

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social**  
**Curso de Especialização em Saúde Pública**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE  
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO MÁRTIR**

Patrícia Morsch

Porto Alegre, junho de 2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social**  
**Curso de Especialização em Saúde Pública**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE  
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO MÁRTIR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialização em Saúde  
Pública

Prof. Orientador: Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre, junho de 2008

**RESUMO:** Devido à necessidade da redução de custos com as hospitalizações e à busca de uma reorientação no modelo atual de assistência à saúde, o Hospital São Sebastião Mártir de Venâncio Aires (RS), juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde desse município, instituiu o programa de Assistência e de Internação Domiciliar. Tal política garante qualidade na atenção a pacientes que precisam de cuidados mais complexos e diários, todavia, não de hospitalização. Sendo essa uma tentativa para reorganização do sistema atual e implantado recentemente no município de Venâncio Aires é de suma importância descrever a satisfação dos usuários assistidos por esse programa. Com esse objetivo, um entrevistador aplicou um questionário aos usuários, cuidadores e pacientes, com questões fechadas, em relação ao tempo dos atendimentos/visitas, ao relacionamento com a equipe, aos recursos e à disponibilidade da equipe, aos resultados da assistência e em relação à satisfação de uma forma geral. As respostas foram fornecidas através da escala de Lickert, por meio de cinco atributos, envolvendo concordância plena e discordância plena, frente a uma afirmação. A análise dos dados envolveu cálculo das médias dos dados demográficos dos pacientes e dos escores encontrados e teste *t de student* ( $p < 0,05$ ), comparando a satisfação entre os cuidadores e os pacientes. Foram entrevistados 56 usuários da Assistência Domiciliar, sendo 15 pacientes (26,8%) e 41 cuidadores (73,2%). Os resultados quanto às questões referentes à assistência domiciliar e ao desempenho da equipe demonstraram satisfação dos usuários em praticamente todas as afirmações, não havendo diferença estatística entre os grupos - cuidadores e pacientes. A menor média dos atributos foi encontrada no que tange ao contato com a equipe, quando necessário, com média de 3,16 entre os cuidadores e 3,55 entre os pacientes.

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar, Satisfação em saúde.

## LISTA DE TABELAS

1 Distribuição dos pacientes quanto ao sexo.....	21
2 Renda dos pacientes.....	22
3 Escolaridade dos pacientes.....	23
4 Idade dos pacientes .....	23

## LISTA DE QUADROS

1 Média dos escores encontrados a partir da aplicação do questionário.....	25
----------------------------------------------------------------------------	----

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Definição do problema.....	9
1.2 Justificativa.....	9
1.3 Objetivos.....	10
1.3.1 Objetivo Geral.....	10
1.3.2 Objetivos Específicos .....	10
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	11
3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	13
3.1 Revisão Teórica.....	13
3.1.1 Qualidade em Saúde: a satisfação do usuário.....	13
3.1.2 Assistência Domiciliar.....	17
3.2 Apresentação dos resultados.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	33

## 1 INTRODUÇÃO

O Hospital São Sebastião Mártir localiza-se na cidade de Venâncio Aires, no Rio Grande do Sul. É uma entidade filantrópica, com, em média, 60% das internações e dos procedimentos realizados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além de prestar atenção hospitalar ao município onde está localizado, é responsável, também, por essa modalidade de assistência aos municípios vizinhos de Mato Leitão, Passo do Sobrado e Vale Verde.

Devido à necessidade da redução de custos com as hospitalizações e à busca de uma reorientação no modelo atual de assistência à saúde, essa Instituição, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, instituiu o programa de Assistência e de Internação Domiciliar. Estabelecida no âmbito SUS pela Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, e também pela Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, esta política garante qualidade na atenção a pacientes que precisam de cuidados mais complexos e diários, todavia, não de hospitalização (BRASIL, Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>; PEREIRA; et al.,2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), as modalidades da assistência domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Elas ocorrem no próprio domicílio e compreendem os níveis de atenção tanto primária, secundária, quanto terciária, buscando os seguintes efeitos: evitar a hospitalização desnecessária e assim otimizar a utilização dos leitos hospitalares, a humanização do cuidado, o resgate da autonomia do usuário e da família; reduzir o tempo de internação hospitalar e o alcance de períodos maiores entre as intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, além da redução do sofrimento, de forma humanizada, em situação de cuidados paliativos.

Com essa medida, se procura dar prioridade na assistência domiciliar aos pacientes com doenças crônico-degenerativas agudizadas e clinicamente estáveis; às pessoas que necessitam de cuidados paliativos; e àqueles com incapacidade funcional provisória ou permanente, com internações prolongadas ou reinternações,

que demandem atenção constante, e também aos idosos. Porém, outras prioridades poderão ser estabelecidas nos programas locais, conforme as necessidades regionais (BRASIL, Ministério da Saúde; 2006).

Nessas circunstâncias, a assistência domiciliar tem sido vista como um auxílio a sanar parte da deficiência na assistência à saúde no Brasil, pois, nesses programas, o profissional de saúde pode e deve atuar em todos os níveis de assistência (FABRICIO et al., 2004).

De uma forma geral, os serviços de saúde são, na sua essência, realizados entre pessoas. Para que haja o sucesso de uma intervenção, além de apresentar domínio científico e tecnológico, tanto no uso de equipamentos, quanto em conhecimentos, o profissional da saúde deve ter a habilidade de construir uma relação eficiente com seu paciente e, também, com toda a equipe de saúde com a qual trabalha (MOTTA; PELLEZ, 2005).

A idéia de qualidade está vinculada a um processo de avaliação que pode ocorrer de diferentes maneiras. Sabe-se que uma forma relevante de avaliar os programas de saúde consiste em verificar o grau de satisfação demonstrado pelos seus usuários (KLOETZEL; et al, 1998).

Avaliar, em saúde, significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, para ajudar na tomada de decisões, buscando maior eficiência e efetividade. Quando essa avaliação está baseada na satisfação dos usuários, ela mostra a democratização e a participação popular determinada aos serviços de saúde, desde a Reforma Sanitária (CONTANDRIOPOULOS, et al; 1997).

A satisfação dos usuários de determinado serviço de saúde é um dos resultados a serem alcançados no processo de atenção à saúde, pois cada vez mais a opinião das pessoas é valorizada e a qualidade do serviço de saúde prestado está intimamente ligada às mudanças no estado de saúde dos pacientes (STENZEL; MISOCZKY; OLIVEIRA; 2004).



## 1.1 Definição do Problema

Através da realização das pesquisas de satisfação dos usuários, é possível estruturar as ações da forma mais adequada possível para satisfazer o paciente e suas necessidades. Além disso, essa sondagem promove a democratização que acompanha as mudanças no modelo assistencial de saúde.

Sendo o programa de Assistência Domiciliar uma nova tentativa para reorganização do sistema atual e recentemente implantado no município de Venâncio Aires, é de suma importância descrever a satisfação dos pacientes e cuidadores assistidos por esse programa, para verificar os seus aspectos negativos e positivos, ainda mais que no Brasil é comum a veiculação na mídia de matérias sobre a insatisfação dos usuários do SUS, tanto em relação aos profissionais de saúde atuantes, quanto aos serviços prestados.

Diante do acima citado, pergunta-se: Qual o nível de satisfação dos usuários<sup>1</sup> do programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir?

## 1.2 Justificativa

A partir do conhecimento do grau de satisfação dos pacientes e cuidadores do programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, que faz parte do SUS, poder-se-á traçar a aceitabilidade dos mesmos em relação ao programa. Além disso, com base nos resultados encontrados, novos objetivos e novas metas podem ser definidos para melhorar essa estratégia de atenção à saúde, o que vem a ser de grande relevância para os gestores e profissionais da saúde.

Além do mais, a divulgação posterior dos resultados alcançados é de fundamental importância, para que a população conheça o projeto e para que mais

---

<sup>1</sup> Entende-se os usuários como sendo recebedores dos serviços de Assistência Domiciliar, ou seja, pacientes e cuidadores.

municípios adotem esse tipo de assistência, facilitando o cuidado, promovendo a saúde e a desospitalização.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Avaliar o grau de satisfação dos usuários do programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, bem como apresentar sugestões para melhoria do programa, caso haja necessidade.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Verificar o nível de aceitação do programa junto aos usuários;
- elaborar um perfil dos pacientes atendidos pela Assistência Domiciliar;
- descrever o grau de qualidade percebida na atenção prestada por parte dos usuários; e
- detectar possíveis falhas na assistência domiciliar prestada, propondo alterações para a melhoria da qualidade do serviço.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa quantitativa, com delineamento descritivo-exploratório. Segundo Goldim (2000, p. 66):

São estudos Observacionais Exploratórios os que buscam identificar as características peculiares e universais de grupos de indivíduos, com uma ou mais características em comum. A característica deste delineamento é a de considerar o grupo como unidade do estudo, e não mais cada indivíduo em particular.

Foi escolhido o método quantitativo, através da aplicação de questionário com questões fechadas, associada a uma escala de valores, pois estes permitem mensurar as respostas e quantificar a satisfação. Além disso, é possível alcançar uma parcela mais representativa da população com esse método e é uma técnica de fácil manejo e mais rápida (ESPERIDIÃO, TRAD; 2005).

A pesquisa foi executada após sua aprovação pelos gestores e pelo Comitê de Pesquisa do Hospital São Sebastião Mártir. Foi realizada na cidade de Venâncio Aires, no Rio Grande do Sul, na área de abrangência do projeto de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, desse município. O projeto é executado por meio de uma parceria do Hospital com a Secretaria Municipal de Saúde, no âmbito SUS, estabelecido pela Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, e também pela Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006.

Entre fevereiro e abril de 2008, foram selecionados aleatoriamente 56 pacientes da Assistência Domiciliar ou seus cuidadores, no caso de pacientes impossibilitados de responder ao instrumento de coleta de dados. Nesse período, o projeto contava com 92 usuários vinculados a essa modalidade da assistência.

Um entrevistador, sem qualquer vínculo com a entidade prestadora do serviço, após receber as devidas orientações e o treinamento quanto à aplicação dos questionários, se deslocou até os domicílios dos usuários e convidou-os a

participar do estudo. Os entrevistados foram convidados a ler e, se concordassem, deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), em duas vias, permanecendo uma com o usuário e outra com o pesquisador.

A opinião dos pacientes e cuidadores, sobre o atendimento domiciliar e o relacionamento com a equipe, foi colhida através da aplicação de um questionário, com perguntas fechadas, para a realização do posterior estudo da referida amostra (ANEXO B). Esse instrumento foi elaborado pela autora, embasada em Donabedian, citado por Cavedon e Ensslin (2005, p.36), que descreve três aspectos fundamentais para a qualidade em saúde: estrutura, processo e resultado.

Dados referentes aos pacientes, como sexo, faixa etária, renda e escolaridade também foram coletados, a fim de traçar um perfil dos pacientes atendidos.

As respostas foram fornecidas segundo a escala de Lickert, por meio de cinco atributos, envolvendo concordância plena e discordância plena, frente a uma afirmação.

Os dados obtidos foram tabulados em planilhas do programa Excel 6.0. Para realizar a análise estatística foram calculadas as médias dos dados demográficos, para traçar o perfil dos pacientes atendidos, e dos escores encontrados como respostas. Para a comparação da satisfação entre os usuários e os cuidadores foi realizado o teste *t de student*, para um  $p < 0,05$ .

Realizou-se uma abordagem com a comparação da satisfação dos usuários – pacientes e cuidadores –, já que o cuidador tem papel fundamental na assistência domiciliar e muitas vezes o paciente está impossibilitado, devido a suas condições de saúde, de responder os questionários e poucos estudos compararam os escores de satisfação encontrados entre os pacientes com outros – como os cuidadores, familiares ou profissionais da saúde (ESPERIDIÃO, TRAD; 2005).

### **3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO**

#### **3.1 Revisão Teórica**

##### **3.1.1 Qualidade em Saúde: a satisfação do usuário**

O Brasil viveu as principais mudanças no setor da saúde a partir do movimento da Reforma Sanitária, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse movimento apresenta a integralidade, a universalidade e a equidade das ações como principais diretrizes e, além disso, assume um modelo democrático e descentralizado, com a participação dos usuários e dos profissionais da saúde nas tomadas de decisões e no controle da saúde (CAVEDON; ENSSLIN, 2005; QUEIROZ; et al, 2007; OLIVEIRA, 1996).

Na busca desse novo modelo de saúde, considerado como um direito de todos, novos modelos, baseados principalmente na atenção primária, foram sendo criados, na tentativa de ampliar o protótipo de prevenção e promoção à saúde, abrangendo toda a população e suas necessidades. Tal funcionamento visa a reduzir os custos com a alta tecnologia em saúde, especialidades e atendimentos de grande complexidade (IBAÑEZ, 2006). Dados recentes indicam que apenas 25% da população do Brasil apresentam plano privado de cuidados à saúde, enquanto os restantes 75% dependem do SUS (GOUVEIA; et al, 2005).

A trajetória da implementação plena desse sistema é diferente em cada região do Brasil, tanto seu ritmo, como a forma em que as ações propostas são colocadas em prática. Hoje, porém, todos procuram concentrar-se na qualificação dos serviços. Até mesmo nos textos que regulamentam o SUS foram incorporados artigos referentes às atividades de controle e avaliação dos serviços de saúde, que é dever dos três níveis de competência: federal, estadual e municipal (OLIVEIRA, 1996). Como o país enfrenta problemas estruturais na área da saúde, o desenvolvimento de um sistema de avaliação da satisfação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor de serviços em saúde (MILAN, TREZ; 2005).

Para a realização adequada das ações em saúde, é essencial conhecer e satisfazer as necessidades da população. Assim, avaliar e conhecer o ponto de vista dos usuários torna-se fundamental para a estruturação das práticas de gestão e do cuidado com a saúde (QUEIROZ; et al, 2007; GOUVEIA; et al, 2005). É primordial que o serviço de saúde atue com a flexibilidade e a competência necessárias para garantir a satisfação do paciente, respondendo a suas expectativas, tanto em termos de diagnóstico e tratamento, quanto em relação à eficiência, rapidez e atenção dos profissionais de saúde (MEZOMO, 2001).

Avaliar em saúde consiste em fazer um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (FERRI, 2007).

A prática de avaliação dos serviços de saúde, através da percepção dos usuários, começou nos anos 60 na Europa e nos Estados Unidos da América. No Brasil, os estudos de satisfação começaram a ser mais difundidos a partir da segunda metade da década de 1990, através da promoção da *accountability* e do fortalecimento da participação popular nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO, TRAD; 2005).

A qualidade pode ser compreendida, nesse contexto, como o grau de adequação dos serviços prestados às reais necessidades dos pacientes. Portanto, precisa ser medida através de um “sistema”, composto por diversos processos, tal como a definição de amostra, a coleta de dados e a análise desses dados. Em síntese, a qualidade dos serviços de saúde é composta pelo nível de satisfação do paciente e também pelo resultado alcançado, em termos de melhoria da saúde e dos custos decorrentes (MEZOMO,2001).

Na qualidade dos serviços de saúde, “ouvir a voz do paciente” inclui a avaliação sistemática tanto das atitudes dos pacientes, como do impacto dos processos de tratamento sobre a saúde deles. Os que melhor relatam, tanto as atitudes como a saúde, são normalmente os próprios pacientes, pois suas respostas certamente trarão consigo fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas,

fatores econômicas, políticos e culturais, que influenciarão o resultado a ser alcançado (BERWICK, GODFREY, ROESSNER; 1994; FERRI, 2007).

De acordo com Donabedian (apud MEZOMO, 2001), a qualidade em saúde pode ser contextualizada em três dimensões: a *técnica*, que representa a aplicação dos conhecimentos técnicos do profissional da saúde na solução do problema do paciente; a *interpessoal*, que se refere à relação estabelecida entre o prestador do serviço e o paciente; e a *ambiental*, que representa as comodidades – conforto e bem-estar - oferecidos aos pacientes.

Donabedian (apud STENZEL; MISOCZKY; OLIVEIRA, 2004) também descreve a qualidade em saúde dividida em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Em síntese, a qualidade é determinada pela disponibilidade e distribuição social dos recursos, pelo efeito das ações e práticas de saúde, implementadas pela relação com o custo-benefício das ações, a adequação das ações ao conhecimento técnico-científico e também à percepção do usuário sobre essas práticas.

Sendo assim, vêm-se como necessários um constante trabalho de avaliação das expectativas e a satisfação dos usuários para manter um processo de trabalho adequado e de melhoria continuada e, então, produzir saúde. Porém, a avaliação ainda é uma das atividades menos praticadas no âmbito da saúde, sendo vários os motivos para isso, como a crônica falta de recursos financeiros para essa área, as dificuldades metodológicas, a falta de cobrança pela população e a ausência de vontade política dos gestores na abordagem desse problema (MEZOMO, 2001; CAMPOS, et al., 2007; OLIVEIRA, 1996).

Com vistas a avaliar um serviço de saúde, Cavedon e Ensslin, citando Donabedian (2005, p.36), descrevem três aspectos fundamentais: estrutura, processo e resultado. O primeiro está relacionado com os recursos físicos e humanos, os materiais, a forma de organização e o funcionamento do serviço; o segundo diz respeito às atividades realizadas na assistência; já o último depende das avaliações subjetivas dos usuários sobre o serviço prestado em relação a seus

desejos e suas expectativas – a cura, a restauração da função e a redução do sofrimento. Nessas condições, pode-se definir a satisfação como um elo entre a estrutura, o processo e o resultado (GOUVEIA, et al; 2005).

A forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativas e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos. Desse modo, o que se mede, muitas vezes, não é a satisfação propriamente dita, mas a percepção dos serviços e a expectativa prévia dos usuários, sendo esse ainda um terreno a ser melhor explorado nas pesquisas em saúde (ESPERIDIÃO, TRAD; 2005; FERRI, 2007).

É muito importante avaliar os serviços no campo da saúde pública porque a partir daí é permitido demonstrar as direções e opções no processo de planejamento, também pode favorecer o controle técnico e social dos serviços e programas desenvolvidos para a sociedade. Entretanto, existe uma lacuna nas pesquisas científicas preocupadas em demonstrar a satisfação dos usuários, especialmente quando diz respeito à atenção primária em saúde (GAIOSO, MISHIMA; 2007).

Quando o indivíduo está satisfeito com o serviço prestado, ele tende a dar continuidade ao tratamento, a seguir as orientações dadas pelo profissional de saúde e assim interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão a ela (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991 *apud* WARTMAN e col, 1983). Além disso, a avaliação do paciente em relação à assistência prestada pode ser encarada como forma de participação popular, que é o pilar básico para o funcionamento dos serviços de saúde (OLIVEIRA, 1996).

Porém, é importante salientar que, ao observar a literatura sobre a satisfação dos usuários de serviços de saúde, mesmo em suas diferentes formas de execução de pesquisa, qualitativa ou quantitativa, podem ser observadas altas taxas de satisfação. Isso pode ser explicado pela falta de atenção a aspectos metodológicos desse tipo de pesquisa, pois esta pode ser vista apenas como um objeto de interesse para gestores, preocupados em melhorar a qualidade dos serviços de saúde, sendo, de modo geral, desprezada pela comunidade “médica” e “científica”.



Além disso, é baixo o consenso entre pesquisadores sobre as estratégias metodológicas para a avaliação da satisfação e da possibilidade de vieses metodológicos influenciarem o fenômeno da alta satisfação (ESPERIDIÃO, TRAD; 2005).

### **3.1.2 Assistência Domiciliar**

O atendimento domiciliar não é uma novidade: trata-se da forma de atendimento à saúde mais antiga da história. Pode ser definida como a provisão de serviços de atenção à saúde a pessoas doentes, incapacitadas ou doentes crônicas de qualquer idade, em seu domicílio ou em qualquer ambiente não institucional, promovendo tratamento efetivo (ALBUQUERQUE, 2003).

Na atualidade, a assistência domiciliar voltou a ser muito comentada e vem se desenvolvendo por dois motivos principais: o envelhecimento da população, o que determina, muitas vezes, maiores incapacidades, e também a redução dos custos na área da saúde pública – não que a assistência domiciliar seja barata, mas ela se torna acessível, quando comparada à assistência hospitalar. O processo de desospitalização é facilitado quando se sabe que o paciente terá o acompanhamento necessário em casa (CUCURELLA, EULALIA; 2006).

Além disso, podem ser citados outros motivos pelo quais a assistência domiciliar no Brasil vem aumentando: a diminuição do tempo de internação, necessitando de um acompanhamento em casa após a alta; e pacientes com doença grave em estado terminal preferem passar a maior parte do tempo em casa (MORETO, 2003).

A Assistência Domiciliar teve início em países como Suécia, Holanda, Estados Unidos e Canadá. No Brasil, o pioneiro dessa atividade foi um hospital público de São Paulo, em 1968, motivado pela preocupação com pacientes vítimas de acidente vascular cerebral ou de outras doenças neurológicas. Nos últimos seis anos, nota-se um avanço na assistência domiciliar no Brasil e uma alta qualidade desses serviços, tanto no setor público quanto no privado (CESCHINI, 2002).

A assistência domiciliar é uma tendência mundial, como uma estratégia para modificar o cunho curativista da atenção à saúde para um âmbito mais preventivo em saúde, otimizando melhor os recursos e a tecnologia em saúde (CESCHINI, 2002).

Esse tipo de assistência requer uma equipe interdisciplinar e se divide em três grandes conjuntos. O primeiro deles refere-se à atenção domiciliar, representada pela visita na casa, realizada por qualquer profissional da saúde, que vai ao local onde mora o paciente, a fim de dar orientações ou realizar uma avaliação; esse profissional não é necessariamente ligado a um programa. O segundo conjunto, representado pelo atendimento domiciliar, implica um programa e a presença de uma equipe interdisciplinar, que acompanha e orienta os pacientes de forma periódica, em seus domicílios. O terceiro conjunto é a internação domiciliar, que envolve a utilização de diversos materiais e aparelhos necessários – tecnologia que exige recursos humanos especializados (BRASIL - ANVISA 2006; DUARTE, YEDA M. A. O., 2006).

A assistência domiciliar, além da internação domiciliar, pode ser apresentada também de forma terapêutica, que trata o paciente até a alta médica; de forma paliativa, que trata e cuida do paciente para proporcionar uma melhor qualidade de vida, embora sem perspectiva de cura; e também de forma preventiva - que seria a ideal – buscando evitar o adoecimento e/ou o agravamento de doenças preexistentes (CESCHINI, 2002).

Não está sendo negada a importância do saber biológico, de intervenções técnicas e medicalizantes. A questão é que isso não deve ser tomado como a única forma de atendimento, desencadeando-se um fazer que possa satisfazer as necessidades do usuário na sua singularidade, estabelecendo relações com o emocional, o cultural e o social (FERRI, 2007).

Muitos são os benefícios ao paciente. Em casa, o paciente sofre menor risco de adquirir infecções e tem a oportunidade de retomar o mais brevemente possível o seu cotidiano. Além disso, a assistência domiciliar evita o agravamento de doenças e as reinternações. Vários trabalhos brasileiros têm reforçado a implantação,

implementação e ampliação desse tipo de atenção à saúde, sempre buscando maior eficácia e eficiência, já que ela proporciona ao ser humano uma possibilidade de interação com seu meio na forma mais equilibrada e saudável possível (CESCHINI, 2002).

Para a viabilidade dessa assistência, é necessário que as condições de saúde do paciente estejam dentro dos padrões que permitam a indicação da equipe multidisciplinar para a continuidade do tratamento no domicílio, em caso de alta hospitalar. Além disso, deve haver condições mínimas de higiene e conforto na habitação; morar dentro da área de cobertura do atendimento; haver aceitação da família e do paciente; e necessariamente a presença de um cuidador, sendo este um familiar ou não (CESCHINI, 2002; DUARTE, YEDA M. A. O., 2006).

O cuidador é a pessoa que assiste o paciente em casa e presta os cuidados da melhor forma possível, responsabilizando-se por ele. É aquele que recebe todas as orientações da equipe de assistência domiciliar, podendo ser membro da família ou não, profissional de saúde ou não (REHEM; TRAD, 2005).

Ele pode ser identificado como cuidador principal ou secundário, dependendo do grau de envolvimento experimentado. O principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio. Os cuidadores secundários seriam aqueles que prestam atividades complementares. Eles podem ser classificados também como formais (principal ou secundário) e informais (familiares, amigos e voluntários da comunidade) (MENDES, 2002).

Porém, para classificar os cuidadores e também suas atividades, não é possível seguir respostas padronizadas, já que as atividades desenvolvidas por eles são construídas de forma singularizada e diferenciada no seu cotidiano. Cada cuidador vivencia as suas atividades de forma diferente, dependendo de uma série de fatores, como a dinâmica familiar, seus valores culturais, suas condições econômicas, entre outros. Estudos mostram que a maioria dos cuidadores são familiares, especialmente cônjuges e filhos – particularmente as filhas - e não se reconhecem como tal; têm a atividade do cuidar como um dever moral decorrente das relações pessoais e familiares inscritas na esfera doméstica. (MENDES, 2002;

NERI; SOMMERHALDER, 2002). Segundo Pessini (apud FERRI, 2007), “cuidar, mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante”.

Quando existe uma pessoa com grande dependência no ambiente familiar, há uma mudança importante em toda a organização da casa. Dessa forma, é de extrema importância a atuação do profissional de saúde, que deverá saber trabalhar com isso, inclusive com as adaptações que deverão ser feitas no ambiente, o que exige um trabalho muito bem feito juntamente com a família. Porém, não há um processo imediato da incorporação da nova realidade do familiar dependente e sim a descoberta progressiva de suas novas necessidades – na qual o cuidador é levado a ampliar seu referencial sobre o cuidar, incorporando novas necessidades que vão sendo introduzidas no cotidiano. (DUARTE, YEDA M. A. O., 2006; MENDES, 2002).

Além disso, a relação de dependência entre o cuidador e o familiar introduz sem dúvida uma nova percepção de si e do outro. Para o familiar, a vivência radical da sua dependência em relação ao outro, em função de seus cuidados pessoais, gera um sentimento de impotência (MENDES, 2002).

No Brasil, a maior parte das equipes de assistência domiciliar está ligada a hospitais públicos e universitários, com uma área de abrangência limitada; portanto, muitas vezes o atendimento acaba não chegando a muitos que dele precisam (DUARTE, YEDA M. A. O., 2006).

### **3.2 Apresentação dos resultados**

Os dados apresentados, a seguir, referem-se à avaliação da satisfação dos usuários – pacientes e cuidadores – do programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, realizada através do cálculo das médias e da análise das respostas encontradas, além da comparação entre a satisfação dos cuidadores e pacientes, calculada pelo teste *t de student*, o que será discutido a seguir. Além disso, traçar-se-á um perfil dos pacientes atendidos por esse tipo de assistência.

Foram entrevistados 56 usuários da Assistência Domiciliar, voluntários, sendo 15 pacientes (26,8%) e 41 cuidadores (73,2%). Isso demonstra que a maioria dos pacientes que estão nessa modalidade de assistência são dependentes para a maioria das atividades e pacientes acamados, já que o questionário apenas seria aplicado aos cuidadores no caso de o paciente não ter condições de respondê-lo.

Houve dificuldade em encontrar os pacientes mais independentes e ativos nas suas residências, o que justifica o número reduzido de pacientes entrevistados. Além disso, esse fato colaborou para uma amostra reduzida de entrevistados, somado àqueles que trocaram de residência ou foram a óbito.

Os cuidadores são as pessoas adequadas para substituir o paciente na aplicação do questionário, pois são os responsáveis pelos pacientes e, como usuários da assistência domiciliar, têm o convívio direto com a equipe de saúde, a partir do momento que precisam aprender as melhores formas e novas técnicas para o cuidado do seu paciente, abrangendo suas necessidades.

A maior parte dos pacientes da amostra,  $n = 36$ , são do sexo feminino (64,3%) e os outros 20 representam pacientes do sexo masculino (35,7%) (TABELA 1). Além disso, pode-se dizer que a maioria dos pacientes apresenta renda de até um salário mínimo<sup>2</sup> por mês, pois são 39 dos entrevistados (69,6%); 8 pacientes recebem até dois salários mínimos por mês (14,3%); e apenas 2 (3,6%) apresentam uma renda mensal maior do que dois salários mínimos. Os demais 4 (7,1%) não apresentam renda fixa e 3 usuários (5,4%) não souberam responder a pergunta. Sendo assim, a média de renda mensal é de R\$ 439,77 entre os pacientes (TABELA 2).

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes quanto ao sexo

Sexo	n	%
Masculino	20	35,7
Feminino	36	64,3
Total	56	100

Fonte: dados coletados pela autora em sua pesquisa, 2008

<sup>2</sup> Salário Mínimo considerado no valor de R\$ 415,00

TABELA 2 – Renda dos pacientes

Renda	n	%
Até 1 salário mínimo	39	69,6
Até 2 salários mínimos	8	14,3
Mais que 2 salários mínimos	2	3,6
Sem renda fixa	4	7,1
Não soube responder	3	5,4
Total	56	100%

Fonte: dados coletados pela autora em sua pesquisa, 2008

De acordo com Albulquerque (2003), o baixo poder aquisitivo é uma das características da população idosa no Brasil: aposentadoria e pensões são sua principal fonte de rendimentos, o que leva a família a ter dificuldades econômicas para suprir as necessidades dos idosos.

Os pacientes em grande parte são analfabetos, n= 33 (58,9%). Apenas 2 pacientes (3,5%) estudaram até a terceira série, 7 (12,5%) estudaram até a quarta série, 5 (8,9%) até a quinta série, 1 (1,8%) até a sexta série. Somente 4 pacientes (7,1%) completaram o primeiro grau, com oito anos estudados e menor ainda é o número de pacientes que terminaram o segundo grau – 2 (3,6%), com onze anos de estudo.

Apenas 1 paciente (1,8%) apresentou terceiro grau completo e outro não soube identificar sua escolaridade. A média de anos estudados entre os pacientes é de 2,45 anos (TABELA 3).

TABELA 3 – Escolaridade dos pacientes

Escolaridade	n	%
Analfabetos	33	58,9
Até a terceira série	2	3,5
Até a quarta série	7	12,5
Até a quinta série	5	8,9
Até a sexta série	1	1,8
Primeiro grau completo	4	7,1
Segundo grau completo	2	3,6
Terceiro grau completo	1	1,8
Não soube responder	1	1,8
Total	56	100

Fonte: dados coletados pela autora em sua pesquisa, 2008

É grande o número de idosos<sup>3</sup> que são usuários da assistência domiciliar: eles representam 46 pacientes (82,1%). Entre os entrevistados, 10 (17,9%) têm até 70 anos, 18 (32,1%) têm até 80 anos, 15 (26,8%) apresentam idade até 90 anos e apenas 3 (5,3%) apresentam mais de 90 anos de idade. Os demais 10 pacientes (17,9%) têm idade de 9 a 49 anos, com média de 34,7 anos de idade. A média de idade geral dos pacientes da assistência domiciliar é de 79,55 anos de idade (TABELA 4).

TABELA 4 – Idade dos pacientes

Idade (anos)	N	%
9 a 49	10	17,9
de 50 até 70	10	17,9
de 71 até 80	18	32,1
de 81 até 90	15	26,8
Mais de 90	3	5,3
Total	56	100

Fonte: dados coletados pela autora em sua pesquisa, 2008

De acordo com Yuaso (2002), 13% dos indivíduos entre 64 e 74 anos, 25% dos entre 75 e 84 anos e 46% daqueles acima dos 85 anos apresentam algum tipo de incapacidade, necessitando de cuidados domiciliares.

<sup>3</sup> Considerado idoso a partir de 60 anos de idade, de acordo com a Constituição Federal do Brasil.

O grande número de idosos dependentes vai ao encontro de diversos outros estudos brasileiros, além de a maioria ser do sexo feminino, provavelmente devido à maior taxa de mortalidade dos homens em praticamente todas as faixas etárias (ALBUQUERQUE, 2003).

Os resultados quanto às questões referentes à assistência domiciliar e ao desempenho da equipe demonstraram satisfação dos usuários em praticamente todas as perguntas (QUADRO 1), não havendo diferença estatística entre os grupos – cuidadores e pacientes.



QUADRO 1 - Média dos escores encontrados a partir da aplicação do questionário

Questão	Usuário	n	Média do Escore
Tempo da visita	Cuidadores	45	4,98
	Pacientes	11	5,00
Intervalo entre visitas	Cuidadores	45	4,98
	Pacientes	11	5,00
Interesse da equipe	Cuidadores	45	4,96
	Pacientes	11	5,00
Sente-se à vontade	Cuidadores	45	4,98
	Pacientes	11	5,00
Equipe ouviu	Cuidadores	45	4,91
	Pacientes	11	5,00
Conhecimento adquirido	Cuidadores	45	4,98
	Pacientes	11	5,00
Confiança na equipe	Cuidadores	45	4,42
	Pacientes	11	4,27
Ass. Domiciliar e profissionais	Cuidadores	45	4,42
	Pacientes	11	4,09
Receitas	Cuidadores	45	4,84
	Pacientes	11	4,64
Contato com a equipe	Cuidadores	45	3,16
	Pacientes	11	3,55
Dúvidas respondidas	Cuidadores	45	4,60
	Pacientes	11	5,00
Qualidade de vida	Cuidadores	45	4,73
	Pacientes	11	5,00
Geral equipe	Cuidadores	45	4,98
	Pacientes	11	5,00
Geral serviço	Cuidadores	45	4,98
	Pacientes	11	5,00

Fonte: dados coletados pela autora em sua pesquisa, 2008

Nas questões em relação ao tempo de atendimento e de intervalo entre um atendimento e outro, relacionamento com a equipe, fornecimento de materiais e inclusive em relação à satisfação geral, os escores tanto dos pacientes entrevistados quanto dos cuidadores foram próximos a cinco – escore esse considerado de concordância plena.

Tanto os pacientes quanto os cuidadores demonstraram interesse na ampliação da equipe de assistência domiciliar, com mais profissionais de saúde engajados a esse tipo de atendimento, pois essa questão apresentou média de escore de 4,42 dos cuidadores e 4,09 dos pacientes (escore de concordância). Esse mesmo resultado, da necessidade de mais profissionais, foi encontrado em um estudo realizado por Motta e Pellenz (2005), que buscava analisar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul.

Em relação ao contato com a equipe, quando necessidade dos usuários, os escores permaneceram entre 3,16 (cuidadores) e 3,55 (pacientes), demonstrando que nem sempre quando os usuários precisam da equipe, ela é facilmente contatada. Isso pode ser explicado pelo fato de que em muitas localidades, onde a equipe realiza atendimentos, não há sinal que favoreça o uso de telefone móvel. Devem ser incentivados e estabelecidos critérios para um sistema pelo qual, sempre que necessário, o paciente possa entrar em contato com o profissional de saúde.

Esses são dados *outliers*, já que prevaleceu a alta satisfação. Para as pesquisas quantitativas, os *outliers* não são úteis, representativos, porém essas variáveis devem ser testadas de forma qualitativa, pois talvez essas variáveis representem vulnerabilidade no serviço de assistência domiciliar.

A alta satisfação pode ser explicada pelo viés da gratidão (*gratitude bias*), que é comumente encontrado em países em desenvolvimento. Ele pode ser explicado pela omissão de críticas negativas dos usuários e é verificado principalmente na avaliação dos serviços públicos. Outra explicação é o fato de que o usuário sente-se satisfeito apenas pelo fato de ter a garantia de prestação de serviços (ESPERIDIÃO, 2005).

Além disso, muitas vezes as técnicas empregadas na obtenção das informações como, por exemplo, a forma como as perguntas são elaboradas, podem levar a respostas com alto índice de satisfação (ESPERIDIÃO, 2005).

Entendem-se as deficiências metodológicas do estudo: o número de usuários entrevistados foi menor do que o esperado durante a execução do projeto de pesquisa; a dificuldade de encontrar os pacientes independentes em suas casas; a mudança de endereço sem comunicação à equipe; e o óbito podem explicar esse fato. Apesar disso, os dados descritivos encontrados podem ser considerados qualitativamente relevantes.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi verificado um alto grau de satisfação do programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir entre os seus pacientes e cuidadores, sendo assim possível verificar sua aceitação positiva entre os usuários. Também se pôde verificar que a maior parte dos pacientes são idosos do sexo feminino, analfabetos e com renda de um salário mínimo mensal.

É de extrema importância que sejam realizadas pesquisas de satisfação explicando aos usuários que este tipo de trabalho irá melhorar a qualidade de atendimento aos usuários, trazendo-lhes ainda mais benefícios. Dessa forma, os usuários têm a oportunidade de expressão, podendo monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo o controle social, seguindo os princípios que regem o SUS (ESPERIDIÃO, 2005; GAIOSO, MISHIMA, 2007).

Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos na área de satisfação na Assistência Domiciliar, inclusive combinando questões abertas e fechadas, pois é comum o usuário atribuir uma avaliação alta nas respostas fechadas e, nas abertas, incluir comentários, restrições e recomendações sobre o mesmo item (ESPERIDIÃO, 2005).

Pode-se, também, de acordo com Lemme (1991), modificar o questionário, com questões fechadas apenas tendo apenas como alternativa de respostas “sim” ou “não”, procurando misturar aspectos positivos e negativos do atendimento e explorar, com um número maior de perguntas abertas, as expectativas e os desejos dos pacientes.

Os resultados que não obtiveram uma satisfação tão alta devem ser registrados, pois se tornam indicadores relevantes para a melhora do serviço em questão e devem ser apresentados aos gestores e profissionais da saúde, para que esses tomem iniciativas para melhorá-los.

Já os demais resultados devem ser sempre analisados, já que a alta satisfação pode estar relacionada ao fato de o serviço ser público, e os usuários terem receio de perder o direito ao serviço, caso respondam negativamente às questões relacionadas à percepção e à satisfação do serviço.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Sandra M. R. L. de. *Qualidade de Vida do Idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Cedecis, 2003.

BERWINCK, Donald M.; GODFREY, A. Blanton; ROESSNER, Jane. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde.* São Paulo: Makron Books, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede pública de saúde oferecerá internação domiciliar – 18/10/2006. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=28205](http://www.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28205)>. Acesso em: 25/11/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 2.529 de 19 de Outubro de 2006. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>>. Acesso em: 25/11/2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC número 11, de 26 de Janeiro de 2006. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=>>>. Acesso em: 25/11/2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CAVEDON, Neusa R.; ENSSLIN, Rosecléa C. O Significado do Sistema Único de Saúde para os Usuários do Município de Segredo (RS). *Revista HCPA.* v 25 (1/2). Porto Alegre: 2005. p. 5-12.

CESCHINI, Mariângela. Porque Assistência Domiciliar. In: DIAS, Ernesta Lopes F. et al (organizadores). *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar.* Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; et al. A avaliação na área da saúde. In: HARTZ, Zulmira M. A. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.p. 29 – 47.

DONABEDIAN, Avedis apud MEZOMO, João Catarin. *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos.* São Paulo: Manole, 2001.

ENCONTRO Internacional de Gerontologia Social. 2 2004, São Paulo, SP. Anais... São Paulo: SESC, 2006.

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência e Saúde Coletiva.* v 10 (Sup). Rio de Janeiro: 2005. p 303 – 312.

FABRICIO, Suzele C. C. et al. Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v 12 n 5. São Paulo: 2004. p 721-726.

FERRI, Sonia Mara N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Interface: Comunic., Saúde e Educ.* v 11, n 23. Ribeirão Preto: 2007; p. 515-529.

GAIOSO, Vanessa P.; MISHIMA Silvana M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto Contexto Enfermagem*. v. 16 n. 4. Florianópolis: 2007. p. 6717 – 625.

GOLDIM, José Roberto. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. In: \_\_\_\_\_.2. ed. ver. Ampl. Porto Alegre: Dacasa, 2000, p. 53 – 77.

GOUVEIA, Giselle C.; et al. Health Care Users' Satisfaction in Brazil, 2003. *Caderno de Saúde Pública*. v 21. Rio de Janeiro: 2005; p. 109 – 118.

IBAÑEZ, Nelson; et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 11 n. 3. São Paulo: 2006. p. 683-703.

KLOETZEL, Kurt; et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – a satisfação do usuário. *Caderno de Saúde Pública*. v. 14 n. 3. Rio de Janeiro: 1998. p. 623 – 628.

LEMME, Antônio C.; NORONHA, Gerson; RESENDE, José B. A satisfação do usuário em Hospital Universitário. *Revista de Saúde Pública*. v. 25 n. 1. São Paulo: 1991; p. 41-46.

MENDES, Patrícia B. M. T. Quem é o cuidador? In: DIAS, Ernesta Lopes F. et al (organizadores). *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar*. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

MEZOMO, João Catarin. *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001.

MILLAN, Gabriel S.; TREZ, Guilherme. Pesquisa de Satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE – eletrônica*. v. 4 n. 2 art. 17. 2007. Disponível em: <[www.rae.com.br/eletronica](http://www.rae.com.br/eletronica)>.

MOTTA, Paulo C.; PELLEZ, Aneli M. Dando voz aos usuários dos serviços prestados em Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul (RS). *Revista HCPA*. v 25 (1/2). Porto Alegre: 2005. p. 53-67.

NERI, Anita L.; SOMMERHALDER, Cinara. As várias faces do cuidado e do bem estar do cuidador. In: \_\_\_\_\_, et al (organizadoras). *Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2002.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. Por uma perspectiva dos usuários: avaliação de uma unidade de saúde comunitária. In: BODIN, Ronaldo; et al (organizadores). *Práticas de Gestão em Saúde: em busca da qualidade*. Porto Alegre: Dacasa, 1996.

PEREIRA, Maria José B. et al. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. *Revista Latino-americana de enfermagem*. v. 13 n 6. Ribeirão Preto: 2005. p. 1001 – 1010.

PESSINI, L.O. apud FERRI, Sonia Mara N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Interface: Comunic., Saúde e Educ.* v 11, n 23. Ribeirão Preto: 2007; p. 515-529.

REHEM, Tânia Cristina M. S. B.; TRAD, Leny Alves B. Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 10 supl. 0. Rio de Janeiro: 2005. p. 231-242.

MORETO, Graziela. Fundamentos da Atenção Primária. In: RONCOLLETA, Adriana F. T., et al. *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família, 2003.

STENZEL, Ana C.; MISOCZKY, Maria C.; OLIVEIRA, Aládia I. de. In: MISOCZKY, Maria C.; BORDIN, Ronaldo (organizadores). *Gestão Local em Saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

QUEIROZ, Maria V. O; et al.. Indicadores de Qualidade da Assistência ao Nascimento Baseados na Satisfação de Puérperas. *Texto e Contexto Enfermagem*. v. 16 n. 3. Florianópolis: Jul - Set 2007; p. 479-487.

YUASO, Denise R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, Anita L et al (organizadoras). *Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2002.



**ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O/a Sr. (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por objetivo avaliar o grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir. Os benefícios esperados com os resultados deste trabalho serão alcançados a médio e longo prazos, visando à melhoria contínua do serviço prestado pela equipe de assistência domiciliar.

Para tanto, o (a) Sr. (a) irá responder a um questionário com perguntas diretas a respeito da qualidade do serviço prestado pela equipe de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir.

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, em relação ao conteúdo da pesquisa. Fui igualmente esclarecido sobre a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa; sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento; sobre a segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha vida privada.

Nome do entrevistado:

Venâncio Aires, janeiro de 2008

## ANEXO B

### QUESTIONÁRIO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E CUIDADORES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO MÁRTIR

5 - Concordo fortemente

4 - Concordo

3 - Indiferente, sem opinião

2 - Discordo

1 - Discordo fortemente

SEXO: ( ) M                      ( ) F

FAIXA ETÁRIA:

RAÇA:

LOCAL ONDE RESIDE:

RENDA:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

<b>TEMPO DOS ATENDIMENTOS/VISITAS</b>	
O tempo no qual a visita é realizada é adequado à assistência	
O intervalo entre uma visita e outra é satisfatório	
<b>RELACIONAMENTO COM A EQUIPE</b>	
A equipe demonstra interesse quanto a seus problemas de saúde e procura escuta-los	
Sente-se à vontade com os profissionais de saúde da assistência domiciliar	
A equipe o ouviu de forma atenciosa e deu as devidas orientações	
A equipe lhe passa confiança e segurança	
<b>RECURSOS E DISPONIBILIDADE DA EQUIPE</b>	
A equipe de assistência domiciliar necessita de mais profissionais de diferentes áreas para tornar o atendimento mais satisfatório	
As receitas médicas e os materiais necessários para o tratamento foram disponibilizados de forma eficaz	
A equipe é facilmente contatada quando necessário	
<b>RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA</b>	
Apresenta maior conhecimento e facilidade em lidar com a doença após a sua inserção no grupo de assistência domiciliar	
Suas dúvidas foram respondidas de forma satisfatória	
De alguma forma, sua saúde e qualidade de vida melhorou a partir das visitas e dos atendimentos domiciliares	
<b>SATISFAÇÃO GERAL</b>	
De uma forma geral, você está satisfeito com a equipe de profissionais de saúde que prestam o atendimento domiciliar	
De modo geral, você está satisfeito com o serviço prestado pelo programa de assistência domiciliar.	