplificada: O profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o paciente possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas (OMS, 2000 apud Vaitsman e Andrade, 2005). Informação e fornecimento de informações relevantes para o paciente, estímulo ao auto-cuidado, atenção para</p>	<p>O profissional que lhe atendeu explicou sobre os exames e tratamentos receitados? (EUROPEP) O profissional que lhe atendeu informou sobre o que gostaria de saber sobre seus sintomas e sobre sua doença? (EUROPEP) O profissional que lhe atendeu abordou questões emocionais relacionados a seus problemas de saúde? (EUROPEP) Você foi incentivado pelo profissional para seguir as orientações e tratamento de saúde?(EUROPEP) Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?(PNASS) Como você classificaria os conselhos do médico sobre alimentação, exercício, cigarro, álcool etc., pontuando-os de 0-10? (BARÔMETRO SANITÁRIO) Como você classificaria as informações disponíveis para acessar o especialista ou ingressar no hospital, pontuando-os de 0-10?(BARÔMETRO SANITÁRIO) Foi lhe oferecido à possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames?(ELB) O profissional lhe informou em linguagem compreensível a respeito dos medicamentos que foram prescritos para mim para que eu possa ter clareza do meu problema?(QUOTE) A equipe verifica rotineiramente se você compreendeu a informação recebida e se deseja alguma outra informação complementar?(IMD/TOQUES)</p>

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário - Continuação

	<p>problemas psicológicos dos pacientes, suporte aos parentes dos pacientes (Wensing et al, 1998)</p>	
<p>4.Relação profissional – usuário</p>	<p>Modo como os prestadores interagem pessoalmente com os pacientes (ex: respeito, amizade e cortesia) (Ware et al, 1983 apud Sitzia e Wood, 1997).</p> <p>Respeito e consideração escuta compreensão, respeito às decisões, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe, respeito à privacidade, confidencialidade e discrição (Prévost, Fafard e Nadeau, 1998 e Trad et al, 2002)</p>	<p>O profissional que lhe atendeu se interessou sobre os seus problemas de saúde? (EUROPEP) Você se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao profissional? (EUROPEP) Foi permitida a sua participação nas decisões do cuidado que o profissional prestou?(EUROPEP) Como você avaliou o tempo dedicado pelo médico a você?(BARÔMETRO SANITÁRIO) Sua opinião é levada em conta?(QUOTE) A equipe de saúde demonstrou: (PNASS) Educação: (PNASS); Respeito: (PNASS) Interesse: (PNASS) Em relação a isso (educação e respeito) você se sente? (PNASS) Todos envolvidos na assistência (médicos, enfermeiros; apoio; segurança, administrativo e outros.) prestam assistência de forma humanizada, com hospitalidade, buscando proteger a integridade física e mental dos usuários e familiares? (PNASS) Disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou seu tratamento?(ELB) Maneira como a intimidade foi respeitada (ELB) Possibilidade de falar em privacidade com o profissional (ELB) imo 1- Durante o atendimento os profissionais de saúde (médico/dentista/enfermeiro) dão tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? Quando você é atendido pela equipe de saúde se sente bem cuidado (tem confiança nos profissionais)? Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço? (PCAT)</p>

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário - Continuação

<p>5.Segurança do paciente</p>	<p>Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais (Proadess)</p>	<p>Alguém da sua família já sofreu algum tipo de erro grave na assistência a saúde recebida na Atenção Primária (BARÔMETRO SANITÁRIO); Este erro o afetou de uma maneira (BARÔMETRO SANITÁRIO): Muito grave; Bastante grave; Pouco grave; Nada grave</p>
<p>6.Acesso/ Disponibilidade/ acessibilidade</p>	<p>Penchansky & Thomas utilizam o termo acesso e centram esse conceito no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, numa interpretação da ideia , na relação entre a oferta e os indivíduos. Identificam várias dimensões que compõem o conceito de acesso: disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; acessibilidade – tomada aqui como uma dimensão do acesso –, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; acolhimento (acomodation), que representa a relação entre a forma como os serviços</p>	<p>Como você avalia a proximidade desse serviço?(BARÔMETRO SANITÁRIO) Como você avalia o horário da consulta? (BARÔMETRO SANITÁRIO) Como você avalia a atenção em domicílio pelo médico ou enfermeira? (BARÔMETRO SANITÁRIO) Como você avalia o tempo de espera até entrar na consulta? (BARÔMETRO SANITÁRIO) Como você avalia o tempo que se toma para fazer as provas diagnósticas? (BARÔMETRO SANITÁRIO) Como você avalia condições de transporte da casa do usuário até esse serviço de saúde?(PMAQ) Como você avalia condições de acesso físico a unidade de saúde (rampas, escada, calçadas, identificação visual)?(PMAQ) Você considera o horário de funcionamento da unidade adequado às suas necessidades?(PMAQ) Você conseguiu marcar consulta de rotina nesse serviço?(PMAQ) Você precisou pegar ficha/senha de atendimento?(PMAQ) Qual foi o tempo de espera, em média, para conseguir a sua consulta?(PMAQ) Você conseguiu atendimento nesse serviço quando se sentiu muito mal (dor, febre, pressão alta)?(PMAQ) A consulta foi marcada para quanto tempo?_____. Você considera que: (PNASS)Demorou muito; Demorou; Demorou pouco;Não demorou Com esse tempo você se sente(PNASS)Muito satisfeito; Satisfeito;Insatisfeito; Muito insatisfeito Quanto tempo você levou para ser atendido dentro do serviço?(PNASS) Demorou muito; Demorou; Demorou pouco; Não demorou ; Não foi atendido Com isso você se sente:PNASS)Muito satisfeito; Satisfeito; Insatisfeito; Muito insatisfeitoQuando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina,</p>

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário - Continuação

	<p>organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização.</p> <p>Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo. (Proadess).</p>	<p>check-up), você vai ao seu médico ou enfermeiro de família antes de ir a outro serviço de saúde?(PCAT)</p> <p>Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu médico ou / enfermeiro de família antes de ir a outro serviço de saúde?(PCAT)</p> <p>Quando você tem que consultar um especialista, o seu médico ou enfermeiro de família tem que encaminhar você obrigatoriamente?(PCAT)</p> <p>A sua família que conhece o local de funcionamento da ESF?(GRANDES CENTROS URBANOS)</p> <p>Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF (GRANDES CENTROS URBANOS)</p> <p>O seu agente comunitário de saúde o avisa sobre consultas agendadas?(PMAQ)</p> <p>Quando o local de atendimento da equipe da saúde da família pela qual o senhor é atendido está fechado, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?(PCAT)</p> <p>Quando o local de atendimento da equipe da saúde da família pela qual o senhor é atendido está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?(PCAT)</p>
<p>7.Organização/Estrutura</p>	<p>Organizacional: contém questões da parte administrativa e da relação do usuário com o serviço de saúde que pode ser afetada pelo funcionamento do mesmo e elementos do ambiente físico relacionados com o processo de atenção (Serrano-Del Rosal e Loriente-Arin, 2008)</p> <p>Características do ambiente que o cuidado é ofertado (ex: ambientes bem sinalizados e</p>	<p>Como você avalia o apoio dos profissionais do Centro de Saúde, além daquele que o atendeu?(EUROPEP)</p> <p>Há espaço disponível nas salas de espera e atendimento?(ELB)</p> <p>Como você julga a limpeza dos ambientes?(PNASS)</p> <p>Ambientes são limpos, propiciando conforto e bem estar (quarto, banheiro, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros).</p> <p>Como você julga o conforto dos ambientes?(PNASS)</p> <p>Os Ambientes são ventilados e iluminados e os móveis estão suficientemente limpos e íntegros, propiciando conforto e bem estar (móveis, quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros)</p> <p>O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir?(PNASS)</p>

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário - Continuação

	<p>direcionados, instalações conservadas e limpas e atmosfera agradável) (Ware et al, 1983 apud Sitzia e Wood, 1997).</p>	
8.Vínculo	<p>Estabelecimento de relações de confiança e afetividade entre o usuário e o profissional, garantindo a corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de possuir um potencial terapêutico (PNAB, 2011)</p>	<p>O profissional de saúde lhe transmite confiança e segurança?(BARÔMETRO SANITÁRIO)Quando você por algum motivo interrompe o tratamento e/ou não comparece na UBS os profissionais desta UBS buscam fazer um contato?(PMAQ) Caso você tivesse a opção mudaria de equipe ou unidade de saúde?(PMAQ) Você sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?(PNASS) O seu médico ou enfermeiro de família conhece você mais como <i>pessoa</i> do que somente como alguém com um problema de saúde?(PCAT)</p>
9.Direito dos pacientes	<p>Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas. (PROADESS)</p>	<p>Você possui a liberdade em escolher o profissional de saúde?(ELB) Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar?(PNASS) São tomadas medidas para evitar interrupções durante o seu atendimento (por exemplo, fechaduras ou aviso nas portas)? Você é sempre examinado em ambiente fechado?(IMD/TOQUES) Quando existe uma terceira pessoa presente durante o atendimento (por exemplo, estagiário, estudante, médico visitante), o pessoal do serviço explica essa presença e pede sua permissão? (IMD/TOQUES) Quando ocorrem discussões de caso na sua presença, se permite que tome parte? A sua opinião é respeitada?(IMD/TOQUES)</p>
10.Confiabilidade/expectativa	<p>Os serviços cumprirem o que prometeram e estarem habilitados para realizar o serviço</p>	<p>De uma maneira geral, você considera que este estabelecimento(PNASS) A unidade está igual, melhor ou piorou? (IMD/TOQUES) melhorou- em que aspecto? piorou –em que aspecto? (IMD/TOQUES)</p>

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário - Continuação

	(Parasuraman, Zeithamml e Berry, 1998)	O que você acha que não deve mudar na unidade? (IMD/TOQUES) O que você acha que deve ser melhorado na unidade? (IMD/TOQUES) Avaliação das famílias quanto à melhoria do atendimento após implantação da ESF (GRANDES CENTROS URBANOS) Grau de satisfação das famílias com a ESF (GRANDES CENTROS URBANOS)
11. Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade	Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos eliminando ações desnecessárias (PNH, 2002 apud Vaitsman e Andrade, 2005). Nível de aplicação no cuidado de saúde da tecnologia e conhecimento médios disponíveis correntemente (inclui continuidade e satisfação do consumidor) (VUORI, 1984:37).	Avaliação das famílias quanto à resolutividade da ESF e necessidade de encaminhamento para especialista (<i>GRANDES CENTROS URBANOS</i>) Avaliação das famílias quanto à procura por hospitais e especialistas após implantação da ESF Avaliação das famílias quanto à procura por serviços de urgência após implantação da ESF (GRANDES CENTROS URBANOS) Você considera que seus problemas urgentes foram resolvidos com rapidez?(EUROPEP)
12. Integralidade	Refere-se à existência de uma ampla gama de serviços na APS, buscando responder às mais variadas necessidades em saúde. Abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o	Você recebeu aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)?(PCAT) Você recebeu orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)?(PCAT) Em consultas com médico, algum dos seguintes assuntos já foi conversados com você: Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. (PCAT) Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da

Figura 8- Quadro de dimensões e elementos de mensuração da satisfação do usuário - Continuação

	diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (Starfield,2002)	menstruação ou menopausa (PCAT)
13.Orientação familiar	Centrado na família- conhecimento das famílias, dos seus membros e fatores familiares relacionados à gênese e tratamento das doenças;	O seu médico ou enfermeiro de família lhe pergunta sobre <i>suas</i> ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?(PCAT) O seu médico ou enfermeiro de família já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc..)?(PCAT)
14.Orientação comunitária	Orientado para comunidade- conhecimento das necessidades de saúde da população, determinantes da saúde e potencialidades da mesma, bem com o envolvimento comunitário da unidade	O seu médico ou enfermeiro de família conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?(PCAT) O seu médico ou enfermeiro de família ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?(PCAT) Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?(PCAT) Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?(PCAT) Convida você e sua família para participar de Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor /Conselho de Usuários)?(PCAT) Além do Agente Comunitário de Saúde, os outros profissionais da Equipe costumam realizar visita domiciliar na sua comunidade?(PMAQ) Você sabe se sua Equipe de Saúde da Família organiza reuniões com a comunidade para discutir os problemas de seu bairro? Esta Unidade de Saúde da Família oferece serviços de saúde nas escolas?(GRANDES CENTROS URBANOS)

Elaboração própria, 2013

4.3. Preparação de consenso com os especialistas

Para preparar o processo de produção de consenso entre especialistas foram desenvolvidos um texto sobre o objetivo e a metodologia da pesquisa, o referencial teórico utilizado, o conceito adotado para cada dimensão e o elemento de mensuração; outro texto sobre o método Delphi e um convite à participação na pesquisa para enviar aos especialistas (Anexo 1). Um questionário eletrônico com o quadro de dimensões, definições e elementos de mensuração foi elaborado e enviado para os especialistas por mensagem eletrônica (Internet) usando a ferramenta Google Docs.

No questionário foi disponibilizado um espaço para comentários a respeito das dimensões, dos elementos de mensuração e do próprio questionário. Foi solicitado aos especialistas que julgassem as dimensões da avaliação de serviços de APS pela perspectiva do usuário, com base numa escala de 1 a 9, desde relevância mínima até relevância máxima.

Para cada elemento de mensuração, todos acompanhados de sua definição e referência, foram feitas duas perguntas em uma escala de 1 a 9:

- Se o especialista concordava que o elemento de mensuração pertencia àquela dimensão, com três possibilidades de respostas:
 - Concordar que o elemento de mensuração represente a dimensão citada;
 - Discordar que o elemento de mensuração represente a dimensão citada e considerar que não represente qualquer outra dimensão;
 - Discordar que o elemento de mensuração represente a dimensão citada e considerar que o elemento de mensuração pertença a outra dimensão.
- Caso o especialista concordasse que o elemento de mensuração representava a dimensão citada, a pergunta era: Qual a validade do mesmo para essa dimensão?

O texto de apoio mencionado anteriormente foi enviado com o termo de participação de livre consentimento (Anexo 0). A resposta do questionário via Internet significava o aceite

do termo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Esta explicação constava do texto que foi enviado.

4.4. Seleção dos especialistas para reunião de consenso

Os especialistas foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

- médicos com título de especialista em medicina de família e comunidade ou residência médica e mais de dois anos de experiência profissional na ESF. O conceito de especialista utilizado foi "profundo conhecedor do assunto seja por formação acadêmica ou por experiência na área de atuação que está sendo avaliada" (WRIGHT e GIOVANAZO, 2000);
- enfermeiros com especialização ou residência em saúde da família e mais de dois anos de experiência profissional na ESF;
- pesquisadores em avaliação de qualidade em APS;
- gestores de saúde com experiência em APS.

Informantes-chave (médicos e enfermeiros reconhecidos por sua qualidade técnica por seus pares) ajudaram no recrutamento dos médicos e enfermeiros especialistas. Os informantes-chave participam de discussões da Sociedade Brasileira de Medicina de Família & Comunidade (SBMFC) e Associação de Medicina de Família & Comunidade do Rio de Janeiro (AMFAC-RJ), ou são coordenadores da residência de Medicina de Família & Comunidade que também tenham atuado como MFC.

Os pesquisadores em avaliação de qualidade em APS foram selecionados entre os autores dos artigos contidos na revisão bibliográfica. Os gestores de saúde foram selecionados entre os que tinham experiência em gestão em APS, ocupando ou não cargo ligado à atividade.

Foram selecionados 30 especialistas. Foi possível fazer contato prévio com 22 deles e oito receberam apenas o convite por mensagem eletrônica, sem contato prévio.

4.5. Retorno aos especialistas (segunda rodada)

Foram feitas rodadas de retorno aos especialistas. Nesse retorno, foram enviados os resultados da primeira rodada para que pudessem comparar seu ponto de vista com a média de opinião dos demais especialistas. Sua identidade permaneceu anônima, para que não houvesse influência nas respostas. Também foi enviada uma síntese da pesquisa, do método, de seus objetivos e o porquê de uma segunda rodada (Anexo 2).

As dimensões foram classificadas segundo seu grau de relevância e apresentadas com os resultados e suas definições escolhidas na literatura. Os elementos de mensuração foram tabulados segundo os quatro cenários e seus resultados foram apresentados em números, gráficos e discriminados dentro dos cenários possíveis. Aos especialistas que solicitaram, foi enviada uma tabela de dimensões com as suas definições e os elementos de mensuração relacionados, com a respectiva legenda do instrumento a que pertencem.

4.6. Modelo de análise das respostas dos especialistas

As respostas dos especialistas foram lidas conservando seu anonimato. Calcularam-se a tendência central e o percentual de concordância. Quanto maior a média, maior é a importância da dimensão (ROCHA et al., 2010).

Sobre a seleção das dimensões, os pontos de corte e a concordância foram obtidos da seguinte maneira:

- Foram consideradas de baixa relevância e descartadas as dimensões avaliadas com percentual de concordância igual ou superior a 75% de notas menores ou iguais a 3.;
- Foram consideradas consensuais na sua grande relevância as dimensões com percentual de concordância igual ou superior a 75% de notas maiores ou iguais a 7.

Em ambos os casos, a pergunta pertinente não seria levada para a segunda rodada. Os demais casos, taxados de "sem consenso" (na primeira rodada), foram levados para a segunda rodada.

Os elementos de mensuração foram classificados de acordo com a dimensão e a validade, podendo combinar algumas situações descritas na Figura 9.

Figura 9: Possibilidades de seleção dos elementos de mensuração pelos pontos de corte e o percentual de concordância

Cenários de consenso do elemento de mensuração	Classificação
Concordância de que o elemento de mensuração pertence à dimensão citada	Mais de 75% dos especialistas concordam que pertence à dimensão citada
Discordância de que o elemento de mensuração pertence à dimensão citada	Menos de 75% dos especialistas concordam que pertence e menos de 25% concordam que não pertence a qualquer dimensão Especialistas podem concordar que o elemento pertença a uma outra dimensão
Validade	Classificação
Concordância de que o elemento de mensuração possui validade alta	Pelo menos 75% dos especialistas concordam que o elemento de mensuração possui validade alta (>7)
Concordância de que o elemento de mensuração possui validade baixa	Pelo menos 75% dos especialistas concordam que o elemento de mensuração possui validade baixa (< 3)
Sem consenso se elemento de mensuração tem validade baixa ou alta	Menos de 75% dos especialistas concordam que o elemento de mensuração possui validade alta (>7) e menos de 75% dos especialistas concordam que o elemento de mensuração possui validade baixa (< 3)

Foram elencados 112 elementos de mensuração classificados quanto à dimensão e validade (Anexo 4). De acordo com os resultados, três situações eram possíveis:

- o elemento de mensuração pertence à dimensão citada e tem validade para dimensioná-la. Esse elemento de mensuração não foi para a segunda rodada do método Delphi;
- o elemento de mensuração pode ou não pertencer à dimensão citada. Não há consenso sobre a qual dimensão o elemento pertence. Esse elemento foi para a segunda rodada para um novo julgamento sobre a dimensão a que pertence;
- o elemento de mensuração pertence à dimensão citada, mas não tem validade para dimensioná-la. Esse elemento foi para a segunda rodada para um novo julgamento sobre a sua validade.

Os comentários dos especialistas seriam avaliados e auxiliaram tanto no retorno aos mesmos quanto na elaboração da segunda rodada.

4.7. Retorno dos dados aos especialistas

Ao final, foi dado o retorno dos dados aos especialistas com relação aos resultados da segunda fase.

4.8. Pré-teste

Foi realizado um pré-teste com quatro especialistas, que não participaram da pesquisa, para avaliação do questionário, com espaço para opinarem a respeito do mesmo. O pré-teste compreendeu duas etapas: avaliação da linguagem empregada e avaliação do tempo de preenchimento.

A maior preocupação dos especialistas recaiu na extensão do questionário. Quanto aos demais aspectos, o retorno foi positivo. Sugeriu-se explicitar-se que os especialistas deviam se colocar na posição de usuários.

A etapa seguinte do pré-teste dedicou-se a avaliar se o questionário havia ou não cumprido todas as recomendações do método Delphi. A avaliação dos especialistas foi positiva, porém, destacaram-se as possíveis limitações decorrentes da proximidade das definições de dimensões e elementos de mensuração. Foram feitos alguns ajustes para responder às opiniões dos especialistas.

4.9. Considerações éticas

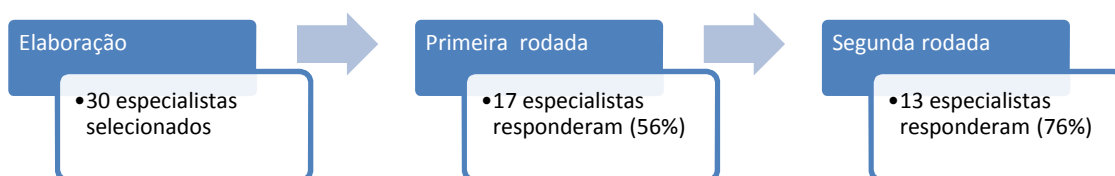
O projeto de pesquisa foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz e aprovado no CEP número CAAE: 028141127000.5240, em 4 de setembro de 2012 (parecer no Anexo 9).

A pesquisa contou com coleta de dados a partir de questionário aplicado aos especialistas na área e avaliação em grupo com especialistas. Todos os participantes foram apresentados a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a resposta ao questionário via Internet foi entendido como aceite ao Termo. A análise das informações fornecidas respeitou a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e o regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública quanto às normas éticas para o desenvolvimento de pesquisas. As informações coletadas foram usadas exclusivamente na pesquisa.

5. Resultados

As respostas dos especialistas foram dadas em duas rodadas. Na primeira, 56% (17 de 30 especialistas) responderam ao questionário em um intervalo de 30 dias. Na segunda rodada, 76% (13 de 17 especialistas) responderam ao questionário, também em um intervalo de 30 dias (Figura 10).

Figura 10: Proporção de especialistas que responderam ao questionário



O percentual de abstenção apurado no presente estudo mostra-se coerente com o descrito na literatura: 44% na primeira rodada e 24% na segunda.

5.1. Primeira rodada de respostas dos especialistas

A média e o percentual de concordância sobre as dimensões são apresentados na Figura 11.

Figura 11: PMédia e percentual de concordância por dimensões

Dimensão	Média	Percentual de concordância
1. Acesso / Acessibilidade/ Disponibilidade	8,82	100,0%
2. Relação profissional usuário	8,64	100,0%
3. Informação	8,47	94,1%
4. Continuidade do cuidado dentro do sistema/coordenação	8,05	88,2%
5. Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/ longitudinalidade	8,00	94,1%
6. Integralidade	8,00	88,2%
7. Vínculo	7,88	94,1%
8. Direito do Paciente	7,88	82,4%
9. Segurança do Paciente	7,70	76,5%
10. Qualidade técnica/ Efetividade/Resolutividade	7,64	82,4%
11. Organização/Estrutura	7,70	82,4%
12. Confiabilidade/ Expectativa	7,29	64,7%
13. Orientação Comunitária	7,23	70,6%
14. Orientação Familiar	7,23	70,6%

Nessa mesma figura, observam-se as dimensões julgadas e ordenadas pelo grau de relevância. As três mais importantes foram: acesso, relação profissional-usuário e informação. No outro extremo, exibiram menor grau de relevância: confiabilidade/expectativa, orientação comunitária e orientação familiar.

Na resposta aberta, diversos especialistas consideraram que vínculo e relação profissional-usuário deveriam fundir-se em uma dimensão. Alguns consideraram a possibilidade de unir as dimensões direito do paciente, segurança do paciente e confiabilidade em dimensão única.

Entre os 112 elementos elencados, para 74 houve concordância entre os especialistas de que pertenciam à dimensão proposta e para 38 elementos não houve consenso:

- os especialistas concordaram que 64 elementos de mensuração pertenciam à dimensão citada e tinham validade para dimensioná-la;
- não houve consenso entre os especialistas para 38 elementos de mensuração quanto ao pertencimento à dimensão citada, mas foi indicado que poderiam ser classificados em uma nova dimensão;
- para dez elementos, houve consenso entre os especialistas que pertenciam à dimensão, porém não houve consenso que eram válidos para avaliar aquela dimensão.

Assim, 57% dos elementos foram considerados válidos e pertencentes à dimensão citada.

Na pergunta aberta, diversos especialistas consideraram que seria relevante manter as questões abertas para os usuários. Outro ponto de destaque foi o da necessidade de criar espaços para informações sobre os usuários (dados socioeconômicos, de saúde), para o relato sobre a experiência vivida pelos usuários após o uso dos serviços de saúde e atitudes nos mesmos.

Os elementos de mensuração discriminados em cada uma das situações encontram-se no Anexo 4.

5.2. Reformulação do questionário e segunda rodada de respostas dos especialistas

Com as respostas dos especialistas na primeira rodada, o questionário, conforme previsto, foi reformulado.

Diante do comentário sobre a similaridade entre as definições de algumas dimensões, foi acrescentada uma pergunta no novo questionário sobre o fato de que as dimensões “vínculo” e “relação profissional-usuário” deveriam ser fundidas, bem como as dimensões: “direitos dos pacientes” e “confiabilidade/expectativa”. Foram acrescentadas, como consequência, duas opções de resposta: “sim” e “não”. As definições das dimensões e seus referenciais teóricos seguiram como texto de apoio. Sobre os elementos de mensuração considerados semelhantes, foram acrescentadas perguntas sobre a possibilidade de fusão.

Foi solicitado no novo questionário que os elementos de mensuração considerados pertencentes à dimensão citada fossem novamente julgados entre a dimensão proposta na primeira rodada e a(s) outra(s) dimensão(ões). Solicitou-se, ainda, a avaliação da sua validade para a nova dimensão, se fosse o caso.

Quanto aos elementos de mensuração que não obtiveram consenso quanto a sua validade, foi feita mais uma rodada para novo julgamento da validade dos elementos de mensuração em relação à dimensão citada na primeira rodada. Foram feitas perguntas sobre a unificação de 22 elementos de mensuração.

O material encaminhado aos especialistas para segunda rodada foi:

- retorno dos dados da primeira rodada sobre as dimensões e os elementos de mensuração;
- retorno dos comentários da primeira rodada;
- tabela com todas as dimensões, suas definições com referenciais teóricos e elementos de mensuração com a indicação do instrumento de avaliação de que origina;
- questionário sobre a possibilidade de fundir algumas dimensões e elementos de mensuração, a partir dos comentários dos especialistas;
- questionário da segunda rodada dos elementos de mensuração sem consenso de validade ou de dimensão ou de ambos;

- questão aberta sobre a pertinência ou não de retirar ou incluir alguma dimensão ou indicador;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, novamente enviado.

Na segunda rodada, os especialistas puderam opinar textualmente sobre a pertinência ou não de retirar ou incluir novamente alguma dimensão ou elemento de mensuração.

5.3. Resultados da segunda rodada

Houve 77% de concordância de que as dimensões “relação profissional-usuário” e “vínculo” deveriam ser unificadas. O percentual de concordância sobre a fusão das dimensões “direitos dos pacientes” e “confiabilidade/expectativa” foi de 46%, portanto, não alcançando o consenso para a fusão.

Em 12 elementos de mensuração, entre os 22 submetidos aos especialistas, houve concordância acima de 75% sobre a sua fusão:

- concordância de 100% dos especialistas para fundir os elementos: “O profissional que lhe atendeu conhece sua história e o seguimento dos seus problemas de saúde?” e “Você considera que o profissional conhece você e o seu caso?”;
- concordância de 85% dos especialistas para fundir os elementos: "O profissional que lhe atendeu informou sobre o que gostaria de saber sobre seus sintomas e sobre sua doença?" e "Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?";
- concordância de 85% dos especialistas para fundir os elementos: "O profissional que lhe atendeu explicou sobre os exames e tratamentos receitados?" e "O profissional lhe informou em linguagem compreensível a respeito do medicamento que foram prescritos para mim para que eu possa ter clareza do meu problema?";
- concordância de 85% dos especialistas para fundir os elementos: "A equipe de saúde demonstrou: Educação?" com "A equipe de saúde demonstrou: Respeito?" e "Em relação educação e respeito você se sente (Muito satisfeito/Satisfeito/Insatisfeito/Muito insatisfeito)?";
- concordância de 85% dos especialistas para fundir os elementos: "A consulta foi marcada para quanto tempo? Você considera que: (Demorou

muito/Demorou/Demorou pouco/Não demorou" com "Qual foi o tempo de espera, em média, para conseguir a sua consulta?" e "Com esse tempo como você se sente? (Muito satisfeito/Satisfeito/Insatisfeito/Muito insatisfeito)?";

- concordância de 100% dos especialistas para fundir os elementos: "Como você julga a limpeza dos ambientes?" com "Ambientes são limpos, propiciando conforto e bemestar (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros)" e "Os ambientes são ventilados e iluminados e os móveis estão suficientemente limpos e íntegros, propiciando conforto e bem-estar (móveis, quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros)";
- concordância de 100% dos especialistas para fundir os elementos: "Você se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao profissional?" com "Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço?", ambos relacionados à relação profissional-usuário;
- concordância de 85% dos especialistas para fundir os elementos: "Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?" com "Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?";
- concordância de 100% dos especialistas para fundir os elementos: "Foi permitida a sua participação nas decisões do cuidado que o profissional prestou?" com "Sua opinião é levada em conta?" e "A sua opinião é respeitada?";
- concordância de 85% dos especialistas para fundir os elementos: "Quando você é atendido pela equipe de saúde se sente bem cuidado (tem confiança nos profissionais)?" com "O profissional de saúde lhe transmite confiança e segurança?";
- concordância de 85% dos especialistas para fundir os elementos: "Como você avalia o tempo de espera até entrar na consulta?" com "Quanto tempo você levou para ser atendido dentro do serviço? (Demorou muito/Demorou/Demorou pouco/Não demorou/Não foi atendido)" com "Com isso você se sente: (Muito satisfeito/Satisfeito/Insatisfeito/Muito insatisfeito)";
- concordância de 92% dos especialistas para fundir os elementos: "Como você julga o conforto dos ambientes? (Muito bom/Bom/Regular/Ruim/Muito ruim" com "Os ambientes são ventilados e iluminados e os móveis estão suficientemente limpos e íntegros, propiciando conforto e bem-estar (móveis, quarto, banheiro, corredores,

recepção, salas de espera, consultórios e outros)?" e "Há espaço disponível nas salas de espera e atendimento?".

Os comentários mais relevantes feitos na segunda fase:

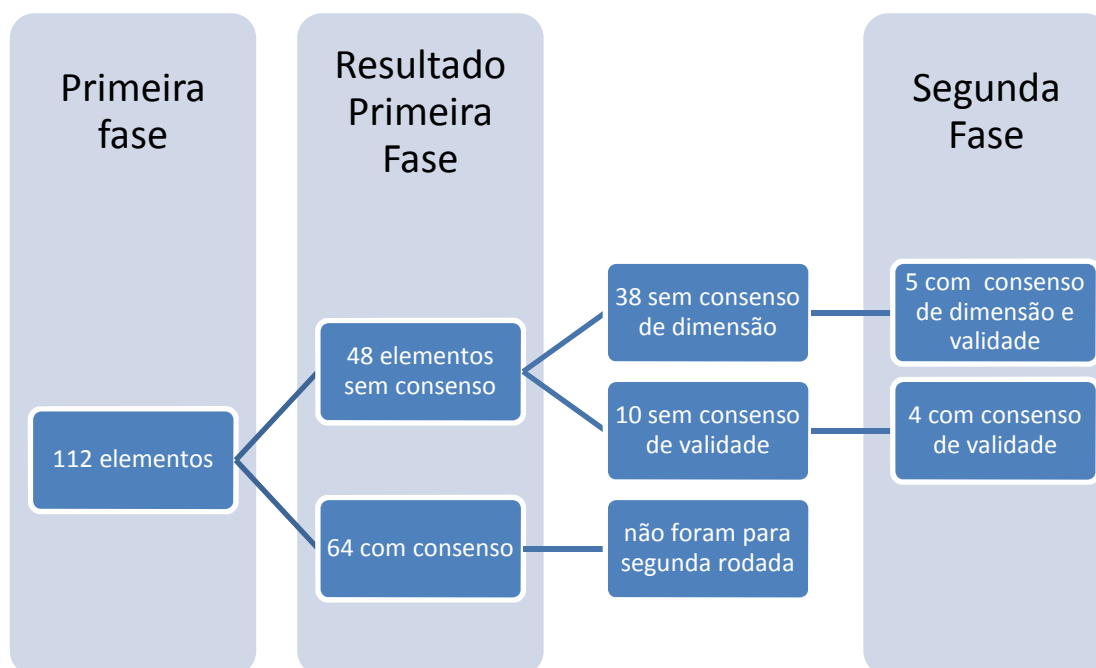
- a possibilidade de agregar ainda mais os elementos de mensuração relacionados ao tempo de espera da consulta/atendimento e os relacionados à estrutura física;
- ressalvas quanto à dimensão vínculo e relação profissional-usuário, longitudinalidade e continuidade de cuidado na mesma dimensão. Sugeriu-se criar três subdimensões para “continuidade”, abrigando informações, atenção e vínculo, e que nesse aspecto se aproximassem em conceito, propondo a criação de subdimensões para longitudinalidade;
- a fusão de dois elementos de mensuração que avaliam a mesma coisa pode resultar não apenas na união dos seus conteúdos, muitas vezes é necessário reformular as perguntas e, em outras vezes, um dos elementos pode ser excluído;
- a existência de perguntas abertas, perguntas fechadas ou com solicitação de enumeração num mesmo instrumento dificulta a avaliação da sua validade;
- ter mais de um elemento aferindo aspectos parecidos da mesma dimensão pode aumentar a confiabilidade do instrumento.

Entre os dez elementos de mensuração em que já havia consenso quanto a sua dimensão, porém sem consenso sobre a sua validade, quatro elementos foram julgados com validade alta:

- “Depois de ir ao especialista, algum profissional desse serviço conversou com você sobre a consulta?”;
- “Quando é necessário, o médico, enfermeiro ou dentista nesse serviço o envia para uma consulta com o especialista?”
- “A sua opinião é respeitada?”
- “Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento?”.

Para segunda rodada, os 38 elementos de mensuração sem consenso de dimensão foram também enviados para julgamento e solicitou-se que os especialistas escolhessem a dimensão que melhor representava o elemento e depois avaliasse a sua validade. Caso escolhessem uma nova dimensão, os especialistas deveriam julgar o grau de pertencimento do elemento de mensuração e sua validade. Entre os 14 elementos de mensuração que obtiveram consenso quanto à dimensão, apenas cinco tiveram consenso também de validade.

Figura 12: Fluxo dos elementos de mensuração, segundo fases de obtenção de consenso:



Na segunda rodada, nove elementos de mensuração tiveram julgamentos alterados (cinco em relação à dimensão e quatro, à validade). A Figura 13 mostra uma lista de elementos de mensuração que foram considerados mais adequados para avaliar outra dimensão (conforme segunda coluna) e avaliados como de boa validade para tanto.

Figura 13- Elementos de mensuração que obtiveram consenso de dimensão e validade na segunda rodada

Elemento de mensuração	Dimensão que melhor representa após a segunda rodada	Percentual de Concordância
“A equipe buscou resolver a sua necessidade de saúde nesse serviço?”	"Qualidade técnica/ Efetividade/Resolutividade "	82%
“Quando é necessário, o médico, enfermeiro ou dentista nesse serviço o envia para uma consulta com o especialista?”	"Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"	91%
“Você demorou até ser atendido pelo especialista na última vez que foi encaminhado por esse serviço?”	"Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"	100%
“Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço?”	“Vínculo”	82%
“Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento?”	"Qualidade técnica/Efetividade/Resolut	82%

Ao elencar todos os elementos de mensuração com consenso vinculados às dimensões, construiu-se um instrumento similar à Figura 14. Essa figura apresenta 13 dimensões da satisfação do paciente e 51 elementos de mensuração com dimensão e validade com percentual de concordância maior de 75% e pontuação maior que 7. As células vazias mostram que nas dimensões integralidade e confiabilidade não houve elemento de mensuração com consenso entre os especialistas a respeito da dimensão e validade.

Figura 14- Elementos de mensuração com consenso na primeira ou segunda fase por dimensão

Dimensão	Elemento de mensuração na primeira fase
“Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação”	<p>1.O médico/enfermeiro desse serviço sabe quais foram os resultados da sua consulta?(PCAT)</p> <p>2.Quando você é encaminhado ao especialista o médico fornece informações por escrito sobre seu problema de saúde?(GRANDES CENTROS URBANOS)</p> <p>3.Quando você é encaminhado ao especialista vocês retornam á Unidade de Saúde da Família com informações por escrito sobre resultado da consulta com especialista? (GRANDES CENTROS URBANOS)</p>
<p>Houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase</p> <p>Quando é necessário, o médico, enfermeiro ou dentista nesse serviço o envia para uma consulta com o especialista? (PMAQ)</p> <p>Você demorou até ser atendido pelo especialista na última vez que foi encaminhado por esse serviço? (BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>Depois de ir ao especialista algum profissional desse serviço conversou com você sobre a consulta? (PMAQ)</p>	
“Continuidade do Cuidado com o mesmo profissional/ longitudinalidade”	<p>4.O profissional que lhe atendeu conhece você, sua história e o seguimento dos seus problemas de saúde? (BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>5.Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? (PCAT)</p> <p>6.Há um médico/enfermeiro desse serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? (PCAT)</p> <p>7.Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? (PCAT)</p>

Figura 14- Elementos de mensuração com consenso na primeira ou segunda fase por dimensão -Continuação

Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase	
“Informação”	<p>8.O profissional que lhe atendeu explicou sobre os exames e tratamentos receitados? (EUROPEP)</p> <p>9.O profissional que lhe atendeu informou sobre o que gostaria de saber sobre seus sintomas e sobre sua doença? (EUROPEP)</p> <p>10.Você foi incentivado pelo profissional para seguir as orientações e tratamento de saúde? (EUROPEP)</p> <p>11.Como você classificaria os conselhos do médico sobre alimentação, exercício, cigarro, álcool etc., pontuando-os de 0-10? (BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>12.Como você classificaria as informações disponíveis para acessar o especialista ou ingressar no hospital, pontuando-os de 0-10? (BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>13.O profissional lhe informou em linguagem compreensível a respeito dos tratamentos que foram prescritos para mim para que eu possa ter clareza do meu problema e se desejam alguma informação complementar? (QUOTE)</p>
Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase	
“Relação profissional – usuário/Vínculo (foram unidas)”	<p>14.O profissional que lhe atendeu se interessou sobre os seus problemas de saúde? (EUROPEP)</p> <p>15.Sua opinião é levada em conta? (QUOTE) Interesse: () Sim () Não (PNASS)</p> <p>16.Em relação a isso (educação e respeito) você se sente? (PNASS) () Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito</p> <p>17.Maneira como a intimidade foi respeitada (ELB)</p> <p>18.Possibilidade de falar em privacidade com o profissional (ELB)</p> <p>19.Perguntas classificadas em Excelente/Bom; Regular; Ruim ou péssimo</p> <p>20.Quando você é atendido pela equipe de saúde se sente bem cuidado (tem confiança e segurança nos profissionais)?(PCAT)</p>

Figura 14- Elementos de mensuração com consenso na primeira ou segunda fase por dimensão -Continuação

	<p>21.Você se sente à vontade e com tempo para contar as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço? (PCAT)</p> <p>22.Caso você tivesse a opção mudaria de equipe ou unidade de saúde? (PMAQ)</p> <p>23.Você sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu? (PNASS) () Sim () Não</p> <p>24.O seu médico ou enfermeiro de família conhece você mais como <i>pessoa</i> do que somente como alguém com um problema de saúde? (PCAT)</p>
<p>Houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase</p> <p>Foi permitida a sua participação nas decisões do cuidado que o profissional prestou?(EUROPEP)</p>	
<p>“Segurança do paciente”</p>	<p>25.Alguém da sua família já sofreu algum tipo de erro grave na assistência a saúde recebida na Atenção primária (BARÔMETRO SANITÁRIO);</p> <p>26.Este erro o afetou de uma maneira (BARÔMETRO SANITÁRIO): Muito grave; Bastante grave; Pouco grave; Nada grave</p>
<p>Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase</p>	
<p>“Acesso/ disponibilidade/ acessibilidade”</p>	<p>27.Como você avalia a proximidade desse serviço?(BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>28.Como você avalia o tempo de espera até entrar na consulta? (BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>29.Como você avalia o tempo que se toma para fazer as provas diagnósticas? (BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>30.Como você avalia condições de acesso físico a unidade de saúde (rampas, escada, calçadas, identificação visual)? (PMAQ)</p> <p>31.Você considera o horário de funcionamento da unidade adequado às suas necessidades? (PMAQ)</p> <p>32.Você conseguiu marcar consulta de rotina nesse serviço? (PMAQ)</p> <p>33.Você conseguiu atendimento nesse serviço quando se sentiu muito mal (dor, febre, pressão alta)? (PMAQ)</p> <p>34.Qual foi o tempo de espera, em média, para conseguir a sua consulta? (PMAQ)</p>

Figura 14- Elementos de mensuração com consenso na primeira ou segunda fase por dimensão -Continuação

	<p>35.Você considera que: (PNASS) <input type="checkbox"/> Demorou muito <input type="checkbox"/> Demorou <input type="checkbox"/> Demorou pouco <input type="checkbox"/> Não demorou</p> <p>36.Com esse tempo você se sente(PNASS) <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito</p> <p>37.Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu médico ou enfermeiro de família antes de ir a outro serviço de saúde?(PCAT)</p> <p>38.Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF (GRANDES CENTROS URBANOS) <i>Recebo todos os medicamentos</i> <i>Recebo apenas alguns medicamentos</i> <i>Não recebo medicamento algum</i></p>
Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase	
<p>“Organização/ Estrutura”</p>	<p>39.Como você julga a limpeza dos ambientes?(PNASS) <input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim</p> <p>40.Como você julga o conforto dos ambientes?(PNASS) <input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim</p> <p>41.O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir? (PNASS) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não percebido</p>
Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase	
<p>“Direito dos pacientes”</p>	<p>42.Você possui a liberdade em escolher o profissional de saúde? (ELB)</p> <p>43.Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar? (PNASS) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>44.Você é sempre examinado em ambiente fechado? (IMD/TOQUES)</p> <p>45.Quando existe uma terceira pessoa presente durante o atendimento (por exemplo, estagiário, estudante, médico visitante), o pessoal do serviço explica essa presença e pede sua permissão? (IMD/TOQUES)</p>
Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase	

Figura 14- Elementos de mensuração com consenso na primeira ou segunda fase por dimensão -Continuação

<p>“Confiabilidade/expectativa”</p>	<p>Nenhum elemento de mensuração alcançou consenso de validade para esta dimensão</p>
<p>“Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade”</p>	<p>46."Competência e a habilidade do profissional de saúde: respostas classificadas em muito bom/bom/ruim/muito ruim?"</p>
<p>Houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase <i>Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento?(Grandes Centros Urbanos)</i> “A equipe buscou resolver a sua necessidade de saúde nesse serviço?”</p>	
<p>“Integralidade”</p>	<p>Não houve consenso de nenhum elemento de mensuração dessa dimensão</p>
<p>“Orientação familiar”</p>	<p>47.O seu médico ou enfermeiro de família já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc...)? (PCAT)</p>
<p>Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase</p>	
<p>“Orientação comunitária”</p>	<p>48.O seu médico ou enfermeiro de família conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?(PCAT) 49.O seu médico ou enfermeiro de família ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?(PCAT) 50.Nos itens anteriores o objetivo é avaliar se os profissionais do serviço de saúde reconhecem os problemas de saúde da comunidade e se estimula a participação da comunidade no planejamento das ações. 51.Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?(PCAT)</p>
<p>Não houve mudanças dos elementos de mensuração com consenso na segunda fase</p>	

Os elementos de mensuração que foram julgados consensuais e que poderiam ser fundidos já se apresentam dessa forma no quadro mencionado.

As dimensões “relação profissional-usuário” e “vínculo” foram fundidas, como resultado do julgamento dos especialistas, e apresentam-se aglutinadas no quadro.

A Figura 15 mostra os elementos de mensuração em que não houve consenso tanto na primeira quanto na segunda rodada. Diversos deles são amplamente usados nos instrumentos de origem.

Figura 15- Quadro de elementos de mensuração que não atingiram o consenso

Dimensões	Elementos de mensuração sem consenso nas duas rodadas
“Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/Coordenação”	<p>Você foi preparado sobre o que esperar dos especialistas e dos cuidados hospitalares para os quais você que foi encaminhado quando necessitou? (EUROPEP).As informações que lhe foram dadas permitem que você acesse o especialista? (BARÔMETRO SANITÁRIO).</p>
	<p>Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento nesse serviço? (PCAT).</p>
	<p>A equipe buscou resolver a sua necessidade de saúde nesse serviço? (PMAQ)</p> <p>Quando as consultas com o especialista são necessárias, os profissionais desse serviço empenham para que você consiga? (PMAQ)</p>
	<p>Quando um problema de saúde necessita do médico de família e do especialista ao mesmo tempo, a coordenação entre eles tem sido correta? (BARÔMETRO SANITÁRIO)</p> <p>O médico/enfermeiro desse serviço pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe pergunta se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado? (PCAT)</p>

Figura 15- *Quadro de elementos de mensuração que não atingiram o consenso-
Continuação*

<p>“Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade”</p>	<p>Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço? (PCAT)</p>
<p>“Informações”</p>	<p>O profissional que lhe atendeu abordou questões emocionais relacionados a seus problemas de saúde? (EUROPEP)</p>
<p>“Relação profissional-usuário/Vínculo”</p>	<p>Todos envolvidos na assistência (médicos, enfermeiros; apoio; segurança, administrativo e outros.) prestam assistência de forma humanizada, com hospitalidade, buscando proteger a integridade física e mental dos usuários e familiares? (PNASS).Quando você por algum motivo interrompe o tratamento e/ou não comparece na UBS os profissionais desta UBS buscam fazer um contato? (PMAQ)</p>
<p>“Acesso/ disponibilidade/ acessebilidade”</p>	<p>Como você avalia o horário da consulta? (BARÔMETRO SANITÁRIO).Como você avalia a atenção em domicílio pelo médico ou enfermeira? (BARÔMETRO SANITÁRIO).Como você avalia condições de transporte da casa do usuário até esse serviço de saúde? (PMAQ).Você precisou pegar ficha/senha de atendimento? (PMAQ).Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu médico ou / enfermeiro de família antes de ir a outro serviço de saúde? (PCAT).Quando você tem que consultar um especialista, o seu médico ou enfermeiro de família tem que encaminhar você obrigatoriamente? (PCAT).A sua família que conhece o local de funcionamento da ESF? (GRANDES CENTROS URBANOS). <i>Muito bom/Bom; Muito ruim/Ruim.</i></p>

Figura 15- Quadro de elementos de mensuração que não atingiram o consenso-
Continuação

	<p>O seu agente comunitário de saúde o avisa sobre consultas agendadas?(PMAQ).Quando o local de atendimento da equipe da saúde da família pela qual o senhor é atendido está fechado e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? (PCAT).Quando o local de atendimento da equipe da saúde da família pela qual o senhor é atendido está fechado, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? (PCAT).Quando o local de atendimento da equipe da saúde da família pela qual o senhor é atendido está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? (PCAT)</p> <p>Quanto tempo você levou para ser atendido dentro do serviço? (PNASS) () Demorou muito () Demorou () Demorou pouco () Não demorou () Não foi atendido.Com isso você se sente:(PNASS) () Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito</p>
<p>“Organização/ Estrutura”</p>	<p>Como você avalia o apoio dos profissionais do Centro de Saúde, além daquele que o atendeu?(EUROPEP)</p>
<p>“Direitos do paciente”</p>	<p>São tomadas medidas para evitar interrupções durante o seu atendimento (por exemplo, fechaduras ou aviso nas portas)?</p> <p>Quando ocorrem discussões de caso na sua presença, se se permite que tome parte? A sua opinião é respeitada?(IMD/TOQUES)</p>
<p>Confiabilidade/ expectativa</p>	<p>De uma maneira geral, você considera que este estabelecimento(PNASS)</p> <p>() Melhor que imaginava () Igual ao que imaginava () Pior que imaginava () Não imaginava</p> <p>A unidade está igual, melhor ou piorou? (IMD/TOQUES)</p> <p>() igual () melhorou- em que aspecto? ? () piorou –em que aspecto? (IMD/ TOQUES)</p> <p>O que você acha que não deve mudar na unidade? (IMD/TOQUES)</p> <p>O que você acha que deve ser melhorado na unidade?</p>

Figura 15- Quadro de elementos de mensuração que não atingiram o consenso-
Continuação

	<p>(IMD/TOQUES)</p> <p>Avaliação das famílias quanto à melhoria do atendimento após implantação da ESF (GRANDES CENTROS URBANOS)</p> <p><i>Melhorou muito; Melhorou um pouco Ficou igual Piorou</i></p> <p>Grau de satisfação das famílias com a ESF (GRANDES CENTROS URBANOS)</p> <p><i>Satisfeito /Insatisfeito</i></p>
<p>Qualidade técnica/Efetividade e/Resolutividade</p>	<p>Avaliação das famílias quanto à resolutividade da ESF e necessidade de encaminhamento para especialista</p> <p><i>Precisam procurar um especialista?(GRANDES CENTROS URBANOS)</i></p> <p>Avaliação das famílias quanto à procura por hospitais e especialistas após implantação da ESF</p> <p><i>Procuram mais Procuram menos Procuram igual</i></p> <p>Avaliação das famílias quanto à procura por serviços de urgência após implantação da ESF (GRANDES CENTROS URBANOS)</p> <p><i>Procuram mais Procuram menos Procuram igual /Não sabe/respondeu</i></p> <p>Você considera que seus problemas urgentes foram resolvidos com rapidez? (EUROPEP)</p>
<p>Integralidade</p>	<p>Você recebeu aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)? (PCAT)</p> <p>Você recebeu orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)? (PCAT)</p> <p>Em consultas com médico, algum dos seguintes assuntos já foi ou são discutidos (conversados) com você: Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. (PCAT) Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa (PCAT)</p>

Figura 15- *Quadro de elementos de mensuração que não atingiram o consenso-
Continuação*

Orientação familiar	O seu médico ou enfermeiro de família lhe pergunta sobre <i>suas</i> ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? (PCAT)
Orientação comunitária	<p>Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? (PCAT)</p> <p>Convida você e sua família para participar de Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor /Conselho de Usuários)? (PCAT)</p> <p>Além do Agente Comunitário de Saúde, os outros profissionais da Equipe costumam realizar visita domiciliar na sua comunidade? (PMAQ)</p> <p>Você sabe se sua Equipe de Saúde da Família organiza reuniões com a comunidade para discutir os problemas de seu bairro?</p> <p>Esta Unidade de Saúde da Família oferece serviços de saúde nas escolas? (GRANDES CENTROS URBANOS)</p>

Os comentários tecidos pelos especialistas da segunda rodada estão no Anexo 7.

6. Discussão

A literatura apresenta um conjunto de dimensões da satisfação do usuário e variações de conceitos. A seguir discute-se cada uma das dimensões e o resultado do julgamento dos especialistas

6.1. Dimensão Acesso

Segundo o julgamento dos especialistas, a dimensão acesso/acessibilidade/disponibilidade é a que possui maior relevância em relação à satisfação do usuário. Este resultado não foi diferente do encontrado por MORAES (2012), em seu trabalho com grupos focais com usuários. Acesso é um dos quatro itens mais presentes em estudos sobre a satisfação do usuário (WARE, 1983). Segundo PASCOE (1984), foi o segundo fator com maior significância na avaliação da satisfação dos pacientes.

A dimensão acesso/acessibilidade/disponibilidade destaca-se pelo fato de a ESF ter sido eleita estratégia prioritária de reorientação do sistema e de porta de entrada no sistema (PNAB, 2012). Constitui um dos atributos principais para a avaliação de orientação do sistema para APS (STARFIELD, 2002), portanto, sua presença é importante, uma vez que os sistemas orientados à APS possuem melhores resultados.

Segundo TRAVASSOS (2004), o ponto central do funcionamento de um serviço de saúde é a utilização do mesmo. Logo, um ponto determinante na qualidade oferecida por estes.

6.2. Dimensão relação profissional-usuário

A segunda dimensão relacionada pelos especialistas com maior relevância é a relação profissional-usuário. Corresponde a um dos quatro itens mais presentes sobre a satisfação do

usuário (WARE, 1983) e é um dos principais fatores na avaliação da satisfação dos pacientes (PASCOE, 1984).

Diversos estudos mostram a relação com o profissional como um dos aspectos essenciais da satisfação do usuário (MISHIMA et al., 2010; ROCHA et al., 2008; COTTA et al., 2005). Em estudos com usuários, a dimensão relação profissional-usuário se mostrou uma das dimensões mais bem avaliadas pelos mesmos (BRANDÃO, 2011; ROCHA et al., 2008; TRAD, 2002). Nos trabalhos com grupos focais com usuários foi também uma das dimensões mais relatadas (MORAES, 2012; TRAD, 2002).

Essa dimensão também exibe mais elementos de mensuração, em comparação a outras dimensões. Isso reflete, entre outros fatores, o número mais elevado de instrumentos identificados na literatura nos quais consta o aspecto relacional.

6.3. Dimensão Informação

A dimensão informação aparece como a terceira em ordem de relevância no julgamento dos especialistas. Sua importância é também destacada pela sua relação com a garantia nos direitos do paciente, tanto nas respectivas quanto nos materiais sobre humanização e no Código de Ética Médica (VAITSMAN, 2005).

Segundo ESPERIDIÃO e TRAD (2006), a dimensão informação pode ser avaliada como parte dos aspectos humanitários da relação médico-paciente. Entretanto, os mesmos autores e ainda outros referem-se à autonomia que essa dimensão vem ganhando (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005; SITZIA e WOOD, 1997).

É conhecida a associação entre pacientes informados ou educados com melhores resultados, maior adesão aos tratamentos e diminuição de custo-benefício, com melhor uso dos serviços de saúde (SITZIA e WOOD, 1997).

A satisfação dos pacientes parece se relacionar a alguns fatores como informação a respeito da doença e seu tratamento no curto período após a consulta (JACKSON et al., 2001).

Alguns estudos mostraram que os usuários apresentavam-se satisfeitos com a dimensão informação (JORGE et al., 2007; COTTA et al., 2005; GOUVEIA et al., 2005).

6.4. Dimensão Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/Coordenação

Essa dimensão foi classificada como a quarta com maior relevância. A coordenação é um atributo primário da APS, segundo STARFIELD (2002). Portanto, a sua presença refere que este sistema tem um dos atributos para orientação para APS pela perspectiva do usuário.

Essa dimensão está relacionada à função de “filtro dos médicos generalistas” da MFC, que no seu exercício pode coordenar o cuidado em diferentes níveis de atenção (GÉRVAS e FERNANDEZ, 2005; 2006). Em diversos países da Europa, o generalista deve ser o primeiro contato do usuário com o sistema, o que permite que o médico, baseado em evidências científicas, encaminhe aos especialistas apenas os casos em que julgue isso necessário e no momento mais oportuno (por exemplo, em casos de falência das terapêuticas instituídas). Além disso, cabe a ele coordenar esse cuidado. Esse papel, entre outras vantagens, possibilita a prevenção quaternária (GÉRVAS e FERNANDEZ, 2005 e 2006).

Nos instrumentos internacionais, a coordenação apareceu frequentemente como dimensão para avaliação, como no PCATools, no Europep e no Barômetro Sanitário. No trabalho de avaliação de validade e confiabilidade do PCATools-Brasil para a população infantil, a dimensão “coordenação” também consta em 5 dos 45 indicadores usados com validade e confiabilidade apropriadas para uso nacional. Nesse trabalho, “integração de cuidados” aparece como sinônimo de coordenação (HARZHEIM et al., 2006). Trabalho que aplicou o Europep em uma unidade básica no Rio de Janeiro verificou que a dimensão continuidade teve avaliação regular pelos usuários (BRANDÃO, 2011).

6.5. Dimensão Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade

A longitudinalidade constitui um atributo essencial da APS, daí sua importância na aferição pela perspectiva do usuário, além de possibilitar a prevenção quaternária, pela continuidade no atendimento e o conhecimento do paciente (GÉRVAS e FERNANDEZ, 2006).

Segundo revisão feita por CUNHA e GIOVANELLA (2011), essa dimensão é composta por três subdimensões: a continuidade informacional; a relacional, com estabelecimento de vínculo duradouro e terapêutico; e a referência da unidade básica prestadora regular de cuidados.

Diante dessa concepção, um dos especialistas sugeriu a possibilidade de agrupá-la à dimensão vínculo, porém, a maioria colocou a dimensão vínculo como mais próxima da dimensão relação profissional-usuário. As duas últimas foram unificadas por consenso.

6.6. Dimensão Segurança do Paciente

Nem todos os erros causam danos, de acordo com os relatórios do IOM, porém, alguns autores destacam que confrontamos apenas o "efeito iceberg" da segurança do paciente. Os eventos adversos registrados são apenas a ponta do iceberg, e grande quantidade de eventos adversos e de incidentes de erro que ocorreram permanecem escondidos, ainda que não afetem negativamente a vida do paciente (MENDES, 2008; PROADESS, 2012).

Para a dimensão segurança do paciente foram encontrados apenas dois elementos de mensuração no instrumento do Barômetro Sanitário. Uma explicação para isso pode ser justamente o efeito iceberg da segurança do paciente.

Segurança do paciente foi a oitava dimensão na classificação por grau de relevância, apesar de alguns especialistas colocarem que todas as dimensões são importantes.

Em relação aos elementos de mensuração não foram encontrados elementos de mensuração para essa dimensão em instrumentos brasileiros. O Barômetro Sanitário é um instrumento espanhol.

6.7. Dimensão Direitos dos Pacientes

A dimensão direitos dos pacientes foi introduzida pela OMS em 2000. Pode ser dividida em aspectos relacionais: relação profissional-usuário (direito a sigilo, privacidade, tratamento humanizado, respeito às diferenças, acesso a informação de sua doença e tratamento e respeito à autonomia em relação ao tratamento) e em relação aos serviços: prestação e infraestrutura. Quanto à prestação de serviços se destaca o direito de autonomia de escolha de provedor (PROADESS, 2012).

Os elementos de mensuração encontrados para essa dimensão foram retirados de instrumentos brasileiros: Toques/IMD, PNASS e ELB.

Essa dimensão foi avaliada em sétimo lugar pelos especialistas. Um deles observou que algumas das dimensões poderiam constituir subdimensões dos direitos do paciente, como: direito a informação, direito a uma relação profissional-usuário humanizada, entre outras. Porém, como percebemos nos elementos de mensuração dessas dimensões, existem perguntas de como os pacientes percebem o cuidado e sua satisfação em relação a diversos aspectos que compõem essas dimensões (BRASIL, 2010; ESPANHA, 2011; PRO ADESS, 2012).

6.8. Dimensões Orientação Familiar e Orientação Comunitária

As dimensões orientação familiar e orientação comunitária são atributos derivados da APS, segundo STARFIELD (2002). Entretanto, a sua importância encontra-se na avaliação da ESF, alguns dos pilares dessa especialidade são a abordagem familiar e a comunitária. Segundo a Organização Mundial dos Médicos de Família (Wonca), a MFC deve ser centrada na pessoa, com foco na família e ser orientada para a comunidade (ALLEN et al., 2002).

Como mencionado anteriormente, os especialistas apontaram a importância de todas as dimensões, entretanto, no *ranking* demonstraram que essas duas dimensões ficaram entre os últimos três lugares.

6.9. Dimensão Organização/Estrutura

Dois estudos relatam baixo grau de satisfação dos usuários relacionado a essa dimensão organizacional. Um deles abordou usuários por meio do instrumento Europep, no Rio de Janeiro, enquanto outro consistiu em grupos focais de usuários na Bahia, e em ambos os casos essa dimensão foi a que recebeu a pior avaliação (TRAD, 2002; BRANDÃO, 2011).

A dimensão organização/estrutura também recebeu baixa avaliação dos usuários no trabalho com grupos focais no Rio de Janeiro, nos quais é o segundo tema mais recorrente entre os usuários, logo após a dimensão acesso (MORAES, 2012).

A avaliação da satisfação do usuário possui um viés de altas taxas de satisfação, chamado de *gratitude bias*. Pode aparecer, entre outros, na forma de omissão de críticas ou por afinidade com o provedor do cuidado (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005). Dessa forma, avaliar os pontos de insatisfação no serviço pode ser uma importante ferramenta para melhoria da qualidade (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005 e WARE et al., 1983).

Entretanto, os especialistas julgaram essa dimensão como a décima dimensão por grau de relevância.

6.10. Dimensão Integralidade

A dimensão integralidade é também um atributo primário, segundo STARFIELD (2002). Por integralidade como atributo essencial entende-se a correlação com elenco de serviços que possa ser oferecido pela APS a fim de se conseguir a integralidade biopsicossocial, entre as ações que permeiam a prática da ESF (promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação) e as ações que permeiam as ações para integrar

os níveis de atenção oferecidos (como encaminhamentos a especialistas focais, hospitais, entre outros) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Apesar de essa dimensão ter sido classificada em sexto lugar, nenhum consenso quanto a elementos de mensuração foi obtido e poucos elementos estavam disponíveis nos instrumentos avaliados para que pudessem ser julgados pelos especialistas. Entre os instrumentos avaliados, o único que dispõe desse item é o PCATools (BRASIL, 2004; 2010; KERSSSENS et al., 2004; GROL e WENSING, 2006).

6.11. Dimensão Confiabilidade/Expectativa

A dimensão confiabilidade/expectativa foi a pior avaliada entre os especialistas. Em elementos de mensuração não houve consenso em nenhuma das rodadas para essa dimensão. Segundo PARASURAMAN (1999), que dividiu a qualidade pela perspectiva do consumidor em cinco dimensões, esta foi a que teve o menor peso comparativamente com as outras quatro dimensões quanto a medidas diretas de importância relativa e peso dessa importância, coincidindo parcialmente com alguns aspectos do presente estudo (PARASURAMAN, 1999).

6.12. Considerações finais

A literatura apresenta um conjunto de indicadores que no presente trabalho foram chamados de elementos de mensuração. O número de elementos de mensuração dos instrumentos varia bastante. No PCATools, são 55 questões (versão adulto), o Europep propõe uma versão de 23 questões a partir de 2006, o Quote possui 10 questões, o PNASS conta com 14 questões para usuários não internados (BRASIL, 2004; KERSSSENS et al., 2004; BRASIL, 2010; GROL e WENSING, 2006). O presente estudo teve consenso na primeira rodada em 51 elementos de mensuração, um instrumento longo para autoaplicação, sendo necessária a atuação de um entrevistador.

As respostas dos elementos de mensuração são expressas em sua maioria em escalas de 1 a 5, a maioria escala de *Likert*, uma vez que foram baseados nos instrumentos e assim foram estruturados (BRASIL, 2004; 2010; GROL e WENSING, 2006).

Os instrumentos descritos na literatura são, em sua maioria, aplicados com entrevistador (BRASIL, 2004; 2010; KERSENS et al., 2004; GROL e WENSING, 2006). Diversos gestores e autores concordam que a busca de instrumento de avaliação factível e reproduzível nacionalmente constitui um desafio (MEDEIROS, 2011).

Nas dimensões confiabilidade/expectativa e integralidade não houve elementos de mensuração com consenso.

Os especialistas ressaltaram a importância de introduzir dados secundários sobre os usuários, com perguntas sobre idade, sexo e condições socioeconômicas; as variáveis que parecem possuir maior influência na satisfação são idade e escolaridade (SITZIA e WOOD, 1997).

7. Conclusão

A avaliação pela perspectiva do usuário possui enorme relevância pela possibilidade do papel do usuário como mais um norteador do planejamento e tomada de decisões dentro do serviço, além das atitudes e decisões dos provedores de cuidado. Possui impacto também no cuidado do próprio paciente.

Entretanto, como foi explicitado pela literatura, existe uma polissemia conceitual e metodológica da avaliação pela perspectiva do usuário.

Apesar da capacidade de avaliação dos nove instrumentos usados no presente estudo, ainda existem muitas dificuldades metodológicas na reprodução nacional de um instrumento robusto num país como nosso: de dimensões continentais, baixa consciência cível e, em muitos lugares, baixa escolaridade.

Os esforços de uma avaliação institucionalizada que envolva a perspectiva do usuário vêm crescendo na última década.

O presente trabalho caminha na maior teorização da metodologia e aponta dimensões e um conjunto de elementos de mensuração para a construção de um novo instrumento, a partir do julgamento dos especialistas, através do método Delphi, com os instrumentos levantados da literatura.

A técnica de consenso Delphi foi adequada ao estudo, que poderia ser complementado por outros métodos, como grupos focais, para avaliar conjuntamente os resultados, Isso permitiria propor um instrumento com menos elementos de mensuração. Essa etapa, contudo, não foi possível em função do pouco tempo disponível.

A presente pesquisa traçou um panorama de metodologias de avaliação dos serviços da ESF pela perspectiva do usuário e reuniu o julgamento de especialistas a respeito dos critérios dos instrumentos existentes na literatura para essa avaliação. Os apontamentos aqui reunidos poderão subsidiar a construção de um novo instrumento, o mesmo valendo para os elementos de mensuração enumerados no presente trabalho, os quais poderão ser usados de acordo com a finalidade do estudo, como avaliação de apenas uma dimensão da satisfação ou das três julgadas mais importantes ou com mais problemas.

A partir do presente estudo, portanto, um ou mais instrumentos de avaliação baseados na perspectiva do usuário podem ser elaborados, em que o tamanho do instrumento pode ser controlado com base na relevância dos itens em cada caso.

O presente estudo chama a atenção para diferentes pontos. Destaca a necessidade de continuar construindo uma metodologia robusta de avaliação pela perspectiva do usuário, com um instrumento de aplicabilidade nacional.

O último aspecto destacado é a necessidade de incorporação de mais dimensões aos instrumentos de avaliação da ESF pelo usuário, como segurança e direito do paciente. Mostra também a importância de elaborar alguns elementos de mensuração para dimensões em que ou não houve consenso de elementos de mensuração ou houve consenso de apenas um elemento, como em relação à integralidade e orientação familiar.

Referências:

Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégias para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panam. Salud. Publica.* 2011; 29(2):84-95.

Andrade LOM, Barreto IVHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, et al. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 783-836.

Azeredo T. Satisfação de usuários do programa nacional de Dst/Aids com a dispensação de medicamentos: aspectos de validade e confiabilidade. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2007. 93 p.

Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do saúde da família (Elb/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): :725-731.

Brandão AL. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros-uma aplicação na comunidade de Manguinhos. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011. 227 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Proesf- projeto de expansão e consolidação do saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da família avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 108 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O que é AMQ? [acesso em 19 fev. 2013]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/proesf/docs/geral/4-oficinasgp2-amq.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você. Acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você. Acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 2000; 51(11):1611-1625.

Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL A. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 41-61.

Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2783-279.

Corrales SM, Pujol RE, Gene BJ, Pasarın RMI, Iglesias PB, Casajuana BJ. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice*. 2006; 23:308-16.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002; 6(32):1-10.

Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press; 1985.

Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

Donabedian A, Palmer RH, Povar GJ. Reflections on the effectiveness of quality assurance. In: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. *Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice*. Michigan: Health Administration Press; 1991.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1996; 44:166-206.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4):691-729.

Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. México, Df: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990. 74 p.

Donabedian A. The definition of quality and approach to its assessment. v. 1. Michigan: Health Administration Press; 1980.

Dubois C, Champagne F, Bilodeau H. Histórico da avaliação. In: Brousselle A, et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 19-40.

Escher A. Satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o tratamento da AIDS no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.

España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Información Sanitaria. Barómetro sanitario 2003-2007. [Internet]. Madrid: Instituto de Información Sanitaria. [acesso 26 mar 2013]. Disponível em: http://www.msps.es/estadestudios/estadisticas/docs/bs_2003-2007.pdf

España. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro sanitario 2011. [Internet]. Madrid: Instituto de Información Sanitaria. [acesso 26 mar 2013]. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/estadestudios/estadisticas/sisinfansns/informeannual.htm>

España. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. dirección general de salud pública, calidad e innovación.instituto de información sanitaria. Barómetro sanitario: metodología anual. [monografía na internet]. madrid: gobierno de españa; 2011 [acessado 26 mar 2013].disponível em:http://www.msssi.gob.es/estadestudios/estadisticas/docs/metodologia_barometro_sanitario.pdf

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; (Suppl 10):303-12.

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico - conceituais. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22(6):1267-76.

Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2006; 22:285-96.

Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: important general considerations. British Medical Journal. 1991; 302:887-9.

Frias P. Atributos da qualidade em saúde. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.

Gérvas J, Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(2):205-218.

Giovanella LM, Mendonça M. Atenção primária à saúde em políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Gonçalves H, Domingues I. Qualidade em saúde. 2002. [acesso em 29 mar. 2004]. Disponível em: <http://economiadasaude.planetaclix.pt//apes-helenagoncalves.pdf>.

Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. Ver. Bras. Epidemiol. 2009; 12(3):281-96.

Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Health care user's satisfaction in brazil, 2003. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(Supl. 1):s109-s118.

[Grol R](#), [Wensing M](#), [Mainz J](#), [Jung HP](#), [Ferreira P](#), [Hearnshaw H](#), [Hjortdahl P](#), et al. Patients in europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract. 2000; 50:882-887.

Guba E, Lyncoln Y. Fourth generation evaluation. California: Sage Publications; 1989.

Hartz, Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e político-institucionais. Ciência e Saúde Coletiva. 1999; 4(2):341-53.

Hartz Z. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Cienc Saúde Coletiva. 2002; 7:419-21.

Hartz Z, Contrandiopoulos A. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: Hartz Z, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 27-45.

Harzheim E, Sstarfield B, Rrajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. Consistência interna e confiabilidade do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública. 2006; 2(8):1649-59.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do PCATool-Brasil para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8):1649-1659.

Ibañez N, Rocha J, Castro P, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):683-703.

Justin, A. et al. Definição europeia de clínica geral e medicina familiar. *Wonca- Europa*; 2002.

Kerssens J, Goenewegen P, Sixma H, Boerma W, Van Der Eeijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ*. 2004; 82:106-114.

Kloetzel K, Bertoni A, Irazoqui M, Campos V, Santos R. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - a satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14 (3):623-8.

[Kruk ME](#), [Porignon D](#), [Rockers PC](#), [Van Lerberghe W](#). The contribution of primary care to health and health systems in low-and- middle income countries in: a critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine*. 2011; 70(6):904-911.

Lemme A, Noronha G, Resende J. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. 1991; 25(1):41-46.

Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 1982; 16(5):577-82.

Neves J. Pesquisa qualitativa-características, usos e possibilidades. *Cad. Pesquisa em Administração*. 1996; 1(3):1-5.

New Zealand. Minister of Health Improving. Quality(iq): a system approach for the New Zealand health and disability sector. Wellington: Ministry of Health; 2003.

Newsome P, Wright G. A review of patient satisfaction: 1. concepts of satisfaction. *Br Dent J*. 1999; 186:161-5.

O'Leary D. The measurement mandate. opening address. In: *Medical Outcomes Research Conference*. Washington, D. C.: 1993.

- Oliveira C. Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1991.
- Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106:97-102.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64(1):12-40.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A multiple-item for scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64(1):12-40.
- Penchansky D, Thomas J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981; 19:127-40.
- Pisco L. A voz dos utentes dos centros de saúde: avaliação da satisfação. *Qualidade em Saúde*. 2003; 3:23-26.
- Pisco L. Melhoria contínua da qualidade. In: Curso Monográfico. Instituto da *Qualidade em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2004.
- Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos de vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 259-269.
- Prévost A, Fafard A, Nadeau M. A mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l'expérience de la région régionale chadière - appalaches. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 1998; 1(13):1-23.
- Quinti, G. *Qualità e politiche sanitarie*. Roma: Officina; 2001.
- Santos O, Biscaia A, Antunes A, 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: Ministério da Saúde; 2007.
- Scriven M. The methodology of evaluation. In: Tyler R, et al, *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand McNally; 1967.

Serapione M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*. 1999; 23(53):81-92.

Serapione M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi ML, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 207-30.

Serrano-Del Rosal R, Loriente-Arin N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública Méx*. 2008; 50(2):162-172.

Silva L, Formigli V. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10:80-91.

Silver L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo E, et al. organizadores. *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med*. 1997; 45(12):1829-1843.

Souza LEPF, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.

Starfield B, Shi L. *Manual for the primary care assessment tools*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009.

Starfield B. *Atenção primária-equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministérios da Saúde; 2002.

Stralenet A. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem unidades da saúde da família na região centro-oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup. 1):s148-s158.

Szwarcwald C, Mendonça M, Andrade C. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):643-55.

Szwarcwald C, Viacava F, Vasconcelos M, Leal M, Azevedo L, Queiroz R, et al. Pesquisa mundial de saúde 2003: o Brasil em números. *Revista Radis*. 2004, 23:14-33.

Szwarcwald C, Viacava F. Pesquisa mundial de saúde: aspectos metodológicos e articulação com a organização mundial de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(Supl. 1):58-66.

Tanaka O, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.

Tomasi E, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):395-404.

Trad LAB, et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Cien Saude Colet*. 2002; 7(3):581-589.

Turris A. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50:293-8.

Uchoa AC, et al. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: Hartz Z, Felizberto E, Silva LM, organizadores. *Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 253-282.

Vaitsman J, Andrade G. Satisfação e reponsividade: formas de medir a qualidade e humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10:599-613.

Vázquez M, Vargas I, Unger J, Mogollón A, Silva M, Pepe P. Integrated health care networks in latin america: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(4):360-7.

Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 15-39.

Vuori H. A qualidade da saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate. 1991; 3:17-25.

Vuori H. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen: WHO; 1982.

Vuori H. Strategies for improving the quality of health care. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1988.

Ware J, Snyder M, Wright W, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning. 1983; 6:247-263.

Ware JJ. How to survey patient satisfaction. Drug Intell Clin Pharm. 1981; 15:892-9.

Ware J, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. Med. Care. 1975; 13(8):669-82.

Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. Med. Care. 1988; 26:383-92.

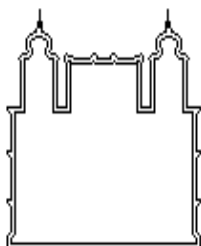
Wensing M, coordination. Europep 2006: revised europep instrument and user manual. nijmegen, netherlands: Centre for Quality of Care Research. Disponível em: http://www.topaseurope.eu/files/Europep%202006rapport_0.pdf.

Wensing M, et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. Social Science Medicine. 1998; 47(10):1573-1588.

Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento participativo. Caderno de Pesquisas em Administração. 2000; 1(12):64-55.

ANEXOS

ANEXO0: Termo de Consentimento Livre Esclarecido



**Ministério da
Saúde
Fundação Oswaldo
Cruz**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar do projeto: “Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário”, parte da dissertação de mestrado de Marcele Bocater Paulo de Paiva na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Os benefícios da pesquisa são o de desenvolver um maior entendimento sobre a avaliação do serviço de saúde, da Estratégia de Saúde da Família pela perspectiva do usuário e contribuir para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma, contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das suas informações prestadas durante a pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos

resultados durante a pesquisa e o material será armazenado em local seguro. Entretanto a divulgação de seu nome poderá ser realizada, caso seja de seu interesse e manifesta vontade.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Os pesquisadores responsáveis pela pesquisa estarão disponíveis para qualquer esclarecimento quanto aos assuntos que estejam ligados à pesquisa.

A sua contribuição, na qualidade de especialista consistirá em responder a um questionário sobre a avaliação da estratégia da saúde da família pela perspectiva do usuário que será enviado pela internet por e-mail usando o *Google Docs* e sua devolução de resposta será entendida como aceite da sua participação. Serão desenvolvidas duas rodadas para obter o consenso a partir da resposta ao questionário pelos especialistas convidados.

Os resultados de cada rodada bem como o resultado final serão devolvidos aos especialistas no intuito promover uma reflexão sobre a opinião dos especialistas sobre o assunto.

Esta pesquisa não trará gastos, nem remuneração para você.

Contato com a pesquisadora responsável:

Marcele Paiva – Centro de Saúde Escola Germano SINVAL Faria –Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos Rio de Janeiro RJ, CEP 21041-210. tel (021) 88982608, (021) 25985252 email: marcelepaiva@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21041-210, telefone/fax (021) 25982863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar, sendo meu retorno do questionário por mail meu aceite a participar da pesquisa.

ANEXO1: Material de Apoio ao questionário

Material qualitativo para os especialistas

Material de apoio ao questionário

O que consiste a pesquisa?

A pesquisa é parte de uma dissertação de mestrado realizado na Escola Nacional de Saúde Pública, orientada pelo professor Walter Mendes, intitulada: “Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário” que tem como objetivo construir um instrumento de avaliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) pela perspectiva do usuário, a partir dos instrumentos descritos na literatura.

Como será feita a pesquisa?

A partir de revisão bibliográfica e grupo focal realizados com usuários da ESF foram feito um levantamento das dimensões descritas na literatura seus possíveis agrupamentos. A partir de seus agrupamentos foram revistos as definições das dimensões.

Estas dimensões estão sendo enviado por mail, usando técnica de consenso, método Delphi. Será solicitado que os especialistas julguem de 1 a 9 a relevância da dimensão. A nota um é de relevância mínima e nove relevância máxima.

Após terem sido julgadas as dimensões, ainda em anexo tem o bloco dos de elementos de mensuração que são critérios para avaliar cada dimensão. O especialista deverá julgar se o elemento descrito é pertinente ou não a dimensão descrita e se valida à mesma, isto é se a “avalia” bem.

Como serão analisados os dados?

Será compilado e analisado o escore de análise desses dados. A nota um significaria que a dimensão deveria excluída pelo especialista, a dimensão com média acima de 7 significa relevância da mesma.

As respostas serão tabuladas quantificadas, elaboradas estatisticamente tratadas pelo cálculo de medidas de tendência central e/ou dispersão (média, mediana, moda). Quanto maior a média, maior é a importância da dimensão. O desvio padrão sinaliza se os especialistas se localizam mais ou menos ao redor da média, ou seja, permite a estimativa do grau de consenso, quanto menor o desvio padrão, maior o grau de consenso.

Tendo em vista o grau de dispersão optou-se por seguir o seguinte ponto de corte: as variáveis com média igual ou inferior a três não serão consideradas e serão descartadas.

O retorno dos dados

Seu anonimato será preservado durante toda pesquisa. A pesquisa é composta de duas rodadas. Os resultados de cada rodada bem como o resultado final serão devolvidos aos especialistas no intuito promover uma reflexão sobre a opinião dos especialistas sobre o assunto.

A pesquisa contará com duas rodadas.

A finalidade é buscar o consenso entre os especialistas e excluindo o que numa primeira rodada for considerado de baixa relevância.

Cada rodada de 20 dias para o prazo de resposta.

Se desejar entrar em contato com o pesquisador em qualquer momento da pesquisa os dados são:

Marcele Paiva – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos Rio de Janeiro RJ, CEP 21041-210. tel (021) 88982608, (021) 25985252 e-mail: marcelepaiva@gmail.com

Para aprofundar a bibliografia por interesse pessoal sugerimos:

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005 (Supl 10): 303– 12.

ANEXO2: Retorno da Primeira Rodada Dimensões

Caros especialistas,

Esse é o retorno da primeira fase da pesquisa em relação às dimensões

Primeiramente com base em revisão bibliográfica foram levantadas as dimensões da literatura sobre a satisfação do usuário e agrupadas.

Com o uso do método Delphi modificado *via internet* os senhores julgaram primeiramente as dimensões quanto a sua relevância.

De acordo com o julgamento feito todas as dimensões apresentaram relevância alta percentual de concordância maior que 75% para o primeiro ou terceiro quartil.

Segundo julgamento dos especialistas as dimensões poderiam ser classificadas de acordo com seu grau de relevância, segundo a figura abaixo distribuída em grau de relevância iniciando máximo a mínimo:

Quadro de dimensões por média alcançada na primeira rodada

Figura 9

Dimensão	Média	Percentual de concordância	Definição da dimensão
"Acesso / Acessibilidade/ Disponibilidade "	8,82	100,0%	Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo. (Proadess).
"Relação profissional usuário"	8,64	100,0%	Segundo Ware et al,1983, a relação profissional usuário é o modo como os provedores interagem pessoalmente com os paciente(ex: respeito, amizade e cortesia).Segundo Prévost, Farfard e Nadeau,1998 é Trad et 2002, respeito consideração, escuta, compreensão, respeito às decisões , acolhida, gentileza, respeito à privacidade, confidencialidade e discrição.

Figura 10 - Continuação

"Informação"	8,47	94,1%	Segundo OMS, 2000, a informação dentro do sistema de saúde é o profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o paciente possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas. Segundo Wensing et al,1998,informação e apoio: fornecimento de informações relevantes para o paciente, estímulo ao auto cuidado, atenção para problemas psicológicos dos pacientes, suporte aos parentes dos pacientes.
"Continuidade do cuidado dentro do sistema/coordenação"	8,0588 23529	88,2%	Segundo Proadess, continuidade é a capacidade do sistema de prestar serviços de forma coordenada entre diferentes níveis de atenção. Segundo Starfield, 2002, integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que tenham sido recebidos.
"Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade"	8	94,1%	Segundo Starfield, 2002, é quando os pacientes se consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo. Segundo Freeman e Hjortdahl são: o cuidado como mesmo provedor ao longo do tempo para mais do que um episódio de doença.
"Vínculo"	7,8823 52941	94,1%	Segundo a PNAB, 2011, é o estabelecimento de relações de confiança e afetividade entre o

Figura 10 - Continuação

			usuário e o profissional, garantindo a corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de possuir um potencial terapêutico (PNAB, 2011)
"Direito do Paciente"	7,8823 52941	82,4%	Segundo Proadess é a capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.
"Segurança do Paciente"	7,7	76,5%	Segundo o Proadess, segurança é a capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.
"Qualidade técnica/ Efetividade/ Resolutividade"	7,64	82,4%	Segundo Vuori, 1991, a qualidade técnico-científica do cuidado é aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente. Segundo a PNH,2002, seria estímulo a práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos eliminando ações desnecessárias.
"Organização/ Estrutura"	7,70	82,4%	Organizacional: contém questões da parte administrativa e da relação do usuário com o serviço de saúde que pode ser afetada pelo funcionamento do mesmo e elementos do ambiente físico relacionados com o processo de atenção (Serrano-Del Rosal e Loriente-Arin, 2008)
"Confiabilidade/ Expectativa"	7,29	64,7%	Segundo Parasuraman,1999, confiabilidade se define em os serviços cumprirem o que

Figura 10 - Continuação

			prometeram e estarem habilitados para realizar o serviço
"Orientação Comunitária"	7,2352 94118	70,6%	Orientado para comunidade- o conhecimento das necessidades de saúde da população, determinantes da saúde e potencialidades da mesma, bem com o envolvimento comunitário da unidade.
"Orientação Familiar"	7,2352 94118	70,6%	Centrado na família- conhecimento das famílias, dos seus membros e fatores familiares relacionados à gênese e tratamento das doenças;

Pela sugestão de diversos especialistas deveria haver a união entre vínculo e relação profissional. Ao analisar os elementos de mensuração pertencente a estas dimensões, estes são classificados com boa validade e pertencente à dimensão citada.

Houve a sugestão de unir as dimensões direito do paciente, segurança do paciente e confiabilidade em uma única dimensão.

Agradecemos a participação na pesquisa.

Segue o retorno quanto aos elementos de mensuração.

ANEXO3: Retorno aos Especialistas Elementos de Mensuração Para Segunda Rodada

Gostaria de agradecer a colaboração de todos.

Este é o retorno dos dados da primeira rodada. Foram 112 elementos de mensuração classificados por vocês quanto à dimensão e a validade.

A partir das suas avaliações, os resultados foram classificados em quatro cenários:

1. Com consenso em relação ao elemento de mensuração pertencer à dimensão classificada e em relação à validade para dimensionar essa dimensão. Este cenário compreendeu 64 elementos de mensuração;
2. Sem consenso quanto à dimensão ao qual o elemento de mensuração pertence, neste cenário foram 16 elementos;
3. Com consenso sobre a dimensão que o elemento de mensuração pertence, porém sem consenso sobre a validade e compreendendo 10 elementos;
4. Sem consenso sobre a dimensão a qual o elemento pertence e quanto a sua validade, dos quais 22 elementos estão neste cenário

Figura 18- Gráfico dos elementos de mensuração com consenso ou dissenso

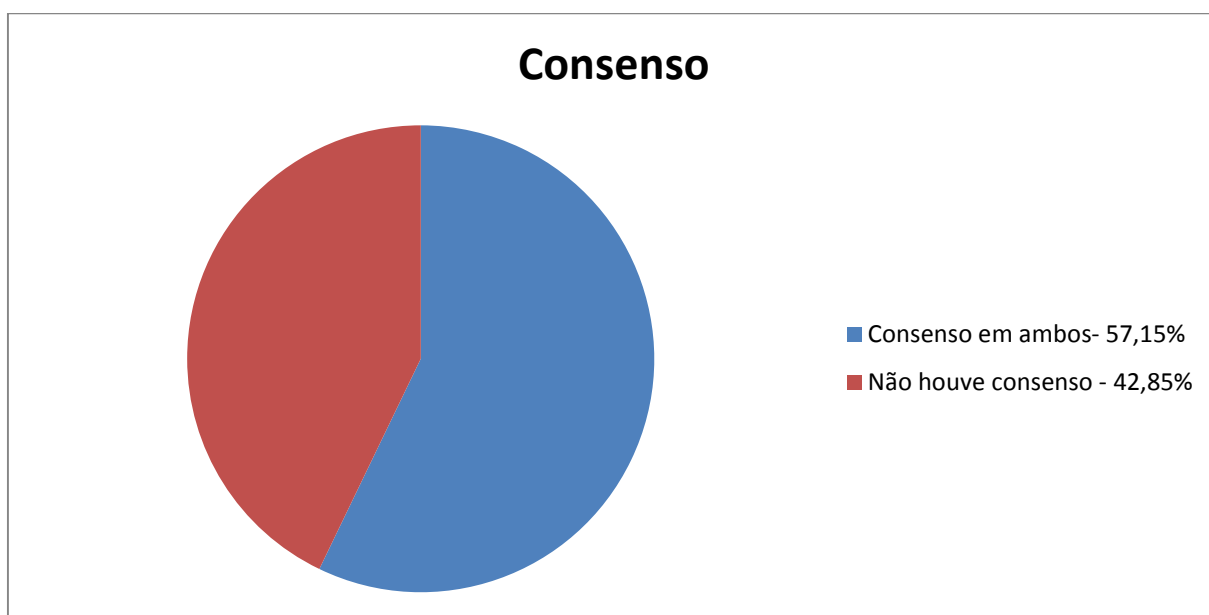
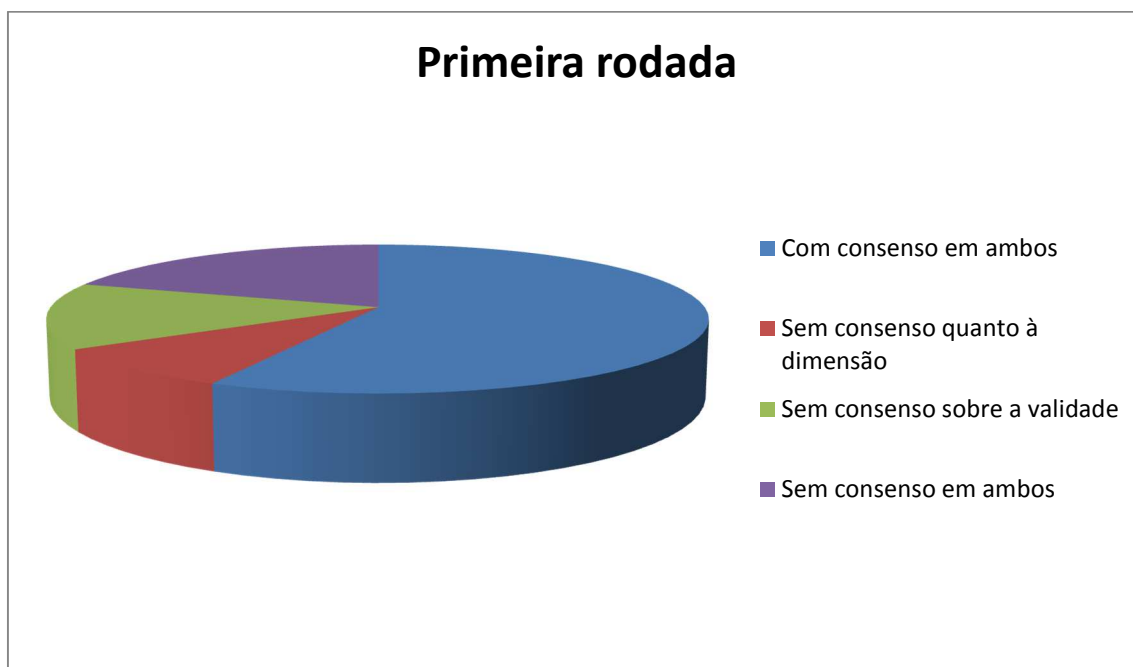


Gráfico de elementos de mensuração separados por consenso e diferentes tipos de dissenso

Figura 11



Alguns comentários qualitativos de extrema relevância podem ser destacados, como por exemplo, manter as questões abertas para os usuários.

Outra colocação dos especialistas foi necessidade de um campo contendo informações sobre os usuários, incluindo dados selecionados socioeconômicos, de saúde, experiência de uso e atitudes após a experiência.

Cabe ressaltar que todos os elementos de mensuração foram retirados da literatura, conforme descrito na metodologia do trabalho. Foram avaliados nove instrumentos e posteriormente classificados em dimensões previamente agrupadas a partir de revisão bibliográfica.

Uma justificativa para o presente trabalho é que apesar de diversos instrumentos da avaliação pela perspectiva do usuário terem sido validados no Brasil, não são sensíveis ao julgamento do serviço pelo olhar do paciente, pois atribuem valores diferentes a dimensões da satisfação. O fato de sua origem ser de outro país muitas vezes não torna possível apenas copiá-lo ou validá-lo. Uma vez que o país de origem desse instrumento pode se encontrar em outro

estágio da melhoria contínua da validade, seu julgamento a respeito do peso das dimensões que compõe a avaliação pela perspectiva do usuário também é diferente do que a temos como realidade brasileira se encontra.

A dificuldade de se construir um instrumento de âmbito nacional é outro desafio compartilhado entre os autores.

Outra questão que merece destaque é que alguns instrumentos têm como objetivo mensurar o grau de orientação à APS desses serviços. Uma consideração que poderia ser feita é que muitas vezes outras dimensões da satisfação do usuário descritas na literatura poderiam não estar sendo avaliadas.

Neste estudo foi proposto que a partir de um grupo de elementos de mensuração retirados da literatura fosse possível estabelecer um julgamento sobre eles dos especialistas e, talvez, indicar uma composição para um novo instrumento com os elementos mais representativos e com maior validade para cada dimensão.

A metodologia de consenso foi usada utilizando o método Delphi, no qual os pontos de corte utilizados foram de percentual de concordância de 75 % no primeiro quartil (valores 1,2 e 3) seria entendido como um elemento de mensuração a ser descartado, no terceiro quartil (7,8 e 9) entendido como consenso de um bom elemento de mensuração. Para segunda rodada seriam levados os elementos de mensuração em que não houve consenso.

Cabe lembrar que como resultado dos comentários dos especialistas um bom instrumento de mensuração deve ser conciso, portanto, ao final da pesquisa apresentaremos um banco de elementos e uma proposta de um novo instrumento com os elementos de mensuração melhor avaliados.

Segue abaixo a descrição dos elementos em que houve ou não consenso.

Segue também um link para a próxima rodada.

Desde já agradecemos toda colaboração nessa pesquisa.

ANEXO4: Resultado de elementos de mensuração Primeira Rodada

Elementos de mensuração em que foi obtido consenso quanto á dimensão e validade, isto é, não vão para segunda rodada.

2.1.10.1. O elemento de mensuração "O médico/enfermeiro desse serviço sabe quais foram os resultados da sua consulta?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.1.12.1. O elemento de mensuração "Quando você é encaminhado ao especialista o médico fornece informações por escrito sobre seu problema de saúde?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.1.13.1. O elemento de mensuração "Quando você é encaminhado ao especialista vocês retornam á Unidade de Saúde da Família com informações por escrito sobre resultado da consulta com especialista?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.2.1.1. O elemento de mensuração "Você considera que o profissional conhece você e o seu caso?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade"?

2.2.2.1. O elemento de mensuração "O profissional que lhe atendeu conhece sua história e o seguimento dos seus problemas de saúde?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade"?

2.2.3.1. O elemento de mensuração "Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade"?

2.2.4.1. O elemento de mensuração "Há um médico/enfermeiro desse serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade"?

2.2.5.1. O elemento de mensuração "Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade"?

- 2.3.1.1. O elemento de mensuração "O profissional que lhe atendeu explicou sobre os exames e tratamentos receitados?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.2.1. O elemento de mensuração "O profissional que lhe atendeu informou sobre o que gostaria de saber sobre seus sintomas e sobre sua doença?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.4.1. O elemento de mensuração "Você foi incentivado pelo profissional para seguir as orientações e tratamento de saúde?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.5.1. O elemento de mensuração "Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.6.1. O elemento de mensuração "Como você classificaria os conselhos do médico sobre alimentação, exercício, cigarro, álcool etc., pontuando-os de 0-10?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.7.1. O elemento de mensuração "Como você classificaria as informações disponíveis para acessar o especialista ou ingressar no hospital, pontuando-os de 0-10?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.8.1. O elemento de mensuração "Foi lhe oferecido à possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.9.1. O elemento de mensuração "O profissional lhe informou em linguagem compreensível a respeito do medicamento que foram prescritos para mim para que eu possa ter clareza do meu problema?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.3.10.1. O elemento de mensuração "A equipe verifica rotineiramente se você compreendeu a informação recebida e se desejam alguma outra informação complementar?" representa principalmente a dimensão "Informação"?
- 2.4.1.1. O elemento de mensuração "O profissional que lhe atendeu se interessou sobre os seus problemas de saúde?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.2.1. O elemento de mensuração "Você se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao profissional?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.3.1. O elemento de mensuração "Como você avaliou o tempo dedicado pelo médico a você?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.4.1. O elemento de mensuração "Sua opinião é levada em conta?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?

- 2.4.5.1. O elemento de mensuração "A equipe de saúde demonstrou: Educação?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.6.1. O elemento de mensuração "A equipe de saúde demonstrou: Respeito?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.7.1. O elemento de mensuração "A equipe de saúde demonstrou: Interesse?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.8.1. O elemento de mensuração "Em relação educação e respeito você se sente (Muito satisfeito/ Satisfeito/ Insatisfeito/ Muito insatisfeito)?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.10.1. O elemento de mensuração "Durante o atendimento os profissionais de saúde (médico/dentista/enfermeiro) dão tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário" ?
- 2.4.11.1. O elemento de mensuração "Quando você é atendido pela equipe de saúde se sente bem cuidado (tem confiança nos profissionais)?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.12.1. O elemento de mensuração "Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.13.1. O elemento de mensuração "Disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou seu tratamento (classificados em excelente/bom/regular /péssimo)?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.14.1. O elemento de mensuração "Maneira como a intimidade foi respeitada (classificados em excelente/bom/regular/ péssimo)?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.4.15.1. O elemento de mensuração "Possibilidade de falar em privacidade com o profissional (classificados em excelente/bom/regular /péssimo)?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário"?
- 2.5.1.1. O elemento de mensuração "Alguém da sua família já sofreu algum tipo de erro grave na assistência a saúde recebida na Atenção Primária?" representa principalmente a dimensão "Segurança do Paciente"?
- 2.5.2.1. O elemento de mensuração "Este erro o afetou de uma maneira: Muito grave; Bastante grave; Pouco grave; Nada grave" representa principalmente a dimensão "Segurança do Paciente"?

2.6.1.1. O elemento de mensuração "Como você avalia a proximidade desse serviço?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.5.1. O elemento de mensuração "Como você avalia o tempo de espera até entrar na consulta?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.6.1. O elemento de mensuração "Como você avalia o tempo que se toma para fazer as provas diagnósticas?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.8.1. O elemento de mensuração "Como você avalia condições de acesso físico a unidade de saúde (rampas, escada, calçadas, identificação visual)?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.9.1. O elemento de mensuração "Você considera o horário de funcionamento da unidade adequado às suas necessidades?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.10.1. O elemento de mensuração "Você conseguiu marcar consulta de rotina nesse serviço?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.12.1. O elemento de mensuração "Qual foi o tempo de espera, em média, para conseguir a sua consulta?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.13.1. O elemento de mensuração "Você conseguiu atendimento nesse serviço quando se sentiu muito mal (dor, febre, pressão alta)?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.14.1. O elemento de mensuração "A consulta foi marcada para quanto tempo? _____. Você considera que: () Demorou muito () Demorou () Demorou pouco () Não demorou" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade" ?

2.6.15.1. O elemento de mensuração "Com esse tempo como você se sente? (Classificada em muito satisfeito/satisfeito/insatisfeito/muito insatisfeito)" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.16.1. O elemento de mensuração "Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu médico ou enfermeiro de família antes de ir a outro serviço de saúde?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.6.19.1. O elemento de mensuração: "Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF. Classificados em recebo todos os medicamentos/Recebo apenas alguns medicamentos

/Não recebo medicamento algum)" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade"?

2.7.2.1. O elemento de mensuração "Há espaço disponível nas salas de espera e atendimento?" representa principalmente a dimensão "Organização/Estrutura"?

2.7.3.1. O elemento de mensuração "Como você julga a limpeza dos ambientes?" representa principalmente a dimensão "Organização/Estrutura"?

2.7.4.1. O elemento de mensuração "Ambientes são limpos, propiciando conforto e bem estar (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros.)?" representa principalmente a dimensão "Organização/Estrutura"?

2.7.5.1. O elemento de mensuração "Os Ambientes são ventilados e iluminados e os móveis estão suficientemente limpos e íntegros, propiciando conforto e bem estar (móveis, quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros.) ?" representa principalmente a dimensão "Organização/Estrutura" ?

2.7.6.1. O elemento de mensuração "Como você julga o conforto dos ambientes?" representa principalmente a dimensão "Organização/Estrutura"?

2.7.7.1. O elemento de mensuração "O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir?" representa principalmente a dimensão "Organização/Estrutura"?

2.8.1.1. O elemento de mensuração "O profissional de saúde lhe transmite confiança e segurança?" representa principalmente a dimensão "Vínculo"?

2.8.3.1. O elemento de mensuração "Caso você tivesse a opção mudaria de equipe ou unidade de saúde?" representa principalmente a dimensão "Vínculo"?

2.8.4.1. O elemento de mensuração "Você sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?" representa principalmente a dimensão "Vínculo"?

2.8.5.1. O elemento de mensuração "O seu médico ou enfermeiro de família conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?" representa principalmente a dimensão "Vínculo"?

2.9.1.1. O elemento de mensuração "Você possui a liberdade em escolher o profissional de saúde?" representa principalmente a dimensão "Direitos dos pacientes"?

2.9.2.1. O elemento de mensuração "Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar?" representa principalmente a dimensão "Direitos dos pacientes"?

2.9.4.1. O elemento de mensuração "Você é sempre examinado em ambiente fechado?" representa principalmente a dimensão "Direitos dos pacientes"?

2.9.5.1. O elemento de mensuração "Quando existe uma terceira pessoa presente durante o atendimento (por exemplo, estagiário, estudante, médico visitante), o pessoal do serviço explica essa presença e pede sua permissão?" representa principalmente a dimensão "Direitos dos pacientes"?

2.11.6.1. O elemento de mensuração "Competência e a habilidade do profissional de saúde: respostas classificadas em muito bom/bom/ruim/muito ruim?" representa principalmente a dimensão "Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade"?

2.13.2.1. O elemento de mensuração "O seu médico ou enfermeiro de família já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc...)?" representa principalmente a dimensão "Orientação familiar"?

2.14.1.1. O elemento de mensuração "O seu médico ou enfermeiro de família conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

2.14.2.1. O elemento de mensuração "O seu médico ou enfermeiro de família ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

2.14.3.1. O elemento de mensuração "Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

Sem consenso quanto à dimensão

2.1.8.1. "Você demorou até ser atendido pelo especialista na última vez que foi encaminhado por esse serviço?" ligado à dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/Coordenação";

2.2.6.1. O elemento de mensuração "Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico ou enfermeiro desse serviço?" relacionado principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade"; Relação profissional-usuário; :com consenso nessa.

2.3.3.1. O elemento de mensuração "O profissional que lhe atendeu abordou questões emocionais relacionados a seus problemas de saúde?" ligado principalmente à dimensão "Informação";

2.6.3.1. O elemento de mensuração "Como você avalia o horário da consulta?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.6.4.1. O elemento de mensuração "Como você avalia a atenção em domicílio pelo médico ou enfermeira?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.6.7.1. O elemento de mensuração "Como você avalia condições de transporte da casa do usuário até esse serviço de saúde?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.6.17.1. O elemento de mensuração "Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu médico ou / enfermeiro de família antes de ir a outro serviço de saúde?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.6.18.1. O elemento de mensuração "A sua família que conhece o local de funcionamento da ESF?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.6.20.1. O elemento de mensuração "O seu agente comunitário de saúde o avisa sobre consultas agendadas?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.6.21.1. O elemento de mensuração "Quando o local de atendimento da equipe da saúde da família pela qual o senhor é atendido está fechado e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.6.22.1. O elemento de mensuração "Quando o local de atendimento da equipe da saúde da família pela qual o senhor é atendido está fechado, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?" relacionado principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade";

2.10.2.1. O elemento de mensuração: "A unidade está igual, melhor ou piorou? () igual () melhorou- em que aspecto? ? () piorou –em que aspecto? " representa principalmente a dimensão "Confiabilidade/expectativa" ?

2.10.4.1. O elemento de mensuração: "O que você acha que deve ser melhorado na unidade?" representa principalmente a dimensão "Confiabilidade/expectativa"?

2.14.5.1. O elemento de mensuração: "Convida você e sua família para participar de Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor /Conselho de Usuários)?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

2.14.7.1. O elemento de mensuração: "Você sabe se sua Equipe de Saúde da Família organiza reuniões com a comunidade para discutir os problemas de seu bairro?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

2.14.8.1. O elemento de mensuração: "Esta Unidade de Saúde da Família oferece serviços de saúde nas escolas?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

Sem consenso quanto à validade

2.1.1.1. O elemento de mensuração "Você foi preparado sobre o que esperar do especialista para os qual você foi encaminhado quando necessitou?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.1.5.1. O elemento de mensuração "Quando é necessário, o médico, enfermeiro ou dentista nesse serviço o envia para uma consulta com o especialista?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.1.6.1. O elemento de mensuração "Quando as consultas com o especialista são necessárias, os profissionais desse serviço empenham para que você consiga?" representa principalmente a dimensão: "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.1.7.1. O elemento de mensuração "Depois de ir ao especialista algum profissional desse serviço conversou com você sobre a consulta?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.1.9.1. O elemento de mensuração "Quando um problema de saúde necessita do médico de família e do especialista ao mesmo tempo, a coordenação entre eles tem sido correta?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação"?

2.7.1.1. O elemento de mensuração "Como você avalia o apoio dos profissionais do Centro de Saúde, além daquele que o atendeu?" representa principalmente a dimensão "Organização/Estrutura"?

2.9.7.1. O elemento de mensuração "A sua opinião é respeitada?" representa principalmente à dimensão "Direitos dos pacientes"?

2.11.1.1. O elemento de mensuração "Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento" representa principalmente a dimensão "Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade"?

2.12.1.1. O elemento de mensuração "Você recebeu aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)?" representa principalmente a dimensão "Integralidade " ?

2.14.6.1. O elemento de mensuração "Além do Agente Comunitário de Saúde, os outros profissionais da Equipe costumam realizar visita domiciliar na sua comunidade?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

Sem consenso em ambos validade e dimensão- A

2.9.3.1. O elemento de mensuração "São tomadas medidas para evitar interrupções durante o seu atendimento (por exemplo, fechaduras ou aviso nas portas)?" representa principalmente a dimensão "Direitos dos pacientes" ?

2.1.3.1. O elemento de mensuração "Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento nesse serviço?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação " ?

.2.1.4.1. O elemento de mensuração "A equipe buscou resolver a sua necessidade de saúde nesse serviço?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação " ?

42.1.11.1. O elemento de mensuração "O médico/enfermeiro desse serviço pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe pergunta se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?" representa principalmente a dimensão "Continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/ Coordenação" ?

2.4.9.1. O elemento de mensuração "Todos envolvidos na assistência (médicos, enfermeiros; apoio; segurança, administrativo e outros.) prestam assistência de forma humanizada, com hospitalidade, buscando proteger a integridade física e mental dos usuários e familiares?" representa principalmente a dimensão "Relação profissional – usuário" ?

2.6.11.1. O elemento de mensuração "Você precisou pegar ficha/senha de atendimento?" representa principalmente a dimensão "Acesso/disponibilidade/acessibilidade" ?

2.8.2.1. O elemento de mensuração "Quando você por algum motivo interrompe o tratamento e/ou não comparece na UBS os profissionais desta UBS buscam fazer um contato?" representa principalmente a dimensão "Vínculo"?

2.9.6.1. O elemento de mensuração "Quando ocorrem discussões de caso na sua presença, é permitido que participasse?" representa principalmente a dimensão "Direitos dos pacientes"?

2.10.1.1. O elemento de mensuração "De uma maneira geral, você considera que este estabelecimento: () Melhor que imaginava () Igual ao que imaginava () Pior que imaginava () Não imaginava" representa principalmente a dimensão "Confiabilidade/expectativa" ?

2.10.3.1. O elemento de mensuração "O que você acha que não deve mudar na unidade?" representa principalmente a dimensão "Confiabilidade/expectativa" ?

2.10.5.1. O elemento de mensuração "Avaliação das famílias quanto à melhoria do atendimento. Resposta classificada: Melhorou muito /Melhorou um pouco /Ficou igual/ Piorou" representa principalmente a dimensão "Confiabilidade/expectativa"?

2.10.6.1. O elemento de mensuração "Grau de satisfação das famílias com a ESF: Satisfeito /Insatisfeito" representa principalmente a dimensão "Confiabilidade/expectativa"?

2.11.2.1. O elemento de mensuração "Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento?" representa principalmente a dimensão "Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade"?

2.11.3.1. O elemento de mensuração "Avaliação das famílias quanto à procura por hospitais e especialistas após implantação da ESF: resposta classificada em: Procuram mais /Procuram menos/ Procuram igual" representa principalmente a dimensão "Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade"?

2.11.4.1. O elemento de mensuração "Avaliação das famílias quanto à procura por serviços de urgência após implantação da ESF resposta classificada em: Procuram mais /Procuram menos /Procuram igual" representa principalmente a dimensão "Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade"?

2.11.5.1. O elemento de mensuração "Você considera que seus problemas urgentes foram resolvidos com rapidez?" representa principalmente a dimensão "Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade"?

2.12.2.1. O elemento de mensuração "Você recebeu orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.:

doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)?" representa principalmente a dimensão "Integralidade"?

2.12.3.1. O elemento de mensuração "Em consultas com médico, algum dos seguintes assuntos já foi ou são discutidos (conversados) com você: Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis." representa principalmente a dimensão "Integralidade"?

2.12.4.1. O elemento de mensuração "Em consultas com médico, algum dos seguintes assuntos já foi ou são discutidos (conversados) com você: Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa" representa principalmente a dimensão "Integralidade"?

2.13.1.1. O elemento de mensuração "O seu médico ou enfermeiro de família lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?" representa principalmente a dimensão "Orientação familiar"?

2.14.4.1. O elemento de mensuração "Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?" representa principalmente a dimensão "Orientação comunitária"?

ANEXO5: Comentários Especialistas Primeira Rodada

Comentários especialistas:

XXX-

“A dimensão integralidade talvez fosse mais adequadamente descrita como abrangência, o que me faria pontuar melhor a dimensão. Existe uma superposição entre vínculo, longitudinalidade e continuidade (veja o artigo Cunha e Giovanella 2011), o que justificaria uma separação mais clara entre continuidade com mesmo provedor (que seria a dimensão 2) e o aspecto mais relacional (que poderia ser uma fusão das dimensões 4 e 8). Por isso pontuei 0 para o vínculo, que ficaria sobrando. Acho que a dimensão 10 precisa ser mais bem definida. Creio que para o desenvolvimento de questionário de satisfação dos usuários haja um número elevado de dimensões, o que me levou a dar notas maiores para aqueles aspectos que, na minha experiência prévia, sejam mais facilmente discerníveis pelo usuário. ”

YYY:

“O grande número de dimensões responde a diferentes esquemas taxonômicos e agendas de pesquisa (grande número de autores que se tentou compatibilizar) - é preciso evitar repetições ou sobreposição de dimensões. Dificilmente creio que seja possível diferenciar "relação profissional usuário" de "vinculo". Segurança do paciente e qualidade técnica são dimensões que requerem definição em linguagem de especialista - não são simples de traduzir em termos da experiência do usuário. A dimensão informação e as duas dimensões orientação (família e comunidade) tem sobreposição semântica. Direito do paciente é demasiadamente amplo - todas as outras dimensões poderiam ser subdimensões do direito do paciente. Integralidade, continuidade e longitudinalidade podem ser facetas de um mesmo aspecto: integralidade também é muito amplo como dimensão.

A avaliação dos itens que teoricamente compõem essas dimensões pode ajudar a traçar definições mais diretas e mutuamente excludentes, evitando ambiguidades que dificultam a sumarização das respostas.

Devo frisar que acho TODAS as dimensões propostas importantes, mas se a opção são pela perspectiva do usuário, elas devem ser aproximadas da experiência direta que têm no contato com o serviço. Algumas dimensões devem ser reunidas para reduzir seu número, outras, as mais amplas, podem ser boas fontes de itens, mas que devem ser distribuídos nas dimensões

restantes. Isto para que o conjunto final de dimensões reflitam aspectos complementares, porém distintos, que como num mosaico sejam bons descritores sumários da relação dos usuários com o serviço.”

ZZZ-

“Algumas dimensões se sobrepõe. Podem ser agrupadas, pois ao mensurar uma estará quase que automaticamente tratando da outra (ex: vínculo,relação profissional/usuário). Recomendo parcimônia na escolha das dimensões.”

XXX-

“Talvez haja questões redundantes, por ex. 2 e 8 (poderiam ser unificadas)”

YYY-

“Todas as dimensões listadas são relevantes, contudo, para o instrumento de avaliação ter melhor aplicabilidade deve ser conciso, com poucas perguntas e de preferência relacionadas a uma experiência concreta de uso do serviço.”

“Algumas destas dimensões se superpõem em alguma medida como, por exemplo: relação profissional usuário e vínculo (uma forma de relação profissional usuário); direito do paciente e segurança do paciente e confiabilidade (unidades estarem habilitadas para realizar o serviço) Assim além das dimensões de avaliação é necessário incluir uma parte para coleta de Informações sobre os usuários, incluindo dados selecionados socioeconômicos, de saúde, experiência de uso e atitudes após a experiência.”

Resultado

Pela sugestão de diversos especialistas deveria haver a união entre vínculo e relação profissional, porém ao analisar os elementos de mensuração esta colocação não se evidencia.

ANEXO6: Retorno da Segunda Rodada

Elementos de mensuração sem consenso de validade na primeira rodada que atingiram consenso na segunda rodada

Após novo julgamento da validade estes elementos de mensuração foram julgados com consenso de validade alta, ou seja, percentual de maior que 75% pontuando mais que 7:

1. Depois de ir ao especialista algum profissional desse serviço conversou com você sobre a consulta?(PMAQ);
2. Quando é necessário, o médico, enfermeiro ou dentista nesse serviço o envia para uma consulta com o especialista?
3. A sua opinião é respeitada? Relacionado principalmente à dimensão: "Direitos dos pacientes"?
4. "Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento?" relacionado principalmente a dimensão "Qualidade técnica/Efetividade/Resolutividade"?

ANEXO7: Comentários dos especialistas na segunda rodada

XXX:

“Penso que poderiam haver espaços para as justificativas, agregando mais informações ao teu estudo.”

YYY:

“Existe um erro no enunciado da segunda questão”

ZZZ:

“Acredito que as questões relacionadas a tempo de espera para consulta e para o atendimento, podem ser mais agrupadas. A dimensão de estrutura física e ambiente também podem ser bastante agrupadas”

XXX:

“É difícil apreciar a validade dos itens nesta forma. os critérios de resposta não são homogêneos: há perguntas abertas, relatos, opiniões, ranqueamentos, que são formas distintas de construir questionários. Além disso, para aumentar a confiabilidade do questionário é bom ter mais de um item abordando aspectos ligeiramente distintos da mesma dimensão.”

YYY:

“a pergunta 15 trata de resolatividade e não de coordenação.”

ZZZ:

“Sobre a questão 1, as dimensões podem ser unificadas mas é preciso definir melhor a separação das sub dimensões da continuidade. A dimensão de continuidade é a mais difusa, e envolveria no mínimo os aspectos de continuidade informacional; continuidade assistencial/coordenação; e continuidade relacional, que por sua vez contemplaria a longitudinalidade da Barbara Starfield (mesmo provedor ao longo do tempo) e a relação interpessoal. Talvez nossa confusão se deva em parte ao fato de que o "mesmo provedor", no Brasil, não é um profissional, e sim uma equipe ou serviço, e por isso o aspecto de qualidade da relação interpessoal é de difícil aplicabilidade.”

ANEXO 8: Parecer Consubstanciado do CEP-

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PROJETO DE PESQUISA

Título: Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02814112.7.0000.5240

Pesquisador: Marcele Bocater Paulo de Paiva

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 89.456

Data da Relatoria: 09/08/2012

Apresentação do Projeto:

Sem comentários

Objetivo da Pesquisa:

Sem comentários

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem comentários

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem comentários

Recomendações:

Sem comentários

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora fez as adequações do cronograma satisfazendo às exigências do CEP-ENSP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



RIO DE JANEIRO, 04 de Setembro de 2012

Assinado por:
Ângela Fernandes Esher Moritz

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br