

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BRASILEIRA**

ELIANA AMARO DE CARVALHO CALDEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO AMBULATORIAL
EM UMA LIGA DE HIPERTENSÃO NA PERSPECTIVA DA
ACEITABILIDADE DO USUÁRIO**

JUIZ DE FORA

2015

ELIANA AMARO DE CARVALHO CALDEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM
UMA LIGA DE HIPERTENSÃO NA PERSPECTIVA DA ACEITABILIDADE DO
USUÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde. Área de Concentração Saúde Brasileira.

Orientadores: Rogério Baumgratz de Paula

Darcília Maria Nagen da Costa

Juiz de Fora

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Caldeira, Eliana Amaro de Carvalho .
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM
UMA LIGA DE HIPERTENSÃO NA PERSPECTIVA DA ACEITABILIDADE DO
USUÁRIO / Eliana Amaro de Carvalho Caldeira. -- 2015.
108 f. : il.

Orientador: Rogério Baumgratz de Paula
Coorientadora: Darcília Maria Nagen da Costa
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Brasileira, 2015.

1. Satisfação do Usuário. 2. Avaliação de Serviços de Saúde.
3. Hipertensão. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. I. de
Paula, Rogério Baumgratz , orient. II. da Costa, Darcília
Maria Nagen , coorient. III. Título.

ELIANA AMARO DE CARVALHO CALDEIRA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM
UMA LIGA DE HIPERTENSÃO NA PERSPECTIVA DA ACEITABILIDADE DO
USUÁRIO

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de
Mestrado em Saúde do Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em Saúde.

Aprovado em: 25/03/2015

Banca Examinadora



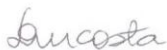
Prof. Dr. Bruno David Henriques



Profa. Dra. Maria Cristina Pinto de Jesus



Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Gricenkov



Profa. Dra. Darcília Maria Nagen da Costa


Rogério Baumgratz de Paula
Hipertensão Arterial - Nefrologia
FAC. DE MEDICINA - UFMG

Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula
Orientador

Aos meus pais Eli Amaro e Hilda pelo amor incondicional a mim dispensado
especial durante esta jornada sem os quais eu não teria conseguido.

Ao Samuel razão pela qual o meu empenho foi muito maior.

Ao meu esposo Marcelo pelo companheiro, amigo e amor de todas as horas.

Aos meus irmãos Camilo e Rodrigo e a minha cunhada Marilane pelo incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da minha fé, que me deu força, sabedoria e coragem para a realização deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula pela rica oportunidade, disponibilidade e confiança na orientação deste trabalho.

Agradeço de forma especial a minha co-orientadora Prof^a Darcília Maria Nagen da Costa pela motivação, empenho e contribuição indispensável para a conclusão desta etapa.

Aos coordenadores e docentes do Programa de Pós-Graduação que contribuíram ricamente na minha formação acadêmica.

Aos colegas de mestrado pelo apoio.

As acadêmicas, hoje já profissionais Camila, Tatiane, Elaine Amaral, pelo auxílio durante a pesquisa.

A amiga Chislene pelo companheirismo e amizade.

Ao Prof. Rogério Pinto da UNIVIÇOSA que gentilmente me auxiliou nas análises estatísticas.

Ao Prof. Dr. Marcus Gomes Bastos, chefe do Serviço de Nefrologia – UFJF e diretor da fundação IMEPEN, pela oportunidade de realização deste estudo e exemplo de dedicação à pesquisa.

A Prof^a. Dr^a. Fabiane Rossi dos Santos Gricenkov pelo apoio e colaboração nas correções deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Cristina de Jesus Pinto que auxiliou com relevantes pontuações no momento da qualificação.

Aos profissionais da fundação IMEPEN que direta ou indiretamente me auxiliaram e apoiaram durante a execução deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Bruno David Henriques chefe do Departamento de Enfermagem e Medicina da UFV pela compreensão da minha ausência no DEM-UFV durante grande parte desta etapa e pelo apoio.

Aos pacientes, do ambulatório da Liga de Hipertensão, pois sem os quais este trabalho não seria realizado.

“Posso todas as coisas em Cristo que me fortalece.”

Filipenses 4:13

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um importante problema de saúde pública, por ser um fator de risco modificável para as doenças cardiovasculares (DCV). Uma questão importante é a aderência do paciente ao tratamento. Acredita-se a satisfação do usuário também possa interferir na aderência e a avaliação da satisfação possibilita a compreensão das expectativas dos usuários quanto ao atendimento e tratamento. Contudo, ainda é escassa a produção científica publicada voltada à satisfação dos usuários tratamento da HAS. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo geral avaliar a aceitabilidade dos pacientes hipertensos atendidos no ambulatório da Liga de Hipertensão Arterial do serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora relacionado aos serviços que lhe são prestados. **MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo centrado em uma abordagem quantitativa e qualitativa, onde foram analisados 80 usuários hipertensos da Liga de Hipertensão. Foi utilizado a entrevista semi-estruturada e avaliado as dimensões analíticas: infra-estrutura, acessibilidade, relação usuário-equipe de saúde e o item resolutividade. Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o software SAEG e os dados qualitativos, analisados através da análise de conteúdo segundo a vertente temática em estudo. Neste estudo a satisfação foi utilizada como um sinônimo da aceitabilidade. **RESULTADOS:** A satisfação do usuário pode ser observada principalmente na dimensão relação do usuário e equipe de saúde em ambas. A dimensão infraestrutura demonstrou uma leve insatisfação quanto às análises e a acessibilidade geográfica foi a que mais gerou insatisfação, também em ambas as análises. Quanto à acessibilidade organizacional, o núcleo tempo de espera registrou uma amostra dividida quanto à satisfação e insatisfação. Entretanto, a análise qualitativa comprovou a insatisfação do usuário com este aspecto. A dimensão resolutividade foi analisada somente através da abordagem qualitativa, com alto nível de satisfação pelos usuários. **CONCLUSÃO:** A análise da satisfação dos usuários a partir das dimensões selecionadas permitiu identificar pontos fortes do atendimento, como à assistência humanizada, a ambiência e a resolutividade. Também foi possível identificar alguns aspectos frágeis do atendimento como à acessibilidade geográfica e acessibilidade organizacional. Apesar de algumas dimensões apontarem uma leve insatisfação, esta não influenciou na satisfação final. Comprovou-se uma alta aceitabilidade por parte dos usuários em relação ao serviço prestado.

Palavras-chave: Satisfação do Usuário. Avaliação de Serviços de Saúde. Hipertensão. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hypertension (SAH) is a major public health problem because it is a risk factor modifiable for cardiovascular diseases (CVD). User satisfaction is believed to affect adherence to treatment, which is an important aspect. Satisfaction assessment allows understanding user expectations regarding the care and treatment provided. However, few scientific works have been published focusing on the satisfaction of hypertension treatment users. **OBJECTIVE:** This study aimed to assess the acceptability of the service provided to hypertensive patients at the outpatient clinic of the Hypertension Division of Nephrology Service of the Medicine College of the Universidade Federal de Juiz de Fora. **METHODS:** This exploratory-descriptive study focused on a quantitative-qualitative approach, and analyzed 80 hypertensive patients of the Hypertension League. A semi-structured interview was used and the following analytical dimensions were assessed: infrastructure, accessibility, relationship between users and health care staff and problem solving ability. The quantitative data analysis was performed using the SAEG software system, while the qualitative data were analyzed through content analysis, according to the focus of this research work. In this study, satisfaction was used as a synonym of acceptability. **RESULTS:** User satisfaction can be observed mainly in the dimension relationship between users and the health team, in both analyses. The dimension infrastructure showed slight dissatisfaction in to the analyses. Geographical accessibility generated most dissatisfaction, also in both analyses. As for organization accessibility, the nucleus time of waiting presented a split sample for satisfaction and dissatisfaction. However, the qualitative analysis showed user dissatisfaction with this aspect. The dimension problem-solving ability was analyzed only through the qualitative approach, and showed high rate of user satisfaction. **CONCLUSION:** The analysis of user satisfaction based on the selected dimensions identified strengths in care, including humanized care, ambience and problem solving ability. It was also possible to identify some weak aspects in care, such as geographical accessibility and organizational accessibility. Some dimensions suggest slight dissatisfaction, but it did not affect final satisfaction. Users demonstrated high acceptability of the service provided.

Keywords: User Satisfaction. Health Services Assessment. Hypertension. Quality of Health Care.

LISTA DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico 1 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa de acordo com o sexo. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	42
Gráfico 2 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo a faixa etária. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	43
Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo estado civil. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	43
Gráfico 4 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo escolaridade. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	44
Gráfico 5 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo a renda. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	45
Gráfico 6 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo a moradia . Juiz de Fora/ MG, 2011.....	45
Gráfico 7 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo o número de participantes que possuíam plano de saúde Juiz de Fora/ MG, 2011.....	46
Gráfico 8 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo o motivo que os levou a procurar o serviço de saúde. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	47
Gráfico 9 – Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa segundo a frequência de utilização da Liga de Hipertensão. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	48

LISTA DE TABELAS

	Pag.
Tabela – 1 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão quanto às dimensões infra–estrutura, acessibilidade e relação usuário equipe de saúde. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	49
Tabela – 2 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão quanto à análise de todas as dimensões. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	49
Tabela – 3 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão segundo a aparência física do ambulatório. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	50
Tabela – 4 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga Hipertensão segundo a distância do ambulatório à sua residência. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	53
Tabela – 5 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga Hipertensão segundo o horário de funcionamento do ambulatório.. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	54
Tabela – 6 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão, quanto ao acesso à consulta agendada. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	55
Tabela – 7 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão quanto o grau de satisfação com o tempo de espera para a consulta agendada. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	55
Tabela – 8 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão com aspectos relacionados ao núcleo relação usuário/equipe de saúde. Juiz de Fora/ MG, 2011.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DIC	Doença Isquêmica do Coração
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMEPEN	Instituto Mineiro de Pesquisa em Nefrologia
LS	Letramento em Saúde
MG	Minas Gerais
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAEG	Sistema para Análises Estatísticas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo De Consentimento Livre E Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1	Hipertensão arterial sistêmica.....	18
2.2	Aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial sistêmica.....	18
2.3	Tratamento da hipertensão arterial sistêmica.....	20
2.4	Aderência ao tratamento conceito e magnitude.....	20
2.4.1	Fatores associados à aderência ao tratamento da Hipertensão Arterial	21
2.4.1.1	Paciente.....	21
2.4.1.2	Doença e Tratamento.....	22
2.4.1.3	Equipe de Saúde.....	22
2.5	Serviço prestado pela Liga de Hipertensão Arterial.....	24
2.6	Qualidade Percebida do Serviço de Saúde.....	26
2.7	Avaliação da Qualidade dos serviços de Saúde.....	27
2.8	A satisfação do usuário no cenário do SUS e a sua perspectiva de aceitabilidade com o serviço.....	29
3	HIPÓTESE DO ESTUDO.....	33
4	OBJETIVOS.....	34
4.1	Objetivo Geral.....	34
4.2	Objetivos Específicos.....	34
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
5.1	Desenho do estudo.....	35
5.2	Local do estudo.....	35
5.3	População do estudo.....	35
5.3.1	Critérios de Inclusão	35
5.3.2	Critérios de Não Inclusão.....	36
5.3.3	Aspectos Éticos.....	36
5.4	Variáveis a serem estudadas.....	36
5.5	Instrumento e coleta de dados.....	36
5.6	Análise dos dados.....	40
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
6.1	Dados sócio-demográficos e satisfação dos usuários com o serviço.....	42
6.2	Infraestrutura da Liga de Hipertensão.....	50
6.3	Acesso e Acessibilidade à Liga de Hipertensão.....	51

6.4	Assistência Humanizada e procura por qualidade.....	56
7	CONCLUSÃO.....	63
8	PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	64
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
11	ANEXOS.....	76
	Anexo I – Parecer do Comitê de Ética.....	77
	Anexo II – Roteiro para entrevista na íntegra.....	78
12	APÊNDICES.....	83
	Apêndice I – Roteiro para entrevista adaptado.....	84
13	Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
	Apêndice III – Artigo.....	90

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são o alvo de estudo no mundo devido à sua alta prevalência, morbidade e mortalidade. As DCNT estão entre as principais causas de morte destacamos o câncer, as doenças respiratórias crônicas, o diabetes e as doenças cardiovasculares (DCV). Essas quatro doenças são responsáveis por cerca de 35 milhões de mortes a cada ano, perfazendo 60% de todos os óbitos mundiais. Dessas mortes, 80% ocorrem em países de baixa e média renda e acometem aproximadamente 16 milhões de pessoas com menos de 70 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê um crescimento de 17% nas mortes relacionadas às DCNT até 2018 (WHO, 2008).

Nesse contexto, elucidamos as DCV com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que é considerada uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). O que definirá o indivíduo como hipertenso serão valores ≥ 140 mmHg para a PAS sistólica e/ou valores ≥ 90 mmHg para a PAD diastólica em aferições realizadas no consultório (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Considerada como um importante fator de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial coronariana (DAC), doença isquêmica do coração (DIC) e insuficiência renal, a HAS constitui-se em um sério problema de saúde pública em todo o mundo (WHO, 2011; WILLIAMS, 2010).

Kearney et al. (2005) fizeram uma estimativa em relação ao número de adultos hipertensos que havia no ano 2000, e encontraram um percentual de 26,4% da população mundial diagnosticada com hipertensão. Esses pesquisadores ainda fizeram uma previsão para o ano de 2025 de um acréscimo de 2,6%, podendo chegar a 29% o número de hipertensos no mundo.

Recentemente, foi realizada pesquisa sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), pelo Ministério da Saúde que identificaram 17 milhões de hipertensos (BRASIL, 2012). Dados do DATASUS mostram que

só no ano de 2013 ocorreram 843.301 internações por doenças relacionadas à HAS (BRASIL, 2013).

Com o intuito de reverter este cenário, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)/Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002b) estabeleceu que para que se possa promover um diagnóstico mais rápido e precoce da HAS e possível prevenção de complicações, as intervenções deverão ser de responsabilidade dos serviços de atenção básica. Contudo, para que essas práticas se concretizem, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) preconiza que se torna imprescindível a presença de profissionais, que atuem com criatividade e senso crítico, mediante uma assistência humanizada, competente e resoluta, que permita planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades do usuário entretanto, nada disso será possível sem uma integração entre os serviços de saúde e a conscientização dos usuários quanto à necessidade de aderência ao tratamento, tanto o não medicamentoso como o medicamentoso (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

No tocante ao tratamento, a melhor estratégia para aumentar a aderência do paciente ainda é o trabalho em equipe multidisciplinar, devido à diversidade de profissionais com seus variados enfoques, sendo possível esclarecer o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu verdadeiro “papel” no tratamento, através de medidas motivacionais e educacionais (GUSMÃO et al., 2009; SOUZA, 2012). Para Para Duarte et al. (2010); Nemes et al. (2009), boas “taxas” de aderência funcionam como um bom “sinalizador” da qualidade do serviço, mais, precisamente, como um identificador do resultado da assistência.

Uma assistência de qualidade torna-se imprescindível quando o objetivo é obter melhores “taxas” de aderência no serviço de saúde, conforme fica demonstrado através do trabalho realizado por Duarte et al. (2010), em que os autores identificaram os motivos do abandono do seguimento do tratamento através da percepção dos usuários. Dentre as diversas causas destacaram-se as relacionadas à instituição e a estrutura do serviço. Ressaltam-se aqui as insatisfações com diferentes dimensões dos serviços prestados pela instituição, como o intervalo longo entre as consultas; dificuldade para agendar consulta: demora em ser atendido; horário de

atendimento incompatível com o do trabalho e/ou com as ocupações diárias; mudança de médico responsável pela assistência e impossibilidade de acesso ao médico especialista.

Nemes et al. (2009) afirmam que para alcançar bons níveis de qualidade é necessário uma adequada provisão de recursos materiais e tecnológicos, qualidade técnica e compromisso de seus profissionais. Juran e Gryna (1993), Martins et al. (2014), descreveram que o objetivo de um serviço deve ser proporcionar satisfação das necessidades dos clientes sejam elas humanas, psicológicas ou fisiológicas. Para tanto, é necessário, durante a realização dos serviços de saúde, haver qualidade. Os autores Traverso-Yépez & Morais (2004); Ramos et al. (2014) discorre que a qualidade ocorrerá com atendimento de qualidade baseado na escuta, diálogo, atenção e respeito e com soluções que consigam aderência e consequente satisfação do usuário ao tratamento.

Nessa perspectiva, com uma proposta de um melhor atendimento aos pacientes hipertensos, o serviço de nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, fundou o ambulatório da Liga de Hipertensão Arterial sob o formato de um projeto de extensão. Atualmente, a Liga de Hipertensão Arterial é formada por uma equipe multiprofissional composta por professores e acadêmicos das áreas de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social os quais atuam com uma abordagem interdisciplinar. Ao longo da minha participação no atendimento, avaliamos a rotina do ambulatório no que refere ao atendimento a pacientes desde a recepção, a consulta de enfermagem, demais consultas da equipe multiprofissional e a remarcação das consultas. A partir dessas observações, surgiu o interesse em estudar os fatores que se relacionam à satisfação por parte dos usuários hipertensos em relação ao atendimento recebido. No presente estudo, a satisfação foi avaliada como sinônimo da aceitabilidade descrita por Donabedian (1990), uma vez que aceitabilidade é a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Sendo dependente da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica

A Organização Mundial da Saúde em 1978 definiu a HAS como "uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica" (WHO, 1978 p. 7). Hoje, já se sabe que a HAS envolve uma série de componentes associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular) (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). O que também acontece é que raramente a HAS ocorrerá como entidade isolada, surgindo assim em apenas 33% dos indivíduos (PIERIN, 2004).

Segundo WHO (2011); Williams (2010), a HAS é comprovadamente um fator de risco para as doenças crônico-degenerativas, dentre elas DAC, ICC, AVE, DIC e insuficiência renal, o que constitui, atualmente, um sério problema de saúde pública em todo o mundo.

As causas que podem interferir na elevação da pressão arterial e concomitantemente a um risco maior de desenvolvimento da DCV estão intimamente ligadas a fatores constitucionais (idade, sexo, raça, obesidade); fatores ambientais (ingestão de sal, cálcio, potássio, álcool, gorduras e tabagismo); fatores ambientais ligados ao trabalho (estresse, agentes físicos e químicos) e fatores ligados à classe social à qual o indivíduo pertence (SACKS, et. al. 2001; MARTINEZ & LATORRE, 2006; RIBEIRO, 2009; PEREIRA, 2015).

2.2 Aspectos Epidemiológicos da Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com Vasan et al. (2002); Chobanian et al. (2004); Cunha, (2013) em uma pesquisa de coorte através do estudo de Framingham e outras análises evidenciam que pacientes normotensos com mais de 60 anos de idade têm probabilidade próxima a 90% de desenvolver HAS, até o final da vida.

No ano 2000, o número de adultos com hipertensão era estimado em 972 milhões, sendo 639 milhões nos países em desenvolvimento e 333 milhões nos países desenvolvidos.

Para o ano de 2025, os autores preveem um aumento desses números, podendo chegar a 1,56 bilhões de hipertensos em 2025 (KEARNEY et al. 2006). Contrariando as estimativas de Kearney et al. (2005), segundo dados recentes da OMS (2013), já no ano de 2008 foram identificados 1 bilhão de pessoas com hipertensão em todo o mundo. De acordo com a WHO (2011), a hipertensão arterial, principal fator de risco para doenças cardiovasculares, causa cerca de 7,5 milhões de mortes/ ano (12,8% de todas as mortes).

No Brasil, a taxa de prevalência da HAS na população adulta fica em média em torno de 32,5% nos indivíduos entre 60 e 69 anos essa prevalência sobe para mais de 50%, naqueles que, estão na faixa etária acima de 70 anos essa prevalência salta para valores de 75% (CESARINO et al. 2008; ROSÁRIO, 2009). Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres (PEREIRA et al., 2009).

Cipulo et al. (2010) citam dados do Ministério da Saúde (2007) em estudo sobre prevalência da hipertensão no Brasil mais de 36 milhões de pessoas brasileiras foram diagnosticadas com hipertensão. Também no Brasil, as DCV geraram 1,2 milhões de hospitalizações, com um custo em torno de 650 milhões de dólares ao ano, estabelecendo-se como a terceira causa de invalidez, e sendo responsável por 30% da mortalidade geral.

Considerando-se tal quadro, torna-se urgente a implementação de ações básicas de diagnóstico e controle da HAS. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)/Sistema único de Saúde (SUS), Brasil (2002b) refere-se ao controle da HAS como de responsabilidade dos serviços de atenção básica, sendo instituído como ações prioritárias: o cadastramento dos portadores, busca ativa de casos, tratamento, diagnóstico precoce e prevenção das complicações, primeiro atendimento de urgência e medidas preventivas como ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo). O próprio Ministério da Saúde afirma que: “ao reduzirmos a pressão arterial diastólica média de uma população em cerca de 4 mmHg, em um ano, teremos uma redução de 35 a 42% de AVE, nessa comunidade”. (BRASIL, 2002a, p.10).

Através dos dados informados, fica clara a importância da redução dos valores da pressão arterial na população hipertensa através da realização de um tratamento contínuo e eficaz que poderá culminar em significativa melhora da qualidade de vida para esses indivíduos.

2.3 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

A finalidade do tratamento da hipertensão é prevenir a morbidade e mortalidade cardiológica levando a uma redução lenta e progressiva da pressão arterial, a fim de aliviar os sintomas e diminuir as complicações. Para a sua realização, deve-se utilizar o tratamento não farmacológico em 100% dos indivíduos, a dieta, as modificações no comportamento e estilo de vida e complementar o tratamento com a terapia farmacológica por meio da ingestão correta de medicamentos e seguimento das orientações dos profissionais do serviço de saúde (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em decorrência de se manifestar na maioria das vezes de forma silenciosa, assintomática e com diagnóstico tardio o portador da HAS, por não compreender plenamente a magnitude do problema, não segue o regime terapêutico proposto adequadamente, ou seja, não adere ao tratamento.

2.4 Aderência ao tratamento: conceito e magnitude

A palavra aderência tem origem etimológica do latim *adhaesione* e tem como definição o ato ou efeito de aderir, assentimento, aprovação, concordar, apoiar ou ser solidário a uma idéia ou causa (FERREIRA, 1996).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a melhor definição para aderência à terapias em longo prazo é a extensão com a qual o comportamento do indivíduo - uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde.

Entretanto, as taxas de aderência são muito variáveis na literatura, sabe-se que existe uma escassez de dados de índices sobre aderência entre pacientes hipertensos no Brasil e no Mundo. Estudos realizados em alguns países demonstraram os seguintes valores de aderência no mundo: Japão (65%), Noruega (58%), Estados Unidos (51%), China (43%), Alemanha (32,3%), Gâmbia (27%), Seychelles (26%), Grécia (15%) e Eslováquia (7%) e a meta seria atingir 80% do seu total (TOYOSHIMA et al. 1997; HAMILTON, 2003; OMS, 2003; DUSING et al. 1998; YIANNAKOPOULOU et al. 2005; HORVATHOVA et al. 2003).

Os índices de aderência mais elevados no Brasil foram obtidos através de estudos pontuais feitos em alguns serviços de saúde especializados no sudeste e nordeste do país, sendo realizados com diferentes metodologias. Os resultados se basearam nos itens: aderência às consultas médicas 41% (Liga de HAS do HC-FMUSP), 37% (Universidade Federal da Bahia) e 89,7% (Unidade Clínica de HAS do HC-FMRPUSP). Em relação à aderência medicamentosa 11% (Universidade Federal da Bahia), 66,6% (Centro de Saúde Escola - FMRP-USP – Geriatria) e 91% (Unidade Clínica de HAS do HC-FMRPUSP), (BARBOSA& LIMA, 2006; LESSA & FONSECA, 1997; COELHO et al, 2005).

O tratamento deverá ser realizado de forma contínua sem interrupções, mas existem múltiplos fatores que impedem a aderência ou continuidade do tratamento da doença hipertensiva.

2.4.1 Fatores associados à aderência ao tratamento da Hipertensão Arterial

Os principais fatores que podem influenciar na aderência ao tratamento anti-hipertensivo estão relacionados a seguir:

2.4.1.1 Paciente

Em estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos de 1977 a 1987, foram identificados os seguintes agentes relacionados ao paciente no que tange à dificuldade de aderência ao tratamento: mudança no estilo de vida, falha na tomada da medicação como prescrita, falta de compreensão do problema, (OIGMAN, 2006; RIBEIRO,

2010; CUNHA et al., 2012). Assim como crenças e valores relacionadas à saúde, nível socioeconômico, sexo, etnia, escolaridade, ocupação, também, podem interferir na aderência ao tratamento (TAVEIRA & PIERIN, 2007).

2.4.1.2 Doença e o tratamento

Dentre os fatores relacionados à doença, sabe-se que a HAS é uma doença crônica e que pode cursar muitas vezes de forma assintomática não apresentando sintomas específicos. Tolentino et al. (2014) relataram em seu estudo que, 17% dos clientes apresentaram-se hipertensos e não tinham conhecimento de tal condição. Brandão et al. (1993); Calista et al. (2008) afirmam que cerca de 1/3 da população de hipertensos não sabe que tem a doença e apenas metade dos que sabem seguem o tratamento com regularidade. Cavalari et al. (2012); Gomes et al. (2001) ainda destacam outros fatores responsáveis por dificultar a aderência como: o custo do tratamento, as terapias complexas e os efeitos colaterais indesejáveis.

A disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde para o fornecimento aos usuários também foi apontada como evento precedente para a “aderência ao tratamento anti-hipertensivo”. Conforme estudo realizado por Carvalho Filha et al. (2011), duas situações foram apontadas como empecilhos ao tratamento: 12% dos usuários relataram usar medicamentos que não constavam na lista da Farmácia Básica e 27% dos usuários informaram ser frequente a falta de medicamentos na unidade de saúde.

2.4.1.3 Equipe de Saúde

Após analisarem estudos sobre aderência ao tratamento da HAS entre os anos de 1991 à 1995, Sarquis et al (1998) relataram que 33% dos 107 artigos examinados referiam-se a aspectos relacionados às equipes de saúde.

Dentre os aspectos de fundamental importância está o papel do profissional em tentar conduzir o paciente à aderência ao tratamento. No caso da HAS, primeiramente, deve-se levar em consideração o real valor de não só aferir a PA, mas por fazê-la corretamente. Dados de

pesquisa realizada em um serviço público de São Paulo indicaram que em apenas 39% das consultas a pressão arterial foi aferida e aconselham que esta aferição deva ser realizada em todas as consultas, independente da especialidade, por se tratar de um procedimento simples e fácil de ser executado, mas que; quando realizado corretamente, é uma forma segura e eficaz de se detectar a doença (ALAVARCE et al. 2000). Em estudo realizado por Veiga et al. (2003), com enfermeiros e técnicos de enfermagem observou-se que os profissionais realizaram de forma satisfatória apenas 40% das etapas do procedimento da medida da pressão. Silva, Colósimo, Pierin (2010) consideram, que a falta de conhecimento por parte da equipe de saúde possa interferir na assistência prestada aos hipertensos e os profissionais de enfermagem devem habilitar-se tecnicamente para a medida da pressão arterial e a equipe multiprofissional precisa trabalhar em conjunto no atendimento ao hipertenso, a fim de que haja um maior controle da pressão arterial.

Outra questão importante sobre os profissionais de saúde, refere-se ao fato de afirmarem conhecer as recomendações, concordarem com elas, mas demonstram demasiada complacência com valores da pressão arterial acima das metas estabelecidas pelas recomendações. Ressalta-se que, utilizam, durante a intervenção, de doses e associações de medicamentos inapropriadas, havendo falha na monitoração da terapêutica, assim como, resultados que se traduzem numa falta de comunicação adequada ao paciente, impedindo que este possa se conscientizar da gravidade da doença e também acabe por não valorizar o benefício da intervenção (PERDIGÃO & MAIA, 2009).

Um fator também primordial neste processo refere ao Letramento em Saúde (LS) que é a capacidade do indivíduo em obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões de saúde adequadas (US, 2000; MACHADO et al. 2014); Entraves no LS em relação à HAS levará a um conhecimento deficiente acerca da doença, a um fraco desempenho no autocuidado, discrepâncias entre a prescrição médica e o uso dos fármacos, baixa aderência e conseqüentemente um pior controle da pressão arterial (PANDIT et al. 2009; OSBORN et al. 2011; MACHADO et al. 2014).

Ainda nesse contexto, o tratamento da HAS, para ser eficaz, torna-se fundamental a atuação de vários profissionais de saúde, pois o ponto de vista diferenciado de uma equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar pode ajudar na conscientização do paciente em relação à doença e ao tratamento.

Gusmão et al. (2009). Moura & Nogueira, (2013); Figueiredo (2006) refletem sobre a importância da equipe multiprofissional através da educação em saúde. Este artifício pode motivar o usuário a refletir sobre seu estado de saúde, a mudanças de costumes, e sobre o autocuidado a fim de que se consiga aumentar as taxas de aderência ao tratamento.

De fato, a equipe de saúde poderá contribuir favoravelmente através de suas ações, em relação à aderência do usuário ao tratamento, sendo essencial destacar a relevância da prestação serviços de saúde no controle da HAS.

2.5 Serviço de Saúde prestado pela liga de hipertensão

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define que serviços de saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada (BRASIL, 2015).

Para os autores Juran e Gryna (1993), a melhor definição para serviço é o trabalho realizado por alguém podendo ser conduzido a um consumidor, a uma instituição ou a ambos, sendo o objetivo deste proporcionar a satisfação das necessidades dos clientes sejam elas humanas, psicológicas ou fisiológicas.

No caso do serviço ser prestado pelas ligas acadêmicas, é preciso elucidarmos a liga de HAS, pois o enfoque principal é conscientizar o usuário acerca da magnitude da doença hipertensiva e da necessidade de realização do tratamento para a promoção da saúde através de atividades assistenciais e educativas, na participação em programas comunitários, em campanhas de saúde e no desenvolvimento de uma prática mais ampla do exercício da cidadania

(TORRES et al. 2008; SALGADO FILHO, 2007; AZEVEDO; DINI, 2006; MAFRA, 2006; SANTANA, 2012).

Ao nos referirmos ao serviço prestado pela liga de HAS, para que haja sucesso nas atividades realizadas, novamente referimos que a aderência do usuário às orientações dos profissionais torna-se imprescindível. No tocante a esta abordagem, importa-nos mencionar a correlação significativa que alguns autores têm feito entre satisfação e aderência. Tem-se levantado a hipótese de que usuários satisfeitos com a equipe médica tendem a não mudar de médicos, e, conseqüentemente, são mais aderentes (LEWIS et al. 1986; HALAL et al. 1994; SOUZA et al. 2012). Fica demonstrado que o bom relacionamento entre a equipe de saúde e o usuário pode ser considerado como um dos indicadores da qualidade do serviço (HAYS et al. 2006; HALAL et al. 1994; CONTRO et al. 2004; SOUZA et al. 2012).

Os autores Sarquis et al. (1998) Akashi et al. (1998); Duarte, (2010); Mendes et al. (2014), reforçam a tese sobre a satisfação do hipertenso com o atendimento, como “item” fundamental para se conseguir bons níveis de aderência e controle. Também descrevem sobre a “taxa” de aderência não só como um indicador da qualidade do serviço, mas como um indicador global do resultado da assistência. Os autores ainda pontuam outros fatores importantes relacionados à satisfação ou insatisfação com o tratamento, como: à relevância das políticas de saúde vigentes, à efetividade, ao baixo custo, à facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde.

Entretanto, Nemes (2009) relata que muitos pacientes não mudarão seu comportamento em relação ao tratamento mesmo em “ótimas” condições de qualidade do serviço e a adesão dos indivíduos ao tratamento resultará do lidar cotidianamente com conjuntos dinâmicos de restrições e o enfrentamento destas restrições será construído e exercitado na vida social cotidiana, através de uma boa relação do paciente com o serviço de saúde.

Demonstrada a importância da compreensão das peculiaridades referentes à prestação de serviços de saúde, torna-se fundamental discorrer sobre os fundamentos relativos à qualidade dos serviços, objetivo de qualquer instituição comprometida com a realização de seus serviços.

2.6 Qualidade percebida do Serviço de Saúde

A qualidade deve ter um conceito integrado, envolvendo tanto a expectativa do usuário quanto a conformidade do processo que a produziu. Sendo um conjunto de características de desempenho de um produto ou serviço que, em conformidade com as especificações, atende e, por vezes, supera as expectativas e anseios do consumidor (usuário) (BARROS, 1999). Para Kotler (1998), o conceito de qualidade pode ser proposto como a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam satisfação de necessidades declaradas ou implícitas.

As peculiares relativas da qualidade em serviços, normalmente, são imperceptíveis na ação, mas sensíveis apenas nos efeitos. Por ser o serviço humano um bem indivisível, imprime-se a ele um caráter intangível, não podendo ser garantido, arquivado ou repetido. A avaliação dos resultados é feita concomitantemente, sendo visível aos clientes, e sem a possibilidade de confrontar os resultados antecipadamente, para que se possam corrigir falhas eventuais. O serviço é altamente subordinado ao pessoal, sendo assim, cultura, competências, nível educacional, disposição e até humor podem afetar a qualidade do serviço (SILVA, 2007).

Assunção (2006) afirma que administrar pela qualidade é, hoje em dia, imprescindível em todas as áreas de atividade, e a saúde não poderia ser uma exceção. Aperfeiçoar a acessibilidade e a eficiência aos serviços é um desafio a ser alcançado pela sociedade. Para Campos (2005), a qualidade é um alvo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

A qualidade dos serviços de saúde configura-se hoje em um imperativo técnico e social e se torna um produto social expresso por expectativas sobre as relações entre clientes e prestadores de serviços e as formas como são legitimados os papéis no sistema de saúde (BRASIL, 2007; MAIA et al. 2011).

Em estudos realizados por Williams (1994), o autor relata que no que se refere à qualidade, os pacientes não demonstram uma crítica real em relação ao serviço, expressando, na maioria das vezes, uma avaliação positiva, o que não quer dizer que houve necessariamente uma

avaliação crítica. Normalmente, o que ocorre é ausência de opinião e/ou aceitação do paternalismo médico. Entretanto, o que deveria ocorrer, na opinião dos autor, é uma maior compreensão dos usuários quanto aos seus direitos e deveres, em outras palavras qual o verdadeiro “papel” que eles ocupam no sistema de saúde se passarem a desenvolverem seu poder “avaliativo”.

Esta falta de compreensão relativa ao “papel” que o usuário deva ocupar no sistema de saúde, pode se dever ao baixo grau de escolaridade, à idade avançada, da maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde. Segundo Santiago et al. (2013), quanto maior a escolaridade maior será a insatisfação com as condições oferecidas nas unidades de saúde e os altos níveis de satisfação encontrados referem a usuários com maior idade, o que reflete uma maior complacência destes em relação ao serviço de saúde.

2.7 Avaliação da qualidade dos Serviços de Saúde

A avaliação estabelece-se numa atividade bastante remota, através de uma metodologia fundamentalmente humana e desempenhada cotidianamente pelo senso comum. Avaliar consiste, no sentido mais geral, em estimar, julgar, aferir, qualificar, medir, analisar criticamente, ou seja, atribuir valor a algo ou a alguém (COSTA et al. 2008; CONTANDRIOPOULOS et al., 2002; MINAYO et al., 2005; UCHIMIRA & BOSI, 2004).

Para Tanaka e Melo (2000), realizar o processo de avaliação é necessário, sendo sempre o objeto da avaliação o cliente/usuário do serviço/programa ou projeto e não unicamente a quem solicitou a avaliação.

Após a concepção do termo avaliação, pode-se então partir para a compreensão do que vem a ser qualidade. Esta irá incidir sobre as características do produto ou serviço, devendo apontar sempre para as necessidades do consumidor proporcionando-lhes satisfação (POLIZER, 2006). De acordo com Donabedian, a qualidade se refere a algo que é bom para o consumidor e conseqüentemente definido por ele e pelo prestador de serviços (DONABEDIAN, 1988b; UCHIMURA; BOSI, 2002; POLIZER, 2006, MAIA, 2011).

Ao mencionar o tema avaliação dos serviços de saúde, Avedis Donabedian surge como pioneiro sobre estudos de qualidade em cuidados à saúde, tendo seus conceitos usados até hoje

pelas organizações de saúde, principalmente nos aspectos referentes à avaliação da qualidade em serviços de saúde (CAMPOS, 2005; VUORI, 1991; RIGHI, 2009).

Baseado na Teoria dos Sistemas Donabedian (1978) descreveu sobre a tríade: Estrutura, Processo e Resultado como componentes para avaliação da qualidade em saúde, o autor discorre sobre o assunto desenvolvendo uma representação das três definições:

1)Estrutura: refere a recursos físicos como instalação, humano, em relação ao perfil dos profissionais, inclui também financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada necessários para a assistência.

2)Processo: abrangerá atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser feita sob ponto de vista técnico e/ou administrativo, em que se incluirá análise dos procedimentos, desde o diagnóstico, tratamento até aspectos éticos relacionados à competência do profissional.

3)Resultado: relaciona-se ao produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. É avaliada por meio de medidas de capacidade física e estado funcional, do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos e avaliação da percepção pessoal que o indivíduo tem da saúde. Posteriormente, Donabedian (1990) amplia o conceito de qualidade e passa a ser nomeado de os “*Sete Pilares da Qualidade*”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, como estão dispostos abaixo:

1) Eficácia: Arte e a ciência da medicina de produzir melhorias na saúde e no bem-estar do paciente. Significa o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

.2) Efetividade: Significa melhoria no âmbito da saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

3) Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

4) Otimização: Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.

5) Aceitabilidade: Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

6) Legitimidade: Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É o consenso com a preferência social.

7) Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

2.8 A satisfação do usuário no cenário do Sistema Único de Saúde e a sua perspectiva de aceitabilidade com o serviço.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge a partir da Constituição Federal de 1988, em que o anseio era a criação de um sistema de saúde estruturado, tendo como base a descentralização e o fortalecimento do poder municipal, além de estabelecer a participação da sociedade organizada na administração do setor saúde e o controle social por meio dos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde, visando à formulação, implantação, controle e avaliação das políticas de saúde (Brasil, 1988).

O artigo 196 da Constituição de 1988 define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, 1º§).

Já no artigo 198 da Constituição de 1988, uma das diretrizes apresentadas é a participação da comunidade, onde decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com representantes da sociedade, por isso ela é compreendida como uma das formas mais avançadas de democracia (BRASIL, 1988). A partir dessa premissa é possível o usuário avaliar seu grau de satisfação, conhecimento e percepção em relação aos serviços de saúde utilizados, bem como o seu direito à participação no processo decisório das políticas públicas de saúde (MOIMAZ et al., 2010).

No Brasil, os estudos sobre satisfação ampliaram-se na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, através da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO, 2006a).

Confrontando a literatura sobre satisfação do usuário com os conceitos de Donabedian, estes apontam uma visão diferenciada a respeito dos estudos sobre a satisfação dos serviços de saúde, tendo a qualidade como objetivo em si e não apenas mais uma forma de produzir aderência do paciente ao tratamento, como era o foco central dos estudos anteriores (WILLIAMS, 1994; VUORI, 1987; SHAW, 1986).

Os autores Franco & Campos, (1998); Mendonça et al. (2007), corroboram com os estudos de Donabedian, demonstrando que a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde passou a ter um maior enfoque e tornou-se um indicador de qualidade da assistência, após a percepção do usuário como “consumidor” dos serviços de saúde o que permitiu um ímpeto maior, no processo de avaliação da satisfação.

A OMS tem preconizado que as expectativas dos cidadãos devam ser consideradas no processo de tomada de decisão pelos gestores (WHO, 2000). Além do mais, estudos de satisfação recentes tem confirmado a hipótese de que a satisfação é sim, considerada como um indicador de qualidade do cuidado principalmente em países desenvolvidos (LYU et al. 2013; FREITAS et al. 2014).

Contudo, as pesquisas sobre satisfação não devem ser confundidas com as pesquisas de qualidade, pois a avaliação feita pelos usuários não se faz a partir da perspectiva da definição pelos saberes técnicos do que se deve entender por qualidade. Entretanto, a avaliação sobre a

satisfação dos usuários deve ser entendida na sua conexão com a percepção, podendo ser considerada como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços. Pesquisas de satisfação levam em conta a percepção subjetiva que o usuário tem do serviço de saúde compreendendo por satisfação a percepção e avaliação que o mesmo faz sobre definidas dimensões dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Em estudo realizado por Jones et al. (1993), os autores descrevem quatro áreas ou dimensões relacionadas à avaliação da satisfação do usuário, em relação a cuidado recebido durante o tratamento: características dos usuários, dos prestadores, aspectos da relação médico/paciente e fatores ambientais que incluem local e acesso aos serviços. Elementos semelhantes foram descobertos por Mansour e Al-Osimy (1993) em pesquisa com usuários da atenção primária, demonstrando que os usuários satisfeitos referiam à humanização do cuidado e os insatisfeitos mencionaram o tempo de espera, a falta de continuidade e a falta de agendamentos. Adami & Maranhão (1995); Dias et al. (2010) pontuam a importância de se conhecer as normas de qualidade das instituições, através da compreensão das necessidades da população a ser atendida, do nível de satisfação dos usuários, dos graus de eficiência do serviço, dos medicamentos e da infra-estrutura física. De posse dessas informações, profissionais de saúde poderão realizar um plano de cuidado, a fim de identificar 'anormalidades' e terão acesso a instrumentos que permitirão a realização de um bom processo assistencial.

De acordo com Esperidião (2006a), na avaliação da qualidade, a satisfação de usuário constitui-se em um componente da aceitabilidade social, esta aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população. Em contrapartida Gaioso & Mishima (2007) relatam que a aceitabilidade pode ser determinada como um conjunto de fatores na relação médico paciente e pacientes-sistema de saúde. Além disso, esses autores percebem a aceitabilidade como garantia de vários fatores como: a facilidade do acesso, a relação médico paciente, (aqui inclusa equipe de saúde-usuário), o meio (o ambiente), e a construção (estrutura), prioridades do paciente quanto aos efeitos e custos de tratamento, e tudo que o paciente avalia ser justo e equitativo.

Para Viacava et al. (2004), a aceitabilidade é vista como grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos rios e da população. Oliveira (2009) apresenta a satisfação como equivalente à aceitabilidade, sendo ambas definidas à medida que a atenção à saúde e o estado de saúde resultante estão concordantes com as perspectivas do usuário. Em outro trabalho Oliveira (2011), afirma que a construção da aceitabilidade do serviço pelo usuário está condicionada à qualidade do cuidado prestado que poderá influenciar na decisão deste em seguir as orientações, o tratamento prescrito, bem como o seu retorno ao serviço de saúde.

Neste estudo, a satisfação foi vista como sinônimo da aceitabilidade percebida pelos usuários como uma consequência da utilização do serviço de saúde da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFJF, no que se refere à atenção à saúde oferecida através de uma equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar a usuários hipertensos.

3. HIPÓTESE DO ESTUDO

O nível de satisfação dos pacientes atendidos no ambulatório corresponde às suas expectativas em relação ao serviço que lhes é ofertado.

As ações realizadas pelo serviço através de todos os profissionais envolvidos favorecem a satisfação dos usuários.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral: Avaliar a aceitabilidade dos usuários hipertensos atendidos no ambulatório da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFJF.

4.2. Específicos:

4.2.1. Avaliar a satisfação/insatisfação dos usuários em relação às dimensões acessibilidade, infra-estrutura, relação usuário-equipe de saúde, com a assistência oferecida após a implementação do atendimento no ambulatório.

4.2.2. Verificar o nível de satisfação/insatisfação dos usuários com a equipe de saúde em relação à resolutividade dos seus problemas de saúde.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1- Desenho do Estudo:

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa através de entrevista semi-estruturada na qual foram analisados pacientes hipertensos em acompanhamento ambulatorial.

A abordagem quantitativa tem o objetivo de apontar indicadores e tendências observáveis, sendo útil na demonstração de grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, ao classificá-los e torná-los compreensíveis através de variáveis (MINAYO & SANCHES 1993).

Já a abordagem qualitativa é apropriada para aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente. Sendo assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO & SANCHES 1993).

Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto em estudo de forma que se complementam, oferecendo diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando os serviços (MINAYO 2000).

5.2 - Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFJF.

5.3 - População do Estudo

Usuários hipertensos atendidos no ambulatório da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFJF. Foram entrevistados um total de 80 usuários.

5.3.1 - Critério de Inclusão

Usuários hipertensos inscritos no ambulatório, ativos, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, etnia e classe social.

5.3.2 -Critério de Não Inclusão

Usuários com idade inferior a 18 anos; usuários que apresentassem dificuldade de compreensão do conteúdo do questionário utilizado na entrevista.

5.3.3 Aspectos Éticos

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, seguindo-se os preceitos da Resolução 412/2012. Em anexo encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE II) e o Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da UFJF (ANEXO I).

Participaram da pesquisa os usuários que, após as orientações, aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo também esclarecido aos participantes que a qualquer momento poderiam se retirar da pesquisa, sem que isso lhes causasse qualquer dano ou ônus. Os usuários participantes permaneceram com nome em sigilo, sendo isentos de qualquer responsabilidade em relação à pesquisa e procedimentos utilizados, cedendo apenas os dados solicitados na pesquisa e a abordagem da entrevistadora.

5.4 – Variáveis a serem Estudadas

As variáveis pesquisadas foram: idade, sexo, condições socioeconômicas, e as dimensões: infra-estrutura, acessibilidade, relação usuário–equipe de saúde, resolutividade e satisfação/insatisfação do usuário com qualidade do atendimento.

5.5 - Instrumento e Coleta de Dados

A justificativa para o uso deste instrumento se deveu ao fato de que a procura de um critério ideal nem sempre é fácil e, na prática, a técnica poderá ser obtida pela comparação do instrumento recém-criado com outro já existente e que tenha razoável aceitação e consenso. A legitimidade do constructo é usualmente buscada quando não se pode inferir informações adequadamente através de um critério ou de um conteúdo. Quando não houver padrão ouro para

se comparar, estudos repetidos que convergem na mesma direção devem ser realizados como um processo contínuo (PRIETA & BADIA, 2001; HALFOUN et al., 2008).

Os dados foram coletados utilizando-se como instrumento um questionário semi-estruturado, validado por Gaioso (2007), segundo a autora o instrumento passou por validação de conteúdo, e foi analisado por três docentes (juízes) especialistas em avaliação de serviços de saúde. O instrumento foi adaptado para atender a realidade do ambulatório da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFJF, (ANEXOII Íntegra), (APÊNDICE I adaptado). O instrumento constou de duas etapas realizadas em um mesmo momento. Seguem abaixo as adaptações feitas no questionário e as referidas etapas. A primeira etapa conteve questões fechadas referentes às características demográficas, questões sócio-econômicas do respondente.

-No Item **Identificação** foi retirada as seguintes questões: 1,2,14 e 16. Na questão 7 foi utilizado o termo alfabetizado funcional ao invés de não alfabetizado. Na questão 8 foi questionado apenas se o paciente estava trabalhando. Já na questão 11 somente foi perguntado ao paciente se ele possui plano de saúde; na questão 12 foi questionado somente se utiliza os serviços de saúde do município com exceção da Liga de Hipertensão não especificando quais serviços e na questão 15 foi modificado o título de NSF (Núcleo de Saúde da Família) para Liga de Hipertensão, retirado a opção outro (especificar) acrescentando as opções bimestralmente e trimestralmente.

A segunda parte do instrumento constou de questões relativas à satisfação do usuário atendido na Liga de hipertensão na perspectiva de aceitabilidade, sendo questões fechadas em forma de escalas (excelente, bom, regular, ruim, péssimo, não sei) referente às dimensões analíticas: infra-estrutura, acessibilidade, relação usuário-equipe de saúde, resolutividade e o item sugestões. Ainda nessa etapa, o instrumento conta com uma questão aberta também se referindo a cada dimensão analítica já descrita acima, com o objetivo de possibilitar ao entrevistado manifestar sua opinião livremente. Torna-se importante esclarecer que as perguntas abertas foram realizadas imediatamente após o usuário dar o seu parecer em relação à questão fechada e as perguntas e respostas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Essas dimensões analíticas e alguns indicadores (dentro de cada dimensão utilizamos indicadores prepostos em forma de questões) foram selecionados de acordo com o referencial teórico de Donabedian e de acordo com a Pesquisa Nacional Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS, realizada pelo Ministério da Saúde em 2006 (BRASIL, 2006). Torna-se importante justificar a utilização dessas dimensões analíticas e indicadores na utilização do instrumento deste estudo, em virtude da falta de padronização entre os instrumentos dentro de um mesmo país, levando a dificuldade na comparação dos resultados de pesquisa (ESPERIDIÃO, 2005; GAIOSO, 2007).

- **Na Dimensão Infra-Estrutura** em relação às questões fechadas: Foram retiradas as questões: 3, 4 e 5; Na questão 1, foi modificado o título de NSF para Liga de Hipertensão, como indicador foi utilizado *ambiente físico* (percepção visual, sonora, olfativa, luminosidade, limpeza e conforto); Na questão 2, permaneceu o indicador *equipamento (qualidade e quantidade dos equipamentos)*, adaptado de acordo com os existentes na Liga de Hipertensão;

Na questão aberta foi solicitado ao usuário que descrevesse a Infra-estrutura da Liga de Hipertensão. Foi descrito como lembrete o que nos importa saber: O estado de conservação do ambulatório em relação à limpeza, pintura, mobília, conforto, organização, espaço físico (tamanho e disposição das salas), trânsito interno, presença de rampas e escadas, acesso a deficientes físicos, cadeiras de rodas, equipamentos, privacidade no atendimento (local que possibilita maior privacidade para o atendimento: na recepção, para orientações gerais, para consultas). Na 1ª questão aberta foi trocado o termo USF por ambulatório e retirado o termo carrinho de bebê. Sendo utilizado somente o termo consulta, no item privacidade no atendimento; Ainda na 1ª questão aberta o item disponibilidade de ações não foi utilizado.

-**Na Dimensão Acessibilidade:** Em relação às questões fechadas foram utilizados como indicadores: *acesso às consultas agendadas, tempo de espera, tempo gasto nas consultas, acesso a encaminhamentos para consulta especializada?* (Ex. consultas com ginecologistas, oftalmologistas, ortopedistas...), *o horário de funcionamento da Liga de Hipertensão, distância da unidade a sua casa*. Foram retiradas as questões 2, 4 e 6; nas questões 8 e 9 adaptados título e horário de acordo com a Liga de Hipertensão; Na questão 3 não foi utilizado o termo (sala de

espera); Já na questão 5, foi abordado como indicador: *somente tempo gasto na consulta (referindo à equipe multiprofissional de forma geral)*;

Na questão aberta sobre Acessibilidade, foi solicitado ao usuário informar como ele percebe o acesso aos serviços oferecidos na Liga de Hipertensão, utilizou-se a classificação de Fekete (1997), acessibilidade geográfica, organizacional e cultural. No item Barreira Geográfica, trocou-se USF por ambulatório e, no item Barreira Organizacional, foi suprimida a questão sobre atendimento eventual, tempo de espera para conseguir encaminhamento e agendamento de exames laboratoriais, tempo de espera para realização de procedimentos e tempo de espera para referência e contra referência e, no item sobre Barreira Sócio-Cultural, trocada a palavra médico por profissionais.

- Na Dimensão Relação Usuário-Equipe de Saúde

Em relação às questões fechadas foram utilizados indicadores: *competência e qualidade técnica da equipe, atendimento por parte da recepção, atendimento por parte da equipe de saúde e explicações oferecidas pelos profissionais*. Foram suprimidas as questões 4 e 5 e, na questão 3, foi trocado o termo equipe de enfermagem por equipe de saúde; Na questão 6, foi modificado o título de NSF para Liga. Na questão aberta, foi solicitado ao usuário que descrevesse como ele percebe a relação Usuário- Equipe de Saúde e como lembrete foi utilizado: cordialidade, gentileza, atenção, preocupação, demonstração de interesse e responsabilidade pelas queixas, respeito, vínculo, amizade, confiança, liberdade para expor seus problemas.

- Na Dimensão Resolutividade

Em relação à dimensão analítica resolutividade foram utilizadas apenas questões abertas. Na primeira questão, o usuário informou se ele consegue ter seu problema resolvido e foi solicitado que ele exemplificasse e, na segunda questão foi questionado se ele indicaria o serviço para algum parente ou amigo e pediu-se para que ele explicasse o porquê. Trocou-se o título NSF por Liga e ao invés da frase “Explica pra mim”, optou-se por utilizar, “Explique com suas palavras”. O item Sugestões foi retirado, assim como o espaço para observações e queixas do respondente e o campo para observações. O questionamento sobre sugestões foram feitos

durante a entrevista pelo entrevistador, gravados, em decorrência do pouco tempo para a realização da entrevista.

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a agosto de 2011, as sextas-feiras no período da manhã, (momento em que ocorre o ambulatório da Liga de Hipertensão) em uma sala reservada do ambulatório enquanto o usuário aguardava a consulta. Foram totalizadas 80 entrevistas.

A amostra foi selecionada através do método de amostra por conveniência de acordo com o comparecimento dos usuários para as consultas, na sala de espera.

5.6 - Análise de Dados

A análise dos dados quantitativos e qualitativos foi discutida simultaneamente de forma a se completarem.

Os dados quantitativos obtidos nas entrevistas foram digitados no banco de dados do programa Excell e posteriormente migrados para o programa SAEG (Sistema para Análises Estatísticas) (SAEG, 2007), possibilitando a dinamização da organização dos dados e alguns cálculos estatísticos como, frequências relativas, absolutas e múltiplas. Através da estatística descritiva, os dados foram apresentados em tabelas e gráficos na discussão dos resultados.

Os dados qualitativos resultantes das questões abertas foram trabalhados através da análise temática segundo Minayo (2000) consistiu em descobrir núcleos de sentido que possivelmente compunham uma comunicação cuja presença ou frequência expressasse algum sentido para o objetivo analítico selecionado.

De acordo com Bardin (2009), análise de conteúdo é composta de três etapas

1) Pré-análise: (organização dos dados), a saber, exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no roteiro), homogeneidade (que sejam obedecidos os critérios de escolha em relação aos temas, às técnicas e aos interlocutores), pertinência (os documentos que forem analisados devem adequar-se aos objetivos do trabalho)

2) Exploração do material: refere-se à exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados através de recortes de textos, nas denominadas unidades de registro, após a escolha das regras de contagem, considerando as convergências ou divergências e o inusitado

presente nestes recortes; em último lugar realizam-se a classificação e agregação dos dados, que, no caso deste estudo, foram agregados em temas.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa, buscou-se a consolidação das convergências e divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisar os achados à luz de suporte teórico.

Após a pré-análise (organização dos dados), a exploração do material se deu através da realização de tabelas, através da análise das dimensões analíticas após a leitura vertical de cada entrevista e posteriormente horizontal do conjunto de entrevistas, através de uma leitura exaustiva na qual identificamos sete núcleos de sentido:

Ambiência – Conforto, trânsito interno (elevador), higiene e estado de conservação.

Tempo de espera – Limite de espera, condição de saúde no momento da consulta, expectativa do usuário.

Horário de funcionamento – Atende às necessidades do cliente.

Acessibilidade geográfica – Fácil ou Difícil.

Acessibilidade organizacional – Agendamento das consultas, tempo de atendimento, dispensação de medicamentos.

Qualidade no atendimento – quanto à competência e qualidade técnica da equipe de saúde, tempo dispendido dentro do consultório, ausculta das queixas, “examinam bem”, bons equipamentos, confiança no serviço e resolutividade do serviço.

Relação equipe-usuário – Vínculo entre usuário e equipe de saúde, cordialidade, boa prática de liberdade durante a comunicação, demonstração de afeto, longitudinalidade.

Enfim, após os processos de pré-análise e exploração do material, chegamos à fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação sendo possível a convergência dos dados em três grandes blocos assim constituídos:

- Infraestrutura da Liga de Hipertensão
- Acesso e acessibilidade à Liga de Hipertensão
- Assistência Humanizada e procura por qualidade

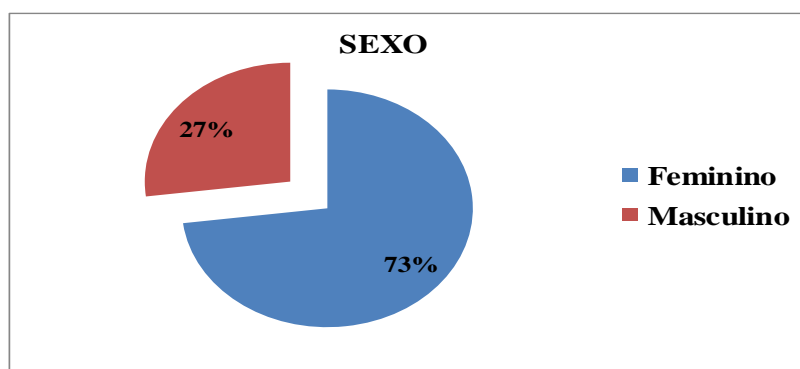
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados será dividida em dois momentos, primeiramente será apresentado o resultado dos dados sócio-demográficos dos sujeitos do estudo. Em seguida será discutido, de forma a se completarem a análise dos três blocos: Infraestrutura da Liga de Hipertensão; Acesso e acessibilidade à Liga de Hipertensão; Assistência Humanizada e a procura por Qualidade.

6.1 Dados sócio-demográficos e utilização do Serviço pelos usuários participantes da pesquisa

As variáveis que caracterizaram os sujeitos do estudo foram compostas por: sexo, estado civil, escolaridade, ativos no mercado de trabalho, renda familiar, tipo de residência, se possui plano de saúde. Foram ainda questionadas a utilização dos serviços de saúde do município e a frequência de utilização da Liga de Hipertensão pelos usuários.

De acordo com o gráfico 1, observa-se que (73%) dos usuários eram do sexo feminino.

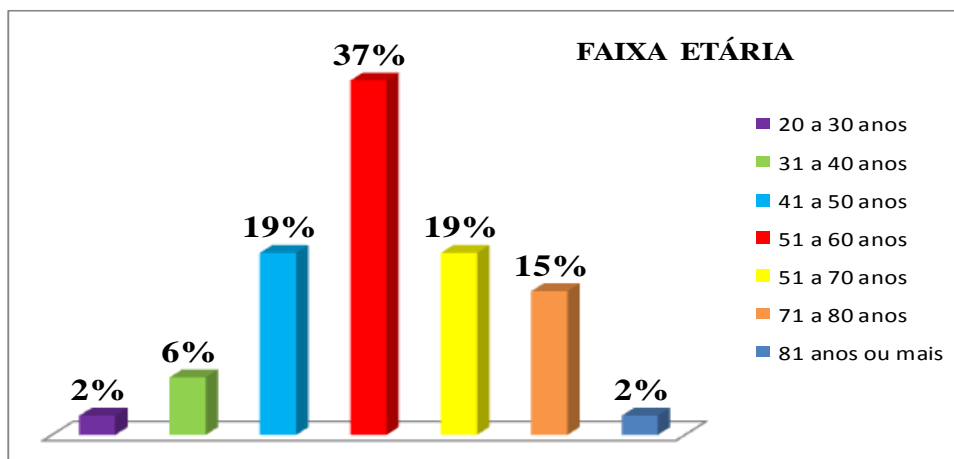


Fonte: Os autores (2011).

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos participantes da pesquisa de acordo com sexo. Juiz de Fora/ MG, 2011

Pinheiro et. al (2002); Burille & Gerhardt (2014) mostram que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens devido às variações no perfil e às necessidades de saúde. Dentre as demandas do sexo feminino, podem-se destacar as associadas à gravidez e ao parto, mas os autores ainda destacam que com exceção a essas demandas, as mulheres utilizam mais os serviços ambulatoriais à procura de diagnósticos e prevenção e já os homens procuram mais os serviços de emergência.

No gráfico 2 temos a distribuição dos usuários da pesquisa em relação faixa etária.

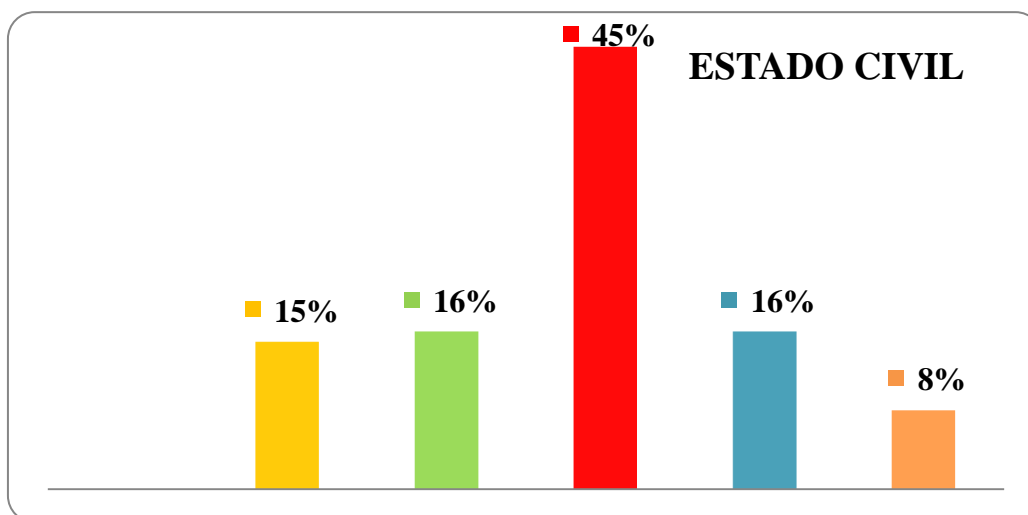


Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 2 Distribuição percentual dos participantes segundo a faixa etária. Juiz de Fora/ MG, 2011

De acordo com o gráfico 2 podemos observar que a faixa etária prevalente entre os usuários participantes da pesquisa foi de 41 a 70 anos (75%).

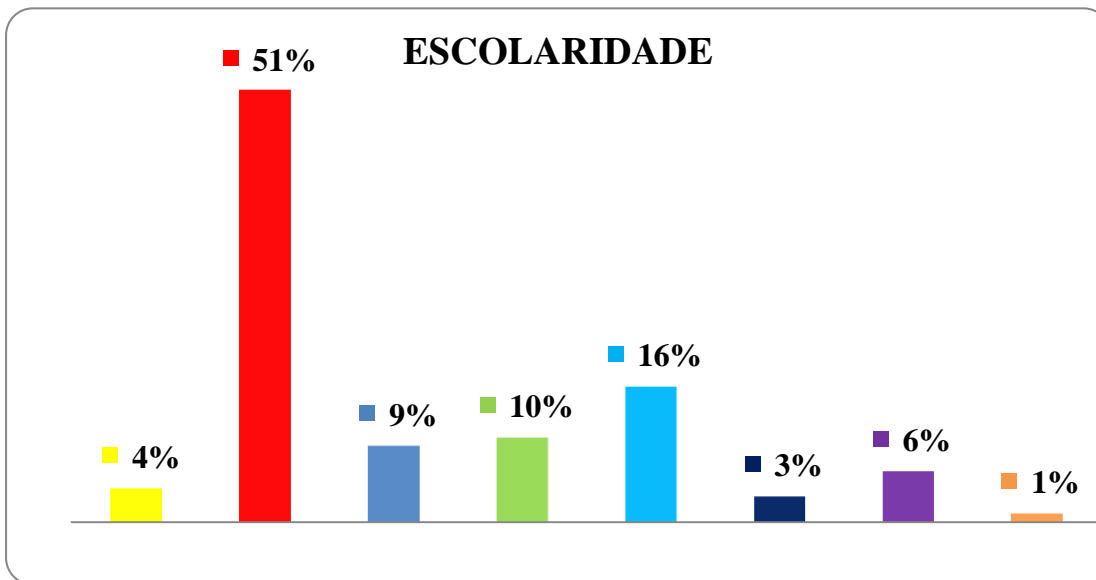
O número de pessoas que vivem em cada família variou de 1 a 9 pessoas, prevalecendo famílias com 1 a 4 pessoas (88%). Em relação ao estado civil, (45%) eram casados, conforme o gráfico 3.



Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 3 Distribuição percentual do estado civil dos usuários participantes da pesquisa. Juiz de Fora/ MG, 2011

No gráfico 4 temos a distribuição dos usuários da pesquisa em relação à escolaridade.

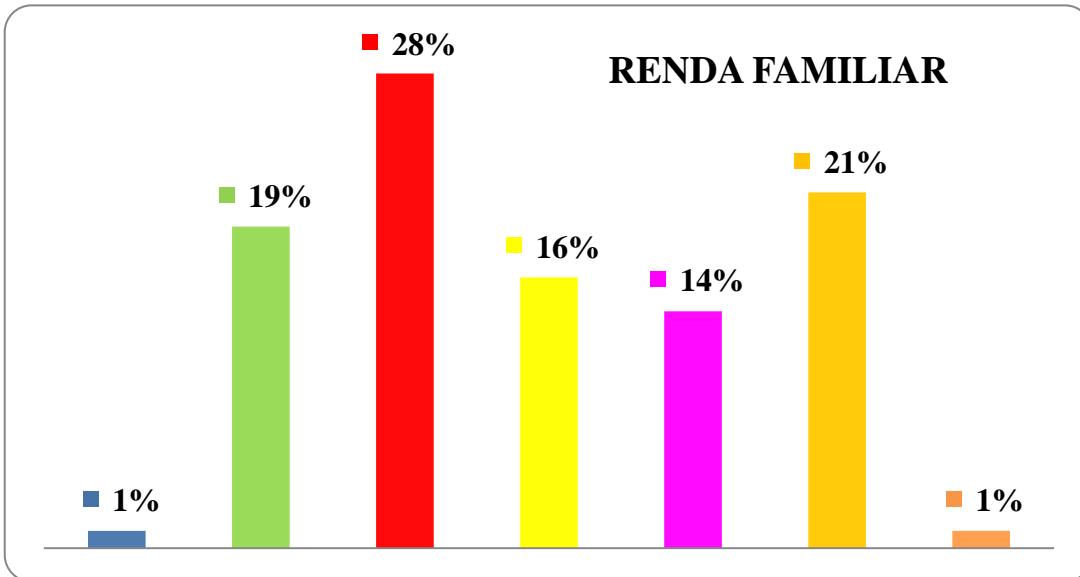


Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 4 Distribuição percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo escolaridade. Juiz de Fora/ MG, 2011

Quanto ao nível de escolaridade dos participantes da pesquisa identificamos (51%) de pessoas com ensino fundamental incompleto Mendes et al. (2014) em estudo sobre prevalência da hipertensão arterial em idosos no Brasil identificaram que o nível de escolaridade é um dos mais importantes indicadores das condições de saúde quanto menor o tempo de educação formal, maior a prevalência de hipertensão arterial.

Quanto ao número de pessoas inseridas no mercado de trabalho no momento da pesquisa, identificamos (55%) aposentados, (25%) trabalhavam, (7%) do lar, (6 %) desempregados, (4%) afastados e (3%) da amostra referiram outros motivos.

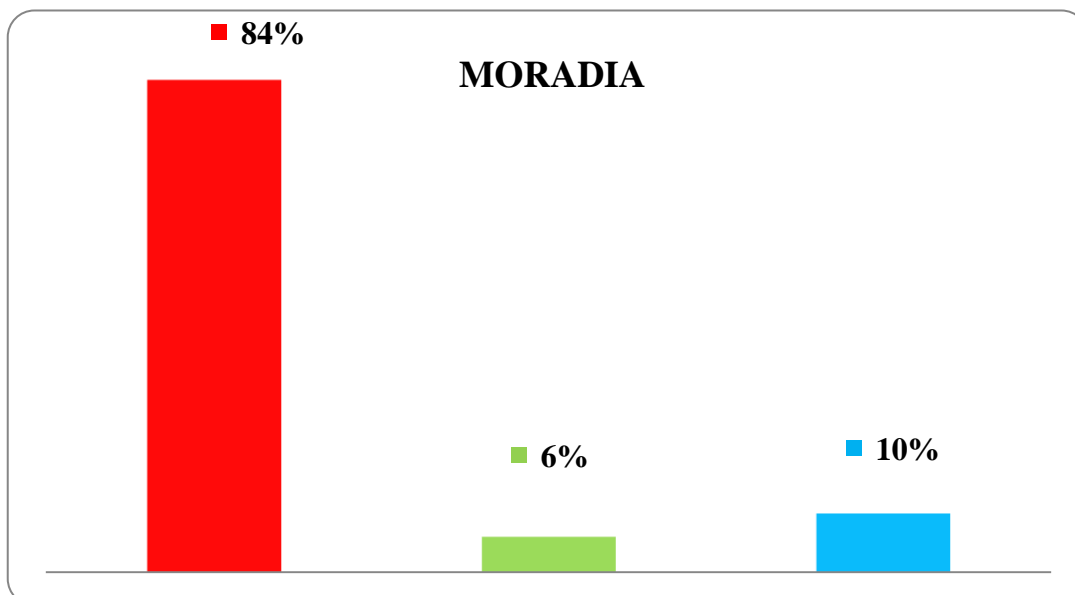


Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 5 Distribuição percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a renda familiar. Juiz de Fora/ MG, 2011

Em relação à renda familiar dos sujeitos do estudo foi possível observar que maioria dos sujeitos da pesquisa apresentava uma renda de 2 a 5 salários mínimos conforme demonstra o gráfico 5.

Quanto ao tipo de apropriação de residência, foi questionado se a residência era: própria, cedida, alugada ou invadida.

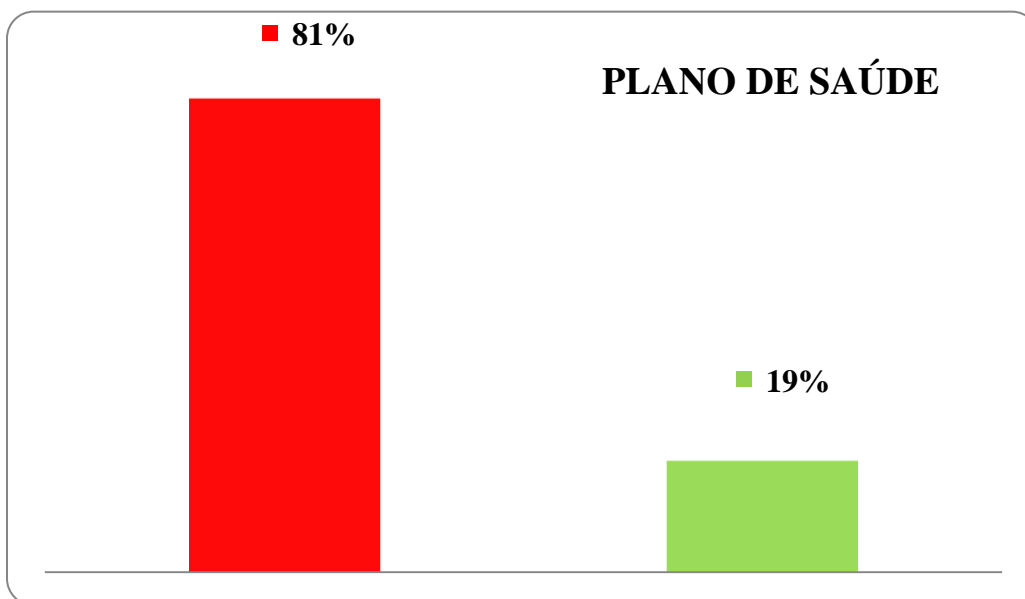


Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 6 Distribuição percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo o tipo de apropriação da residência. Juiz de Fora/ MG, 2011

Em relação à moradia conforme o gráfico 6 observamos que (84%) dos usuários participantes da pesquisa têm casa própria. Vale destacar que nenhum dos sujeitos da pesquisa relatou residir em imóvel invadido e no momento da entrevista não foi questionado aos usuários a forma de aquisição da moradia.

O gráfico 7 abaixo mostra quantos dos usuários possuíam plano de saúde no momento da entrevista.



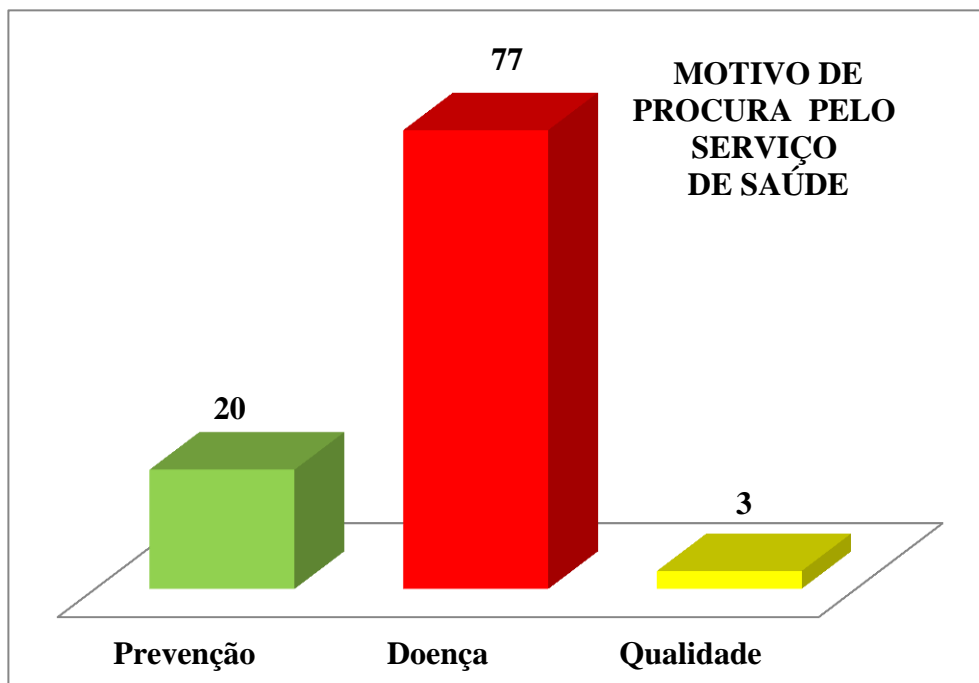
Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 7 Distribuição percentual dos usuários participantes da pesquisa, s que possuem plano de saúde. Juiz de Fora/ MG, 2011

Dos 80 entrevistados, (81%) não possuíam plano de saúde no momento da entrevista. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em relação ao perfil brasileiro quanto à cobertura por plano de saúde, identificou-se uma proporção das pessoas de 60 anos ou mais de idade, apenas(31,1%) de mulheres e (27, 9%) de homenstinham plano de saúde (IBGE, 2010).

Quando questionados sobre a utilização de outros serviços de saúde do município, identificamos que (95%) dos entrevistados utilizam outros serviços e apenas (5%) mencionaram não utilizar.

Em relação à pergunta “O que leva você a procurar um serviço de saúde?” As respostas variaram entre queixas, prevenção e organização do serviço (qualidade). Podemos observar a sequência de respostas através do gráfico 8.

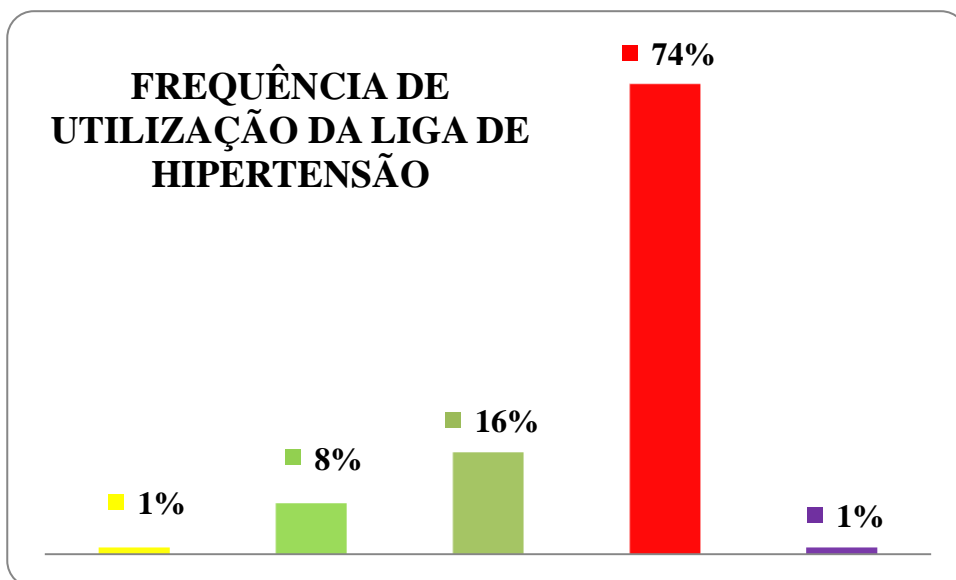


Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 8 Distribuição percentual dos usuários participantes da pesquisa, sobre o motivo que os leva a procurar um serviço de saúde. Juiz de Fora/ MG, 2011

Identificamos que (78%) dos usuários da pesquisa procuraram o serviço quando apresentavam queixas (traduzidas em sinais e sintomas). Como neste estudo, Bastos et al. (2014) encontraram em seu estudo como motivo para a procura ao serviço de saúde, problemas agudos e crônicos (queixas – sinais e sintomas) representando (71%).

Como critério para participação na pesquisa o usuário deveria estar inscrito na Liga de Hipertensão e ativo às consultas e demais atividades do núcleo. A frequência de utilização dos serviços da Liga de Hipertensão foi de 74% e os usuários declararam frequentar a Liga de Hipertensão de forma trimestral conforme o gráfico 9.



Fonte: Os autores (2011).

Gráfico – 9 Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a frequência de utilização da liga de hipertensão. Juiz de Fora/ MG, 2011

Apesar de referirem procurar o serviço de saúde quando apresentavam queixas, a frequência na Liga de Hipertensão da maioria dos entrevistados foi de forma trimestral, pois ao fim da consulta o usuário ser encaminhado ao agendamento de retorno com a equipe multiprofissional. O retorno é agendado de acordo com a necessidade do cliente. Este fato confirma a existência de longitudinalidade do cuidado, que vem a ser o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde (STARFIELD, 2004).

Os usuários da Liga de Hipertensão são acompanhados por um longo período de tempo. Em pesquisa realizada para identificar se havia existência de longitudinalidade do cuidado, em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Baratieri & Marcon (2011) identificaram que o cuidado realizado era de forma integral e havia acompanhamento dos resultados das ações prestadas, ou seja, o acompanhamento pelo profissional era além dos episódios de doença, mas também por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Como acontece na Liga de Hipertensão, o cliente é visto de uma forma holística e realizado periodicamente ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Após a apresentação do perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo, apresentamos a análise satisfação dos usuários.

Em relação à classificação dos usuários através das escalas de satisfação (excelente, bom, regular, ruim, péssimo e não sei) com as dimensões propostas na pesquisa, obtiveram-se os seguintes resultados de acordo com a tabela abaixo.

Tabela – 1 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão quanto às dimensões infraestrutura, acessibilidade e relação usuário equipe de saúde. Juiz de Fora/ MG, 2011

Dimensões Analisadas	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não Sei
Infraestrutura	45%	48%	5%	0%	0%	2%
Acessibilidade	25%	42%	23%	5%	4%	1%
Relação Usuário Equipe de Saúde	25%	42%	23%	5%	4%	1%

Fonte: Os autores (2011).

Ao analisar a tabela 1, foi possível perceber 93% dos usuários classificaram entre excelente e bom o item **Infraestrutura** (aparência física do ambulatório, qualidade e quantidade de equipamentos). Já os itens **Acessibilidade** (acesso à consulta agendada, média de tempo de espera, tempo gasto nas consultas, acesso a encaminhamentos às consultas especializadas, horário de funcionamento da Liga de hipertensão, distância do ambulatório da residência) e **Relação Usuário equipe de saúde** (competência da equipe, atendimento da recepção, atendimento da equipe saúde, explicações dadas pelos profissionais) obtiveram 67% de aprovação entre excelente e bom. É importante destacar que 23% dos usuários consideraram a acessibilidade e a relação usuário equipe de saúde como regular.

Depois de analisados todos os itens dentro de todas as dimensões propostas pela pesquisa, foi possível identificar um nível de aceitabilidade de 80% dos usuários em relação ao serviço, de acordo com a tabela 2.

Tabela – 2 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão quanto à análise de todas as dimensões. Juiz de Fora/ MG, 2011

Todas as Dimensões Analisadas	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não Sei
	36%	44%	13%	2%	2%	3%

Fonte: Os autores (2011).

Uma vez apresentados os resultados da satisfação geral dos usuários em relação ao serviço, será apresentado, num segundo momento, a análise extratificada dos blocos que surgiram da exploração do material em estudo.

6.2 Infraestrutura da Liga de Hipertensão

A infraestrutura é um dos elementos essenciais à realização da assistência à saúde em todos os níveis de atendimento. A disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes irão viabilizar a realização de um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência. Qualquer carência nessa esfera comprometerá o trabalho das equipes e os seus resultados (BRASIL, 2006b; PEDROSA et al. 2011).

Quanto à dimensão infraestrutura 97% dos usuários demonstraram-se satisfeitos com a aparência física do ambulatório, como na tabela 3.

Tabela-3 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão segundo a aparência física do ambulatório. Juiz de Fora/ MG, 2011 (n=80)

Aparência física do ambulatório	excelente	bom	regular	ruim	péssimo	não sei
	51%	46%	2%	0%	1%	0%

Fonte: Os autores (2011).

Contudo, confrontados com a questão aberta sobre a infraestrutura, ou seja, quanto à “ambiência” foi questionada a opinião dos usuários quanto à aparência física do ambulatório no que se refere à limpeza, pintura, mobília, conforto, organização, espaço físico, trânsito interno, presença de rampas e escadas, acesso para deficientes físicos, cadeiras de rodas e equipamentos. A maioria dos usuários demonstraram satisfação com o ambiente oferecido pelo ambulatório (principalmente no quesito limpeza), porém alguns não identificaram a localização do elevador por este se encontrar em local mais reservado, e ainda houve a solicitação de mais revistas para entretenimento na sala de espera.

...eu acho que o ambiente é bom é favorável, tudo muito limpinho (2)

...olha eu não sei dizer mais eu acho que tem um elevador né? (9)

...bom eu sempre chego aqui passo pelas escadas, não sei se tem um bom acesso (15)

... eu acho excelente, aqui é tudo limpinho, as salas de espera é confortável (16)

...eu só queria que tivesse umas revistas diferentes pra gente passar o tempo..(33)

6.3 Acesso e acessibilidade à Liga de Hipertensão

O termo acesso para melhor compreensão dos usuários no momento da entrevista englobou as três classificações de Fekete (1997) acessibilidade geográfica, organizacional e cultural, assim como, horário de funcionamento, aquisição da consulta agendada, tempo de espera, tempo dentro do consultório e possibilidade de obter encaminhamentos.

Quanto ao termo acesso de acordo com a constituição Federal de 1988, no artigo 196, no qual descreve: que o acesso do usuário deverá ser universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), acesso significa: ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo.

Santos & Andrade (2012) ponderam em suas indagações, em relação ao termo acesso, por esse ser polissêmico e não *unísono*. A doutrina sanitária reconhece as suas possibilidades de interpretação e sua multifacetação, justamente em decorrência das inúmeras dificuldades de acesso aos serviços de saúde que os usuários encontram.

Ainda, de acordo com esses autores, acesso e acessibilidade referem-se em retirar barreiras, sejam elas físicas, econômicas, sociais, raciais, geográficas, sociológicas, organizativas, viárias, que impossibilitem ao usuário obter o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, direito que lhe é garantido formalmente pelo Sistema Único de Saúde (SANTOS & ANDRADE, 2012).

Starfield (2004) declara que os termos acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. Acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, já o termo acesso extrapola a dimensão geográfica permitindo o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, seria a possibilidade da consecução do cuidado, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

A acessibilidade está diretamente ligada à oferta de serviços de saúde contribuindo de forma positiva ou negativa, no que tange à utilização do serviço pelos usuários e a ampliação do termo vem ocorrendo na medida que se tem acrescentado o emprego da dimensão aceitabilidade, ou seja, a relação do usuário com o serviço de saúde (SILVA JÚNIOR et al., 2010; PENCHANSKY & THOMAS, 1981; DONABEDIAN, 1988a). Silva Júnior et al. (2010) também discorrem sobre a a acessibilidade referindo às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir.

Discutiremos a partir de agora as dimensões classificadas por Fekete (1997) iniciaremos pela dimensão *acessibilidade geográfica*.

A acessibilidade geográfica refere-se à distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento, que é determinado pela distância percorrida e os principais obstáculos do acesso do usuário ao cuidado de saúde. O deslocamento representa a resistência imposta pelo espaço geográfico e o percurso do usuário em direção ao serviço. Lembramos que a forma como se dá a acessibilidade geográfica do usuário ao serviço de saúde poderá interferir na sua utilização. Uma acessibilidade fácil, também, não indica uma taxa alta de utilização do serviço, pois outros fatores podem interferir nesse processo como: preferência por médicos, credibilidade no serviço, diversos turnos, dentre outros fatores. (FEKETE, 1997; DONABEDIAN, 1988a).

Durante a pesquisa, quando questionada a dimensão acessibilidade geográfica, caracterizada pela distância do ambulatório, foi possível identificar que mais da metade dos participantes, 57% consideraram entre regular a péssima a distância do ambulatório em relação à sua residência conforme apresentação na tabela 4.

Tabela-4 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão segundo a distância do ambulatório à sua residência. Juiz de Fora/ MG, 2011 (n=80)

Distância do do ambulatório à sua residência	excelente	bom	regular	ruim	péssimo	não sei
	11%	29%	31%	11%	15%	3%

Fonte: Os autores (2011).

A partir da análise do material procedente das entrevistas, identificamos em relação à acessibilidade geográfica, a maioria declarou insatisfação com a localização do ambulatório da Liga de Hipertensão, alguns fizeram referência à necessidade de utilizar mais de um ônibus e longo tempo, gasto de deslocamento. Os usuários declararam que a Liga de Hipertensão não seria a “única opção” de tratamento, mas que gostam da forma como são tratados e não se importam com o tempo de deslocamento.

Eu acho bem longe, pra vir eu venho de carro porque eu acho muito difícil...pra ir eu vou de ônibus, mas o ônibus eu também acho muito difícil...atravessar aqui eu acho muito difícil...difícil é o horário de ônibus.(13)

A distância é bastante uma hora e meia, às vezes venho no carro da saúde, às vezes eu venho de ônibus. (15)

A minha filha acha que é muito difícil, muito longe.(meio de transporte)...ônibus. (o serviço é única opção)... não é, mas é que eu gosto/né sou muito bem atendida. (17)

A distância é bem ruim é fora do centro eu moro do outro lado da cidade eu gasto quase duas horas pra chegar aqui...(meio de transporte) venho de ônibus. (26)

Eu acho péssimo é longe demais...utilizo ônibus ... venho aqui porque eu acho aqui melhor do que no meu bairro...(41)

Quanto à *acessibilidade organizacional*, Fekete (1997) refere-se a barreiras que ocorrem na organização dos recursos da assistência, tanto na entrada como no interior da unidade de saúde. Em relação aos empecilhos da entrada são referentes por exemplo, ao horário de funcionamento da unidade de saúde, demora em conseguir a consulta e no interior da unidade, aqueles relacionados ao tempo de espera para ser atendido, quanto aos obstáculos na continuidade da assistência, nos mecanismos de referência e contra-referência.

Dentre as barreiras que dificultam a acessibilidade organizacional na entrada, o horário de funcionamento da Liga de Hipertensão foi descrito como um componente de insatisfação para alguns usuários. A seguir, a tabela 3 apresenta a classificação quanto ao horário de funcionamento da Liga de Hipertensão.

Tabela-5 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão segundo o horário de funcionamento do ambulatório. Juiz de Fora/ MG, 2011 (n=80)

Horário de funcionamento do ambulatório da Liga de Hipertensão	excelente	bom	regular	ruim	péssimo	não sei
	21%	42%	29%	4%	2%	2%

Fonte: Os autores (2011).

Ao observar a tabela 3 foi possível identificar que 63% classificaram entre excelente e bom, mas 35% dos usuários classificaram de regular a péssimo o horário de funcionamento da Liga de Hipertensão. Ficou evidente que outros horários de atendimento gerariam mais satisfação, quando analisamos as narrativas dos usuários. Algumas narrativas demonstraram o desejo do usuários de que o retorno fosse mensal.

Eu acho o tempo demorado...às vezes a gente fica com medo de passar mal de ter algum problema...eu acho três meses muito tempo...eu acho que poderia ser um mês.(37)

Deveria aumentar o número de horas. (35)

Pra mim é péssimo como eu trabalho de manhã e só atende de manhã pra mim é horrível, eu acho que teria que ter um horário na parte da tarde. (21)

É restrito só um dia na semana.(26)

Melhor seria se fosse de manhã e a tarde facilitaria a gente, né.(29)

O problema que eu fico mais aflita é o horário que tem que ser só aquele... eu tenho me esforçado pra vir .(51)

Quanto à facilidade ou dificuldade de acesso à consulta agendada é possível verificar a facilidade de agendar a próxima consulta pois o usuário é encaminhado automaticamente, para remarcar as próximas consultas o que também confirma a grande satisfação por parte dos usuários como mostra a tabela 6.

Tabela – 6 Avaliações da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão, quanto ao acesso à consulta agendada. Juiz de Fora/ MG, 2011(n=80)

Acesso à consulta Agendada	excelente	bom	regular	ruim	péssimo	não sei
	44%	46%	8%	2%	0%	0%

Fonte: Os autores (2011).

Esta satisfação com o acesso às consultas confirma os dados mostrados anteriormente no Gráfico 9, em que os participantes da pesquisa relataram utilizar o serviço trimestralmente, em virtude das consultas de retorno já serem remarçadas.

O que mais uma vez demonstra a longitudinalidade do cuidado e confirma os dados descritos por Starfield (2004), que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Portanto, verificou-se que, 90% dos usuários estão satisfeitos com o acesso à consulta agendada.

Outra demonstração de insatisfação, por parte dos usuários dentro da acessibilidade organizacional, foi quanto ao tempo de espera para ser atendido. Metade dos participantes da pesquisa relataram insatisfeitos quanto ao tempo de espera pela consulta agendada como podemos observar na tabela 7:

Tabela – 7 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão, quanto ao grau de satisfação com o tempo de espera para a consulta agendada. Juiz de Fora/ MG, 2011(n=80)

Em média quanto tempo você espera para ser atendido?	excelente	bom	regular	ruim	péssimo	não sei
	10%	41%	42%	6%	1%	0%

Fonte: Os autores (2011).

Os dados quantitativos mostraram que a população do estudo ficou dividida entre a satisfação e a insatisfação quanto ao tempo de espera pela consulta agendada, mas através das narrativas comprovamos que a variável tempo de espera foi notadamente uma das variáveis mais indagadas pelos participantes da pesquisa, principalmente, quando questionados quanto a “qual o tempo limite de espera para que não o irritasse”

Às vezes, demora muito...eu já fiquei uma média de três horas aqui esperando...(53)

Ruim é só a espera...até uma hora a gente suporta vai passando de uma hora às vezes a gente sai de casa bem entra no consultório com pressão alta... aquele estresse de ficar esperando.(30)

**Uma hora, mais de uma hora...que eu cheguei aqui sete e quarenta e cinco, já são oito e cinqüenta. (11)
Para se atendido demora um pouquinho. (4)**

Conforme as narrativas dos usuários, os fatores que geraram insatisfação concernente à acessibilidade organizacional, vão de encontro ao que se referem os autores Travassos, (2004) e Silva Júnior (2010), pois características como a oferta, organização da prestação dos serviços podem facilitar ou dificultar o acesso do usuário ao serviço de saúde.

Torna-se importante esclarecer que a acessibilidade geográfica e organizacional, fatores geradores de insatisfação no presente estudo, não são passíveis de modificação, devido à estrutura na qual o ambulatório se insere. Não obstante, essas fragilidades avaliadas negativamente pelo usuário não interferiram na satisfação final, que foi uma avaliação altamente positiva do ambulatório.

6.4 Assistência Humanizada e a procura por qualidade

De acordo com o dicionário Michaelis (2007), humanizar ou humanar, significa tornar humano, afável, benévolo.

Já a palavra humanização está diretamente atrelada à valorização do cuidado em reconhecer os direitos do usuário, em respeitar a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade (ALMEIDA, 2014; SILVA et al. 2008; TEIXEIRA & CHANES, 2003; MALHEIROS et al. 2012)

O relacionamento do usuário com a equipe de saúde está diretamente arrolado à humanização da assistência como parte da qualidade do atendimento prestado, o que demandará do serviço a reorganização e renovação de suas práticas de saúde (FRANÇA, et al. 2008; SELEGHIM, et al. 2013).

O ambulatório da liga de hipertensão da UFJF tem se adequadado à Política Nacional de Humanização do SUS, datada de fevereiro de 2003, através do respeito a cada cidadão na sua individualidade e direitos. No estímulo ao fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional e através do acolhimento ao usuário que é uma ação que deve favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso (BRASIL, 2010).

Nesta etapa, demonstraremos os resultados dos dados quantitativos do núcleo relação do usuário-equipe de saúde, conforme demonstra a tabela 8 abaixo:

Tabela – 8 Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão com aspectos relacionados ao núcleo relação usuário/equipe de saúde. Juiz de Fora/MG, 2011

	Excelente	bom	regular	ruim	péssimo	não sei
Competência da equipe de saúde	50%	40%	10%	0%	0%	0%
Atendimento por parte da recepção	38%	56%	6%	0%	0%	1%
Atendimento por parte da equipe de saúde	50%	41%	4%	0%	0%	5 %
Explicações oferecidas pelos profissionais de saúde	54%	41%	5%	0%	0%	0%

Fonte: Os autores (2011).

Através destes resultados foi possível identificar uma grande satisfação por parte dos usuários do serviço no que diz respeito à relação usuário/equipe de saúde do serviço da liga de hipertensão da UFJF. Podemos observar que 90 a 95% dos usuários classificaram entre **excelente e bom** todos os aspectos estudados.

Hollanda et al. (2012); Muller e Greco (2010) relatam que os usuários tendem a avaliar a competência dos profissionais baseando-se em comportamentos como gentileza, respeito, compreensão. Torna-se importante destacar que concernente à competência da equipe, para o usuário a competência médica se refere predominantemente à forma afetiva de como a informação é transmitida, do que seja habilidade técnica (JUNG, et al. 1998). Também no que refere à qualidade técnica, na opinião do usuário, significa satisfazer exigências concretas: tempo, qualidade, segurança e garantia (DIAS et al. 2011).

Os resultados deste estudo corroboraram com os dados encontrados em um estudo com hipertensos, pois a maioria dos entrevistados fizeram avaliações positivas em relação ao atendimento realizado pelos profissionais. De acordo com a autora, na visão do usuário, o fato de ser bem-tratado prevalece a despeito da qualidade técnica do cuidado (SCOCHI, 2001). É provável que, a minoria da população deste estudo que avaliou como regular os itens: a

competência dos profissionais, o atendimento por parte da equipe de saúde e as explicações oferecidas pelos profissionais possa ter levado em consideração, os aspectos citados pelos autores demonstrando sua insatisfação em algum desses quesitos.

Donabedian (1980, 1984); Fitzpatrick & Hopkins, (1983); Esperidião, (2006b) descrevem que a satisfação comporta-se como elemento da relação interpessoal da equipe com o usuário, configurando-se diretamente em termos do componente processo, que refere como sendo procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes. Já os autores Oliveira (1992); Vuori (1987); Esperidião (2006b) concordam que, a satisfação pode ser identificada no processo de avaliação do resultado, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção.

Apresentaremos as narrativas dos discursos dos usuários quando foram questionados “Como você percebe o relacionamento existente entre equipe de saúde e você usuário? Dentro do pressuposto “Relacionamento Interpessoal com questões como: cordialidade, gentileza, conhece você pelo nome? Como você é tratado pela equipe?”,

Identificamos uma concordância em relação a alta satisfação apresentada nos dados qualitativos.

são muito educados...pelo menos neste tempo que eu estou aqui não tenho nada a reclamar tenho até que agradecer e eu estou satisfeita com o atendimento... (47)

o médico que cuida de mim ele me conhece pelo nome...inclusive quando ele me encontra na rua ele me chama eu fiquei onze anos sem procurá-lo não esqueceu de mim... você não vai me procurar mais não?Você não pode ficar longe... (47)

bem tem pouco tempo que eu venho aqui em relação né/mas eu nunca tive problema não, acho que são competentes...(37)

eu não tenho nada que reclamar...tratam a gente muito bem...

(10)

considero como um consultório até particular que não é...(8)

comunica com a gente, trata a gente bem, as próprias estudantes, acadêmicas, os médicos, todo mundo trata bem...(1)

Eu acho que foi legal depois que eu vim pra cá eu to sentindo mais atenção á minha saúde coisa que eu não tinha...(51)

As falas dos usuários foram de encontro do estudo realizado por Backes et al. (2007) que os autores ao questionarem profissionais de saúde sobre a humanização do cuidado, identificaram nos profissionais que estes, durante a abordagem ao paciente se permitiam ser mais humanos e manifestavam sua sensibilidade, criando empatia numa relação sujeito/sujeito. Isso tornou a prática do cuidado: humanizante e humanizadora.

Em estudo recente, realizado por Silva Júnior et al. (2014), sobre fatores que influenciam a satisfação os componentes gentileza e respeito foram os itens mais valorados sob a perspectiva do usuários da pesquisa.

Porém, torna-se importante destacar alguns discursos em que os usuários demonstraram algum grau de insatisfação devido aos estagiários não reconhecê-los pelo nome (a não ser pela identificação do prontuário). Isso ocorre em virtude da rotatividade de alunos no ambulatório da liga de hipertensão. Quando foi indagado “conhece você pelo nome”... Entretanto no produto final este “descontentamento” não influenciou na satisfação geral como ficou demonstrado nas tabelas 1 e 2.

Na hora de chamar tem lá na ficha o nome...(7)

A equipe que dirige me conhece pelo nome, agora sempre tem pessoas diferentes mas eu sempre fui bem atendido aqui...(14)

Pelo nome não só quando eu falo...(25)

Nem sempre porque aqui tem muito acadêmico também né/... O Dr. acho que sim é muita gente é difícil guardar mesmo...(29)

Não porque cada vez que a gente vem troca equipes então pra falar mas todas que me atenderam foram boas, mas já não é quem me atendeu na consulta anterior...(49)

Ao analisar a interação do usuário com a equipe de saúde percebe-se a confiança depositada por aquele no serviço e na capacidade desta em resolver seu problema de saúde, nesse caso, o tratamento da hipertensão arterial.

A partir de agora, apresentaremos o conjunto de aspectos que emergiram das narrativas dos usuários no que se refere à dimensão **Resolutividade**, ressaltando que esta foi analisada

somente qualitativamente neste estudo. Foi perguntado ao usuário se ele recebia orientações e/ou encaminhamentos que o auxiliavam a resolver seu problema. Todos os usuários, em 100% da amostra demonstraram satisfação com as explicações oferecidas e encaminhamentos realizados dentro da unidade com a equipe multiprofissional, conforme os discursos abaixo:

Sim, ajuda bastante pede pra caminhar, pra manerar no sal, alimentos mais leve possível, ajuda muito...(3)

Eu recebo bastante orientações e que me ajudam muito... É inclusive a nutrição se não fosse a nutrição aqui nesse atendimento... eu acho que eu já taria/ obeso...(44)

Ajudam... eu precisei de psicóloga a me deram encaminhamento eu fui muito bem atendida...muito bom...(36)

Observamos uma satisfação com a capacidade resolutiva do ambulatório da liga de hipertensão da UFJF. É importante ressaltar o serviço prestado pela Liga de Hipertensão se relaciona ao controle da hipertensão arterial, na tentativa da prevenção da morbimortalidade por complicações cardiológicas e renais. Os estudos de Turrini et al. (2008) demonstram que o serviço deve ter a capacidade de atender a sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado, o que ficou comprovado em nosso estudo.

De forma ainda mais contundente demonstramos que o trabalho da Liga de Hipertensão tem caminhado de acordo com a definição trazida pelo ministério do que vem a ser “resolutividade a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo, até o nível da sua competência” (BRASIL, 1990 p.10).

Contudo é importante esclarecer que houve uma clara manifestação de insatisfação por parte dos usuários quanto ao produto final da resolutividade. Os serviços aos quais o usuário muitas vezes, era encaminhado, em decorrência da hierarquia do sistema de saúde e o longo caminho percorrido, não obtinham a solução dos seus problemas de saúde conforme se pode observar através dos discursos:

Eu recebo os encaminhamentos daqui, me dirijo ao hospital, chega lá não resolve, você tem que ir ao posto de saúde do seu bairro é que tem que encaminhar você. Aí eu tô a três meses com uma consulta para o otorrino e até agora não saiu...(1)

Demora muito porque os postos são problemáticos... a saúde pública tá/ um caos...(29)

Antigamente era melhor... pegava o encaminhamento e ia direto no Hospital Universitário, hoje não tem que passar no posto e o posto nunca que dá... igual por exemplo eu precisei do posto mesmo um encaminhamento pro ortopedista tem quatro meses e até hoje não me chamaram...(40)

No estudo realizado por Rosa et al. (2011) sobre resolutividade da assistência e satisfação em uma ESF, dados muito semelhantes foram encontrados como neste estudo. A resolutividade em relação às atividades realizadas dentro da própria unidade, porém em alguns casos houve dificuldade de solução de problemas quando havia a necessidade de encaminhar os usuários aos serviços especializados.

Ainda no contexto da dimensão resolutividade, foi indagado aos usuários se estes indicariam o serviço a um parente e/ou amigo, obtivemos 100% de satisfação nas respostas, ou seja, todos os usuários indicariam o serviço. Destacamos como principais motivos desta indicação: relacionamento interpessoal, confiança, credibilidade e competência. Também foi feita uma comparação positiva com o serviço particular remetendo ao conceito de “que há mais qualidade neste tipo de serviço”.

Porque aqui são sempre uma equipe muito competente e eu sou muito bem atendido...35

Com certeza... porque eu sou muito bem atendida o serviço é muito bom... a gente tem aquele respeito, aquele carinho do profissional a gente sente que tem profissionalismo... tem aquela coisa boa que eles passam pra gente...aquela confiança sabe...36

Porque eu me senti muito à vontade pelo menos eu fui esclarecida, entendi... uma coisa que existia uma interrogação, pra mim foi solucionado o problema...3

Sim porque sobre o atendimento e o conhecimento que eles tem...1

Indicaria sim porque, sou bem acolhida aqui/né... e através do Dr. ele que me encaminhou pra cá/né... eu já estou aqui há sete anos...15

Eu indicaria...indicaria sim, é melhor aqui do que qualquer UBS, hospital que a gente vai é maltratado...16

Com certeza... eu falo do atendimento e da atenção que tem com as pessoas com o problema de saúde... tem mais carinho... orienta melhor né/ então assim... na verdade o serviço é de graça como se fosse particular é o único que eu já fui...51

Eu sempre indico é confiável... mesmo no médico particular muitas vezes não se consegue essa qualidade...48

Quanto os altos níveis de satisfação encontrados e à demonstração de aceitabilidade dos usuários entrevistados com o serviço, torna-se importante destacar que este estudo apresenta algumas limitações. Podemos citar o fato de o tamanho da amostra não ser representativa o que não permitiu uma avaliação quantitativa expressiva, o fato dos usuários serem acompanhados no ambulatório por longa data pode ter influenciado os altos níveis de satisfação encontrados e também pode ter gerado conforme descreve Lima (2010); Vaitsman & Andrade (2005), a existência do *gratitude bias*, ou seja, o sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito devido à impossibilidade, talvez, de acesso ao outro serviço e o vínculo estabelecido com os profissionais.

Apesar das entrevistas terem ocorrido no próprio local de atendimento, o que pode caracterizar como um tipo de viés, “induzindo” o usuário à respostas, estas foram realizadas pela própria pesquisadora que, não tinha nenhum vínculo empregatício com o ambulatório.

Também temos que destacar as críticas inerentes a este tipo de estudo que se deve à subjetividade do tema “satisfação”, que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigências individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente como: idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITIZA & WOOD, 1997 apud VAITSMAN, 2005; GAIOSO, 2007).

7. CONCLUSÃO

Este estudo nos permitiu identificar um nível alto de aceitabilidade do usuários quanto à assistência prestada pelo ambulatório da Liga de Hipertensão. Esta aceitabilidade foi possível de ser identificada através da avaliação da satisfação do usuário com a ambiência, acessibilidade ao ambulatório e ao sistema de saúde, à relação equipe de saúde-usuário e a capacidade resolutiva do serviço em relação ao tratamento da hipertensão arterial.

A literatura sobre satisfação do usuário a nível ambulatorial ainda é escassa. Nesse contexto o presente estudo pretendeu avaliar a satisfação com o atendimento desde a recepção às consultas ambulatoriais, em uma Liga de Hipertensão dentro das dimensões propostas e teve a finalidade de encontrar “pontos chaves” que na visão dos usuários, pudessem indicar aos gestores a necessidade de melhoria. Não houve grandes expressões de insatisfação, ao contrário, foram encontrados altos níveis de satisfação, com a infraestrutura, no que tange à estrutura física e higiene e a relação usuário-equipe de saúde, no que refere ao atendimento diferenciado e humanizado e com a resolutividade do serviço que segundo os usuários eram encaminhados a outros serviços sempre que necessitavam.

Contudo, ao aprofundarmos nas narrativas identificamos insatisfação com acessibilidade geográfica em que os usuários acharam a localização do ambulatório difícil. Quanto à acessibilidade organizacional, a insatisfação foi quanto ao tempo de espera e dia e horário de funcionamento do ambulatório. Ao analisarmos os discursos em relação aos dados quantitativos observamos que apesar das fragilidades apontadas pelos usuários em relação ao serviço, estas não influenciaram na satisfação final quando observamos a frequência dos usuários no ambulatório, e também quando disseram ser fácil agendar a consulta e a relação amistosa dos mesmos com os profissionais.

Entretanto, os achados do presente estudo demonstram que, apesar dos prováveis vieses encontrados é possível realizar um atendimento de qualidade no sistema público de saúde. Vale salientar ainda, que por meio da entrevista semi-estruturada foi possível, através da escuta permitir ao usuário sua verbalização, deixando-o livre para expressar suas reais necessidades.

8. PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Além desta dissertação de mestrado, o presente estudo originou um artigo científico intitulado “Satisfação do usuário com o atendimento interdisciplinar em uma Liga de Hipertensão Arterial”, submetido ao periódico Revista Research Notes com vista a possível publicação (APÊNDICE III).

9. REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos Serviços de Saúde: Conceitos e Métodos Avaliativos. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.8. n.4, mai./dez.1995.

AKASHI, D.; ISSA, F. K.; PEREIRA, A. C.; TANNURI, A. C.; FUCCILOLO, D. Q.; LOBATO, M. L.; GALVÃO, T. G.; BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. Tratamento Anti-Hipertensivo. Prescrição e Custo de Medicamentos. Pesquisa em Hospital Terciário. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.71, n.1, julho, 1998.

ALAVARCE, D. C.; PIERIN, A. M. G.; MION JR., D. A pressão arterial está sendo medida? **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v. 34, n.1, p.84-90, 2000.

ASSUNÇÃO, R. S. **Fatores condicionantes da qualidade do sistema de saúde na visão dos médicos e da população do Recife**. 2006. 131f.. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

AZEVEDO RP, DINI PS. **Guia para Construção de Ligas Acadêmicas** [Internet]. Assessoria Científica da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. 2006 [citado 2012 mai 25]. Disponível em: <http://www.daab.org.br/texto.asp?registro=157>. Acesso em: dez. 2014.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação De valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 1, jan-fev, 2007.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C.; Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p. 35-38, 2006.

BARROS, C. D' A. Excelência em serviços: uma questão de sobrevivência no mercado. 2.ed. Rio de Janeiro: **Qualitymark**.1999.

BRANDÃO, A. P. et al. Curso de reciclagem em Cardiologia. **Fascículo II**. São Paulo: Pfeser, 1993.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC Do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 10, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 1/2**. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 60 p. 2006a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). PNAS – **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Anvisa; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATAUnb.- Pesquisas Sociais Aplicadas Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. **Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS**. Brasília: 2006b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo/ do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo/do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf) Acesso abril. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: Brasília: Ministério da Saúde; 132p – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informação sobre saúde: morbidade**. Brasília: 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso: março. 2014.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. v.5, suppl., dez. 2005.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene, Fortaleza**, n. 12(n. esp.), p. 930-936. 2011.

CAVALARI, E.; NOGUEIRA, M. S.; FAVA, S. M.C.L.; CESARINO ,C.B.C.; MARTIN, J. F.V. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan/mar; p.67-72, 2012.

CESARINO, C. B; CIPULLO, J. P; MARTIN. J. F. V; CIORLIA, L. A; GODOY, M. R. P; COREDEIRO, J. A; RODRIGUES, I. C. Prevalência e fatores sócio-demográficos em hipertensos de São Jose do Rio Preto. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 91, n.1, p. 31–35, 2008.

CHOBANIAN,A.; BAKRIS, G.; BLACK, H.; CUSHMAN, W.; GREEN, L.; IZZO JÚNIOR, J.; JONES, D.; MATERSON, B.; OPARIL S.; WRIGHT JÚNIOR, J.; ROCCELLA, E. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation,**

and Treatment of High Blood Pressure. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20821851>. Acesso set. 2010.

COELHO, E. B; MOYSÉS NETO, M; PALHARES, R. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v. 85, n. 3, p. 157-161, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3.ed. **Fiocruz.** Rio de Janeiro: p.29-46. 2002.

CONTRO, N. A; LARSON, J.; SCOFIELD, S.; SOURKES, B.; COHEN, H. J. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. **Pediatrics.** n.114, p.1248-1252, 2004.

COSTA, G. D; COTTA R. M. M; FRANCESCHINI, S. C. C; BATISTA, R, S, A; GOMES P; MARTINS, P. C; FERREIRA, M. L. S. M. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis** Rio de Janeiro: v.18, n.4, 2008.

DONABEDIAN A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Espanhola. México: **Ed. Biblioteca de la Salud;** 1988.

DONABEDIAN A. Exploration in quality assessment and monitoring. v. 1. Ann Arbor: **Health Administration Press.** 1980.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica definición y métodos de evaluación. México DF: **La Prensa Mexicana;** 1984.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of quality. **Archives of Patholoses Laboratory Medicine.** v.114. 1990.

DUARTE, M. T. C.; CYRINO, A. P.; CERQUEIRA, A. T. A. R. NEMES, M. I. B.; IYDA, M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.15, n. 5, p.2603-2610, 2010.

DUSING, R; WEISSER, B; MENGDEN, T; VETTER, H. Changes in antihypertensive therapy - the role of adverse effects and compliance. **Blood Press.** v.7, n. 5-6, p.313-315, 1998.

ESPERIDIÃO, M. ; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.10, p. 303-312, dez. 2006a.

ESPERIDIÃO, M. & TRAD, BONFIM, L. A B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.22, n.6, jun. 2006b.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**. p.114-120, 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Eletrônico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

FERRI, M. N. S., PEREIRA, M. J. B., MISHIMA, S. M., CACCIA-BAVA. M. C. G., ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

FIGUEIREDO, J. S. **Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial sob paradigma da interdisciplinaridade**. 2006. 331 p. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2006).

FITZPATRICK R, HOPKINS A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. **Sociol Health Illn** 5, p.297-311,1983.

GAIOSO, V. P; MISHIMA, S. M. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 617 a 625, out/dez. 2007.

GOMES, M. A .M; PIERIN, A. M. G; MION, J.R D. Estratégias especiais para melhoria da adesão. Medidas domiciliares da pressão arterial. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p.75-84. 2001.

GUSMÃO, J. L., GINANI, G. F., SILVA, G. V., ORTEGA, K. C., MION, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 16, n.1, p. 38-43, 2009.

HALAL, I. S; SPARRENBERGER, F.; BERTONI, A. M; CIACOMET, C. SEIBEL, C. E; LAHUDE, F. M. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, n. 28, p. 131-136, 1994.

HAMILTON, G. A. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. **Europe Journal Cardiovascular Nursing**. v. 2, n. 3, p. 219-228, 2003.

HAYS, R. M.; VALENTINE J; HAYNES, G.; GEYER, J. R.; VILLAREALE, N.; MCKINSTRY, B.; VARNI, J. W.; CHURCHILL, S. S. The Seattle Pediatric Palliative Care Project: effects on family satisfaction and health-related quality of life. **Journal Palliative Medicine**. n. 9, p. 716-728, 2006.

HERNANDEZ, P. J. S. La definición de La calidade de La atención. Apud CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 5, n.1, p. 563-569, 2005.

HORVATHOVA, H; KIMLIKOVA, K; BALAZOVJECH, I; KYSELOVIC, I. Compliance and the therapeutic effect in patients with arterial hypertension. **Bratisl lek Listy**. v. 104, n.4-5, p. 145-154, 2003.

HOUAISS A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. **Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE/CDDI, 2010.

JUNG, H. P.; HORNE F.V, WENSING, M. HEARSHAW, H.; GROL, R. Which aspects of general practioners´behavior determine patients´evaluation of care? **SOCIAL SCIENCE MEDICAL**. v. 47, n..8, p.1077-1087, 1998.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. M. **Controle da Qualidade**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

KEARNEY, P. M; WHELTON, M; REYNOLDS, K; MUNTNER, P; WHELTON, P. K; HE, J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.**Lancet**, n. 365,p. 217-223, 2005.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. Tradução deAilton Bomfim Brandão. 5.ed. São Paulo: **Atlas**, p.65, 1998.

LESSA, I; FONSECA, J. Race, compliance to treatment and/or consultation and control of arterial hypertension. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 68, n. 6, p.443-449, 1997.

LEWIS, C. C; SCOTT, D. E; PANTELL, R. H; WOLF, M. H. Parent satisfaction with children’s medical care. Development, field test, and validation of a questionnaire. **Med Care**. n.24, p.209-215,1986.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfaction assisted users in specialized dental clinics in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 26, n. 5, p.991-02, 2010.

MAFRA S. Ligas acadêmicas. *Diretórios Acadêmicos*, v.2, n.7, 2006. Disponível em: http://revista.cremepe.org.br/07/diretorios_academicos.php Acesso em dezembro. de 2014.

MAIA, C. S. FREITAS, D. R. C.; GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. M. F. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2567-2574, 2011.

MALIK, A. M. Indicadores de qualidade e produtividade na saúde. **Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP**. 2006. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpfiles/arqs/pdf/Indicadores%20de%20Qualidade.pdf>. Acesso: 25/09/2013.

MALHEIROS, P. A.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto e Contexto*. [online]. n.21, v. 2, p. 329- 337, Abr-Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2> Acesso abril 2015.

MANSOUR, A. A; AL-OSIMY, M. H. A study of satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia. **Journal of Community Health**, v. 18, n. 3, p.163-173, 1993.

MARTINEZ, M. C, LATORRE, M. R. D. O. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.87, n. 4, p. 471–479, 2006.

MENDONÇA, K. M. P. P., & GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. **Revista Brasileira de fisioterapia**, v. 11, n. 5, p. 369-376, set./out. 2007.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro: v.2, n. 7, p. 165-76, out. /dez. 2006.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: **Abrasco**, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2004

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2005.

MOURA, A. A.; NOGUEIRA, M. S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **Journal of Management and Primary Health Care**, n. 4, v. 1., p. 36-41, 2013.

MULLER, E. V, GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 3, p.925-930, 2010.

NEMES, M. I. B; CASTANHEIRA, E. R. L, MELCHIOR, R; BASSO, C. R; ALVES, M. T. S. S. B; Avaliação da Qualidade da Assistência no Programa de AIDS: Questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n. Supl. 2, p. S310-S321. Rio de Janeiro, 2004.

NEMES, M. I. B. Jornada Catarinense de pesquisa de medicamentos. 1., 2009, Blumenau. Adesão do paciente ao tratamento em doenças crônicas. **Jornada Catarinense de Pesquisa de Medicamentos. Blumenau: FURB, 2009.** Disponível em:<http://www.furb.br/especiais/download/603621254364/Mesa%20%20-%20Maria%20Ines.pdf>>. Acesso em 28/12/2013.

OIGMAN, W. (2006). Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 13(1), 30-34.

OLIVEIRA, C. G. Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian. Rio de Janeiro: **Instituto de Medicina Social**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1992.

OLIVEIRA, M. M. **Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a estratégia saúde da família**. 2008. 164f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2009).

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C.; COIMBRA, V. C. C.; SOARES, U. S.; OLIVEIRA, E. M.; ALVES, P. F. Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade. **Revista Enfermagem e Saúde**, v.1, n.1, p.14-23. Pelotas (RS) jan/mar; 2011.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, Á. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.10, n.1, Jan/Mar, p.58-65, 2011.

PERDIGÃO, C. MAIA, C. Hipertensão de difícil controle em medicina familiar. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, Suppl 1: S2-S4, 2009.

PIERIN, A. M. G. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. **Manoele**, 2004.

PINHEIRO, R. S., VIACAVA, F., TRAVASSOS, C., BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p.687-707, 2002.

POLIZER, R. D. I. M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n.59, v.4, p. 548-51, jul./ago. 2006.

RAMOS, C. I.; KLUG, J. C.; PRETTO, A. D. B. Adesão às recomendações alimentares de usuários portadores de diabetes tipo 2. **Demetra**; v.9, n. 2, p. 561-575, 2014.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**. v.6, n.1, p. 50-61,1990.

RIBEIRO, E. G. **Adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial**. Goiânia, 2010, 156p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

RIGHI, A. W. **Avaliação da Qualidade serviços públicos de saúde - o caso da estratégia saúde da família**. 2009.146p. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

SACKS, F. M., SVETKEY, L. P., VOLLMER, W. M., APPEL, L. J., BRAY, G. A., HARSHA, D., OBARZANEK, E., CONLIN, P. R., MILLER, E. R., SIMONS-MORTON, D. G., KARANJA, N., LIN, P. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (dash) diet. **New England Journal of Medicine**. v.344. n.1. Jan. 2001.

SAEG. **SAEG**: sistema para análises estatísticas, versão 9.1. Viçosa: UFV, 2007.

SALGADO FILHO, N. **Ligas Acadêmicas**: veículo de interação com a comunidade. Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2007. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/web/palavradiretor/palavra2.html> . Acesso em: 7 out. 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.17, v.11; p. 2876-2880, 2012.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.32, n.4, p.335–353, 1998.

SCHERR C., RIBEIRO, J.P. Genero, Idade, Nivel Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Consideracoes Sobre a Realidade Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.93, n.3, p.54–56, 2009.

SELEGHIM, M. R.; TOFFOLI, A. L.; BELLASALMA, A. C. M.; OLIVEIRA, M. L. F. Avaliação da satisfação dos usuários e acolhimento em âmbito hospitalar. *Revista Universo & Extensão*, v.1,n.1,2013.Disponível em: http://revistaelectronica.ufpa.br/index.php/universo_extensa. Acesso em: setembro de 2014.

SCOCHI, M J. Evaluating care to hypertensive patients in health services. **Acta Scientiarum**. v. 23, n. 3, p.739-44. 2001.

SHAW, C.D. Introducing quality assurance. **Kings Fund.Project paper**, n.64, Londres. 1986.

SILVA, B. A. **Fatores da Satisfação, fidelidade e recomendação em serviço de saúde**: estudo em setor ambulatorial de hospital. 2007.106f. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SILVA JUNIOR, J. F.; ARAÚJO, S. P.; NAVA, A.V. Serviço prestado em uma clínica escola: fatores influentes na satisfação dos pacientes. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 7, n. 1, p. 129-134, jan./abr. 2014.

SILVA JÚNIOR, E. S. S.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; FONSECA, A. C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, (Supl. 1), S49-S60 nov., 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010**. Disponível em: <http://www.sbh.org.br.php>. Acesso em: Abril 2010.

SOUSA, A.S. J. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade do cuidado em um centro de referência do nordeste brasileiro**. 2013. 107f. Dissertação (Mestrado - Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde Fortaleza, 2013).

TANAKA, O. Y; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface – Comunicação em Saúde*. **Educação**. agosto, 2000.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 5, p.929-935, 2007.

TORRES, A. R.; OLIVEIRA, G. M.; YAMAMOTO, F. M. LIMA, M. C. P. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. **Comunicação Saúde Educação**. v.12, n.27, p.713-20, out./dez. 2008.

TRAVASSOS C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v.20, (supl) 2, p. 190-198, 2004.

UCHIMIRA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: **Vozes**, 2004. p. 75–98.

VIACAVA, F., ALMEIDA, C. CAETANO, R., FAUSTO, M., MACINKO, J., MARTINS, M., NORONHA, J. C., NOVAES, H. M. D., OLIVEIRA, E. S., PORTO, S. M., SILVA, L. M. V., SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p.711-724, 2004.

VUORI, H. Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? **Quality Review Bulletin**.n.13, p.106-108, 1987.

YIANNAKOPOULOU, E. C. H; PAPADOPULOS, J. S; COKKINOS, D. V; MOUNTOKALAKIS, T. D. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. **Europe Journal Cardiovascular Prevention Rehabilitation**. v. 12, n. 3, p. 243-249, 2005.

WHO - World Health Organization. **Expert Committee on Arterial Hypertension, Geneva, 1978**.Report. Geneva, 1978. (Technical Report Series, 628).

WHO - World Health Organization.**The World Health Report – Health Systems: Improving Performance**, 2000.Disponível em:<http://www.who.int/whr/en>. Acesso: agosto de 2010.

WHO - World Health Organization. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. Geneva: cap. 1, p.3, 2003.

WHO - World Health Organization..**2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneve, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> Acesso em: Março de 2014.

WHO– World Health Organization.**Global status report on noncommunicable diseases 2010** [Internet]. Geneva: World Health Organization; p. 176, 2011. Acesso em: Abril de 2015.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**. n.38, v.4, p.509-16,1994.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC**, v. 55, n.1, p. 66–73, 2010.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Página 1 de 2



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Parecer nº 402/2011

Protocolo CEP-UFJF: 173-420-2011 **FR:** 483062 **CAAE:** 2302.0.000.420-11

Projeto de Pesquisa: Avaliação da satisfação com o atendimento ambulatorial em uma liga de

Página 2 de 2

Tamanho da amostra: Serão entrevistados um total de 80 pacientes.

Relação risco x benefícios: A pesquisa não envolve danos aos pacientes participantes. Será beneficiado por estar submetendo-se a uma pesquisa onde será avaliada a satisfação do usuário como indicador da qualidade do serviço de saúde, bem como contribuir para a evolução da ciência.

Previsão de ressarcimento: Adequado ao estudo.

Orçamento: Adequado ao estudo.

Fonte de financiamento: As despesas administrativas e os gastos indiretos para a realização desta pesquisa serão cobertos pelos pesquisadores envolvidos. O coordenador do projeto bem como os demais pesquisadores não receberão vantagens financeiras através do mesmo.

Cronograma: Adequado ao estudo.

Revisão e referências: Adequado ao estudo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com o pesquisador e demais membros da equipe.

Pesquisador: titulação e apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

O CEP solicita ao pesquisador que atenda a Carta Circular nº 003/2011 CONEP/CNS datada de 21 de março de 2011, que torna obrigatória a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador em todos os TCLEs com data posterior a 01 de abril de 2011.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 19 de dezembro de 2011.

Gisele Aparecida Fófano
COORDENADORA DO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA
HU / UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2011
ASS: _____

ANEXO II – Roteiro para Entrevista na Integra

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Endereço: _____ F/MA _____ NSF _____

Data: _____

Início: _____ Fim: _____

Entrevista nº: _____

IDENTIFICAÇÃO:

1. Micro área: 1() 2() 3() 4() 5()

2. Tempo de residência na área: _____

3. Nº de pessoas na família: _____

4. Sexo: F() M()

5. Idade: _____

6. Estado Civil:

() solteiro () viúvo () casado () divorciado () amasiado

7. Escolaridade:

() não alfabetizado () fundam. Incomp. () fundam. completo () médio incomp.

() médio comp. () superior incomp. () superior completo () PG incomp.

() PG completa

8. Atualmente você está trabalhando?

() Não (do lar?) () desempregado () aposentado () afastado

Outro motivo: _____

() Sim → Ocupação: _____

9. Renda familiar

() nenhuma () R\$700,00 à R\$1.049,00 () R\$1750,00 à R\$3499,00 () menos

de R\$350,00 () R\$1050,00 à R\$1399,00 () mais de R\$3500,00 () R\$350,00 à

R\$699,00 () R\$1400,00 à R\$1749,00

10. Reside em:

() casa própria () cedida () alugada () invadida

11. Possui plano de saúde / convênio:

() Sim Qual? _____

Nº de pessoas cobertas: _____

Com que frequência utiliza? () semanalmente () quinzenalmente

() mensalmente () anualmente () outros. Especifique _____

() Não

12. Utiliza serviços públicos de saúde do Município: () Sim Qual (is):

_____ () Não

13. O que leva você a procurar um serviço de saúde?

14. Teve ao menos uma experiência de atendimento administrativo ou de saúde na unidade de Saúde da Família, em no máximo, seis meses antes da realização da entrevista na pesquisa?

Sim

Quando? _____ Qual? _____

Não

15. Com que frequência utiliza o NSF?

semanalmente mensalmente outro (especificar) : _____

quinzenalmente anualmente

16. O que mais utiliza no Núcleo de Saúde da Família:

consulta médica agendada consulta médica eventual/ urgência consulta de enfermagem grupos educativos ou de convivência procedimentos em geral (controle de PA, glicosimetria, curativo, medicações etc.)

INFRA – ESTRUTURA

Como você classificaria:

A aparência física da USF? Percepção visual (como você enxerga o núcleo), sonora (se tem muitos ruídos, som agradável), percepção olfativa, a limpeza, o conforto, se é um ambiente agradável, luminosidade.

excelente bom regular ruim péssimo não sei

A qualidade e quantidade dos equipamentos? (funcionamento e quantidade. Ex: aparelhos de medir pressão, balança, medir glicemia, aparelhos para ouvir os batimentos do coraçãozinho do bebê durante o pré-natal... etc.)

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Disponibilidade de medicações? (Se tem a possibilidade de acesso a medicações, pegar remédios no núcleo.

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Disponibilidade para coleta de exames? (Se tem a possibilidade de colher os exames no núcleo – exames de sangue, hemograma, colesterol, papanicolau, etc...)

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Disponibilidade para procedimentos? (Se tem a possibilidade de fazer os procedimentos no núcleo – aplicação de medicações, vacina, curativo)

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Como você percebe a infra-estrutura disponível no Núcleo? Você poderia descrever?

O que importa saber	o estado de conservação da USF em relação à limpeza, pintura, mobília conforto, organização, espaço físico (tamanho e disposição das salas), trânsito interno, presença de rampas e escadas, acesso a deficientes físicos, cadeiras de rodas, carrinhos de bebês, equipamentos.
	Privacidade no atendimento (local que possibilite maior privacidade para o atendimento: na recepção, para orientações gerais, para consulta médica).

	Disponibilidade de ações: procedimentos em geral (vacina, administração de medicações, dispensação de medicamentos, coleta de exames) espaços físicos adequados para atendimentos.
--	--

Acessibilidade

Como você classificaria

Acesso a consulta agendada? Você consegue ter acesso as consultas agendadas?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Acesso a consulta eventual? Você consegue ter acesso as consultas de urgência, aquela que você quer ser atendido no mesmo dia, pois está se sentindo mal?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Sobre o tempo que você aguarda para ser atendido (sala de espera) para consulta agendada? Em média quanto tempo você espera?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Tempo que você aguarda para ser atendido na sala de espera para consulta eventual/ de urgência?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Tempo gasto na consulta médica/enfermagem? (dentro do consultório)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Acesso a exames complementares? (Você consegue ou tem a possibilidades para fazer outros exames que são realizados fora do núcleo, como mamografia, RX, eletro, etc..).

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Acesso a encaminhamentos para consulta especializada? (Ex. consultas com cardiologistas, neurologistas, ortopedistas...)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

O que você acha do horário de funcionamento da USF? Qual o horário de funcionamento? (Das 8 às 17hs de segunda à sexta-feira)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

A distância da USF à sua casa? Em relação a tempo de deslocamento, meio de transporte?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Como você percebe a acessibilidade dos serviços oferecidos no Núcleo? Você poderia descrever?

O que importa saber:	Barreira Geográfica local instalado, distância e tempo da USF à sua moradia, meio de transporte utilizado, presença de barreiras geográficas (ladeiras, rios, morros, estradas, etc), impossibilidade de usar outro serviço (“única opção”).
-----------------------------	--

	<p>Barreira Organizacional: o horário de funcionamento, tempo de espera para agendar consulta (especificar quanto tempo), tempo de espera para atendimento eventual (especificar quanto tempo), tempo despendido na sala de espera para consulta agendada e para eventual (especificar quanto tempo), qual o tempo limite de espera para que não te irrite (especificar quanto tempo), tempo de espera para conseguir encaminhamento e agendamento de exames laboratoriais (especificar o tempo), tempo de espera para realização de procedimentos, possibilidade e o tempo de espera para referência e contra-referência (especificar quanto tempo).</p> <hr/> <p>Barreira Sócio Cultural: dificuldade de comunicação com o médico, enfermeiro, ACS, ou outro profissional, sente vergonha de expor seus problemas, desvalorização de crenças, falta de credibilidade nos serviços de saúde.</p>
--	---

RELAÇÃO USUÁRIO – EQUIPE DE SAÚDE

Como você classificaria:

A competência / qualidade técnica da equipe de saúde? Você acha que todos profissionais da Liga tem capacidade técnica, competência e habilidades para trabalhar nesse serviço? Sente confiança no que eles dizem para você?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Atendimento por parte da recepção? Quem faz parte?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Atendimento por parte da equipe de enfermagem? Quem são?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Atendimento médico? Quem é?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

O trabalho exercido pelos ACS?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Explicações oferecidas pelos profissionais de da USF quanto às medicações, doença, tratamento, encaminhamentos, exames? (Relacionar com clareza nas explicações, liberdade para fazer perguntas, tempo disponível para explicar).

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Como você percebe o relacionamento existente entre equipe de saúde e você usuário?

O que importa saber :	Relacionamento interpessoal como: cordialidade, gentileza, - “bom dia...”, atenção, preocupação, “como suas queixas foram ouvidas?”, demonstração de interesse e responsabilidade pelas queixas, respeito, vínculo “conhece você pelo nome? Como você é tratado pela equipe?”, amizade, confiança, “carinho”, liberdade para conversar sobre assuntos íntimos.
------------------------------	--

RESOLUTIVIDADE

Quando você procura o Núcleo e é atendido você consegue ter seu problema resolvido? Explica pra mim?

Você indicaria a USF para algum parente, amigo seu? Por quê?

SUGESTÕES

Quais as sugestões para melhorar o atendimento e quais outros serviços poderiam ser oferecidos na USF?

Espaço para observações e queixas que o respondente queira deixar registrado. (exemplo, algum problema que teve com o serviço).

Campo para observações feitas durante a entrevista pelo entrevistador.
(Se o respondente sentiu a vontade, inibido, constrangido, valorizado, etc.).

APÊNDICE

APÊNDICE I - Roteiro para Entrevista Adaptado

Roteiro para Entrevista

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Endereço: _____

Data: _____

Início: _____ Fim: _____

Entrevista nº: _____

IDENTIFICAÇÃO:

1. Nº de pessoas na família: _____

2. Sexo: F() M ()

3. Idade: _____

4. Estado Civil:

() solteiro () viúvo () casado () divorciado () união estável (amasiado)

5. Escolaridade:

() alfabetizado funcional () fundam. incomp. () fundam. completo () médio incomp. () médio comp. () superior incomp. () superior completo () PG incomp.

() PG completa

6. Atualmente você está trabalhando?

() Não (do lar?) () desempregado () aposentado () afastado

() outro motivo: _____

() Sim

7. Renda Familiar

() nenhuma () menos de R\$350,00 () R\$700,00 à R\$1.049,00

() R\$1750,00 à R\$3499,00 () R\$1050,00 à R\$1399,00

() mais de R\$3500,00 () R\$350,00 à R\$699,00 () R\$1400,00 à R\$1749,00

8. Reside em:

() casa própria () cedida () alugada () invadida

9. Possui plano de saúde / convênio:

() Sim

() Não

10. Utiliza os serviços públicos de saúde do Município: () Sim

() Não

11. O que leva você a procurar um serviço de saúde?

12. Com que frequência utiliza a Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFJF?

() semanalmente () quinzenalmente () mensalmente () bimestralmente

() trimestralmente () anualmente

INFRA-ESTRUTURA

Como você classificaria:

A aparência física do ambulatório da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFJF? Percepção visual (como você enxerga o núcleo), sonora (se tem muitos ruídos, som agradável), percepção olfativa, a limpeza, o conforto, se é um ambiente agradável, luminosidade.

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

A qualidade e quantidade dos equipamentos? (funcionamento e quantidade. Ex: aparelhos de medir pressão, balança, Aparelho de Eletrocardiograma etc...)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Como você classificaria infra-estrutura disponível na Liga?

O que importa saber:	O estado de conservação do ambulatório em relação à limpeza, pintura, mobília, conforto, organização, espaço físico (tamanho e disposição das salas), trânsito interno, presença de rampas e escadas, acesso a deficientes físicos, cadeiras de rodas, equipamentos.
	Privacidade no atendimento (local que possibilite maior privacidade para o atendimento: na recepção, para orientações gerais, para consultas).

ACESSIBILIDADE

Como você classificaria:

Acesso a consulta agendada? Você consegue ter acesso as consultas agendadas?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Sobre o tempo que você aguarda para ser atendido para consulta agendada? Em média quanto tempo você espera?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Tempo gasto nas consultas? (dentro do consultório)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Acesso a encaminhamentos para consulta especializada? (Ex. consultas com ginecologistas, oftalmologistas, ortopedistas...)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

O que você acha do horário de funcionamento da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFJF? (Das 8 às 11 hs às sextas-feiras).

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

A distância do Ambulatório à sua casa? Em relação a tempo de deslocamento e meio de transporte?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () não sei

Como você percebe a acessibilidade dos serviços oferecidos na Liga? Você poderia descrever?

O que importa saber:	Barreira Geográfica local instalado, distância e tempo do ambulatório à sua moradia, meio de transporte utilizado, presença de barreiras geográficas (ladeiras, rios, morros, estradas, etc), impossibilidade de usar outro serviço
-----------------------------	---

	(“única opção”).
	Barreira Organizacional: o horário de funcionamento, tempo de espera para agendar a consulta (especificar o tempo), tempo dispendido para a consulta agendada (especificar o tempo), qual o tempo limite de espera para que não te irrite (especificar quanto tempo).
	Barreira Sócio Cultural: dificuldade de comunicação com os profissionais, sente vergonha de expor seus problemas, desvalorização de crenças, falta de credibilidade nos serviços de saúde.

RELAÇÃO USUÁRIO – EQUIPE DE SAÚDE

Como você classificaria:

A competência/qualidade técnica da equipe de saúde? Você acha que todos profissionais da Liga tem capacidade técnica, competência e habilidades para trabalhar nesse serviço? Sente confiança no que eles dizem para você?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Atendimento por parte da recepção?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Atendimento por parte da equipe de saúde? Quem são?

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Explicações oferecidas pelos profissionais da Liga, quanto às medicações, doença, tratamento, encaminhamentos, exames? (Relacionar com clareza nas explicações, liberdade para fazer perguntas, tempo disponível para explicar).

excelente bom regular ruim péssimo não sei

Como você percebe o relacionamento existente entre equipe de saúde e você usuário?

O que importa saber :	Relacionamento interpessoal como: cordialidade, gentileza, - “bom dia...”, atenção, preocupação, “como suas queixas foram ouvidas?”, demonstração de interesse e responsabilidade pelas queixas, respeito, vínculo “conhece você pelo nome?; como você é tratado pela equipe?”, amizade, confiança, “carinho”, liberdade para conversar sobre assuntos íntimos.
------------------------------	---

RESOLUTIVIDADE

Quando o Sr. (a) é atendido na Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFJF recebe as orientações e ou encaminhamentos que auxiliam-no resolver seu problema? Explique com suas palavras?

Você indicaria a Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFJF para algum parente, amigo seu? Por que?

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia/ Universidade Federal de Juiz de Fora

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ELIANA AMARO DE CARVALHO CALDEIRA

ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER 1300 BAIRRO SÃO PEDRO JUIZ DE FORA - MG

CEP:36036330 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 37282252; (32) 84411155

E-MAIL: elianaamaro23@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa sobre a Avaliação da satisfação com o atendimento ambulatorial em uma Liga de Hipertensão na perspectiva da aceitabilidade do usuário. Neste estudo pretendemos investigar quais as variáveis influenciam a satisfação do paciente com atendimento realizado, no ambulatório de Hipertensão do Instituto IMEPEN-UFJF. O motivo que nos leva à realização deste estudo é a de possibilitar a utilização dos dados da pesquisa por serviços de atenção a saúde e pelo próprio instituto, auxiliando a realização de um planejamento de saúde de melhor qualidade e maior efetividade.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: preenchimento do questionário realizado em duas etapas uma escrita e uma gravada para avaliação da satisfação dos usuários criado por Gaioso, (2007), devidamente validados; (anexo A Íntegra), (anexo B modificado), seguindo as normas estabelecidas. Ao responder o questionário o (a) Sr. (a) receberá um número de identificação, para que possa ser comunicado, garantindo seu anonimato. Os procedimentos descritos para a pesquisa poderão causar algum desconforto durante a aplicação devido ao tempo gasto de aproximadamente 15 a 20 minutos para responder o questionário. Algumas perguntas poderão, também, causar algum constrangimento ao Sr. (a) que terá livre arbítrio para não respondê-las. A pesquisa não envolve danos aos pacientes participantes.

O Sr (a) será beneficiado por estar submetendo-se a uma pesquisa onde será avaliada a satisfação do usuário como indicador da qualidade do serviço de saúde, bem como contribuir para a evolução da ciência.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr (a) será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma como é atendido ambulatório da Liga de Hipertensão do Serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina do HU/CAS da (UFJF) e pela pesquisadora.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo sobre avaliação da satisfação com o atendimento ambulatorial em uma Liga de Hipertensão na perspectiva da aceitabilidade do usuário, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Hospital Universitário
Rua Catulo Brevigueri, s/n
Bairro Santa Catarina
CEP. 36036-110
Fone: (32) 4009-5205

APÊNDICE III – ARTIGO

User satisfaction with interdisciplinary health care provided by a hypertension league unit

BACKGROUND

The present study aimed to evaluate the satisfaction or dissatisfaction of users with a Hypertension League clinic. User satisfaction is a dimension of quality and a component of social acceptability. Satisfaction is related to user expectations with the assistance provided and reveals the level of population acceptance of a health service.

RESULTS

The study was conducted at the Hypertension League clinic of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora. Eighty users answered a semi-structured interview with quantitative and qualitative approach. Their satisfaction was analyzed, considering the dimensions infrastructure, accessibility, relationship between users and health workers and resoluteness. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics, while the qualitative data were analyzed using the content analysis technique. Most interviewed users were female, with low education level and 81% were users of the Brazilian public health system.

CONCLUSION

High levels of overall satisfaction were obtained, directly related to the humanized care, ambience. However, the analysis of the speeches of users reveals some dissatisfaction with too much time in waiting room, opening hours and geographical accessibility. The dimension resoluteness was analyzed only through the qualitative approach and high level of user satisfaction was found.

KEYWORDS

Satisfaction, Acceptability, Care Quality.

BACKGROUND

The quality of health services is fundamental for health care service planning, management and assessment [1,2]. User satisfaction is an important aspect of the quality of health services. Satisfaction surveys take into account the subjective perception of users regarding health service, while the dimension quality of care is directly related to user expectations towards their health condition and the care offered by [3] health services [3].

With regard to assistance, it is possible to perceive user satisfaction with the quality of the care provided, based on seven pillars: efficacy, effectiveness, efficiency, optimization, legitimacy, equity and acceptability [4]. Thus, unlike previous studies, quality becomes a goal and not just a means to make people adhere to treatment [5].

In the quality assessment process, user satisfaction is a component of social acceptability, which expresses the acceptance of a health service by [4,6] population. Acceptability can also be defined as a set of factors in the relationship between health workers and users, and between users and health system. It is nowadays perceived as the guarantee of several factors: ease of access, the relation between physicians and users (including health workers-user), environment, structure, patients' priorities regarding treatment effects and costs and everything users consider fair and equitable. [7].

Therefore, there is an increasing interest in knowledge concerning the expectations and acceptability of the population of the services provided by health care units to chronic health conditions, including High Blood Pressure (HBP). Hypertension is a modifiable risk factor associated with life-threatening events, such as cerebrovascular accident (CVA), coronary artery disease (CAD), congestive heart failure (CHF), ischemic heart disease (IHD), hypertensive retinopathy and chronic kidney disease (CKD) [8]. In 2001, 7.6 million deaths worldwide were attributed to hypertension [9]. According to official data from the Ministry of Health of Brazil (DATASUS), in 2013, 843,301 people were hospitalized due to diseases related to hypertension in Brazil [10].

It is evident, therefore, the impact of hypertension morbidity and mortality on both users and the health system. The most worrying fact is that, many times, hypertension is

asymptomatic, which requires disciplined changes in eating habits, the abandonment of the use of tobacco and alcohol and regular physical activity, besides adherence to treatment with medicine[11].

In this context, it is worth highlighting the importance of Hypertension Leagues for bringing awareness to users about hypertension and its consequences. Hypertension Leagues act as health promotion agents by taking part in charitable and educational activities of community programs and informative campaigns, thereby increasing adherence to treatment [12-14].

This study aimed to evaluate the satisfaction or dissatisfaction of users with services provided by a Hypertension League.

METHODS

This is an exploratory-descriptive study with quantitative and qualitative approach for the assessment of user acceptability of the care received in a Hypertension League clinic. The study was conducted at the Hypertension League clinic of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora, The team is composed of professors and students in the fields of Nursing, Medicine, Nutrition, Psychology and Social Work. In addition to individualized clinical assistance, educational activities are conducted, to provide information about the disease, treatment and changes in lifestyle. Besides, the League participates in hypertension prevention campaigns in the community.

Data collection was performed between February and July 2011. Eighty hypertensive users aged 18 years or over, of both genders, ethnicity and social class, eligible for the study were interviewed and signed up a free informed consent. The project was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of the Federal University de Juiz de Fora (Decision No. 402/2011 CAAE 2302).

A semi-structured interview adapted from the study conducted by Gaioso [7] was used as research tool. The interview covered issues related to the demographic and socioeconomic characteristics of the users and to their satisfaction with the health care service provided, considering user acceptability of the Hypertension League health service. The study of Gaioso

[7] was based on Donabedian [4], who defines acceptability as the adaptation of the assistance provided to the wishes, expectations and values of users and their families. In this study, acceptability was seen as a synonym of the users perceived satisfaction.

The following dimensions were used in order to better explain the concept of acceptability: *Infrastructure*, by using the indicators of physical aspect of the clinic, quality and quantity of equipment; *Accessibility*, split into *Geographical Accessibility*, which assessed the distance from the clinic to the residence of users, and *Organizational accessibility*, which assesses the indicators *time of waiting* for appointment, *clinic operation hours*, *access to the scheduled appointment*, *time spent in appointment* and *access to authorization for an appointment with specialists*. The dimension *relationship between users and health service and workers* dealt with the indicators competence of the health care team, assistance provided by the health team, explanations offered by professionals and reception service. These dimensions were evaluated through rating scales ranging from excellent to poor, including the option “I do not know”.

The research tool contained an open-ended question on each analytical dimension, thus allowing participants to freely express their opinion on the subject. The dimension *resolution capacity* was addressed only at that moment of the interview. The open-ended question was made after finishing each step of the multiple-choice questions related to the analytical dimensions proposed. The answers of the participants to the open-ended questions were recorded to ensure the reliability of the data for analysis.

For quantitative analysis, the data were processed by the Excel software system migrated to the SAEG 9.1 program (Statistical Analysis System) [15]. Descriptive statistics analysis was performed through relative, absolute, and multi-frequency analysis. The qualitative data resulting from the user narratives were assessed through the content analysis technique proposed by Bardin [16].

RESULTS

Sociodemographic characteristics

Most participants were house owners female patients, aged 41 to 60 years, married or living in a stable union, with elementary education level and income up to two minimum wages (table 1).

Of all participants, 19% declared to have private health insurance, while most depended on the public health system (SUS). Demand for health services was related to complaints of pain, digestive disorders, tachycardia, dizziness and visual problems.

Seventy five percent of the respondents used the service on a quarterly basis (Table 1).

[INSERT TABLE]

Satisfaction Assessment

Quantitative analysis of user satisfaction or dissatisfaction with the analytical dimensions proposed.

Infrastructure

Ninety eight percent of the responders considered the physical appearance of the clinic from excellent to good. Similarly, 89% of users rated the quality and quantity of existing equipment from excellent to good.

Accessibility

Geographical accessibility was rated from regular to poor and 58% showed dissatisfaction with the location of the clinic.

As for the *organizational accessibility*, two indicators showed dissatisfaction of users, namely, the time of waiting for an appointment and the opening hours of the clinic. However, a high rate of satisfaction was found for access to the scheduled appointment as well as its length. With regard to referral to specialists, over half of the participants showed satisfaction with the prospective appointment with a specialist. However, 24% answered "do not know", since they had not have need of it.

Relationship between users and service and health workers

In the analysis of this dimension, the respondents showed satisfaction for all indicators. Users showed 100% acceptability of the service, with ratings from excellent to good (Table 2).

[INSERT TABLE 2]

Qualitative analysis of the discourses:

Hypertension League Infrastructure

The level of satisfaction with the infrastructure was high for close-ended questions. However, the analysis of the speeches regarding the ambience showed that some users reported difficulty in locating the lift because it is not easily seen. There was also a request for more entertainment magazines in the waiting room, as observed in the following reports:

"I don't know, but I think it has a lift."

"I just wish there were other magazines."

"The atmosphere is nice and friendly, everything is very clean."

The narratives showed a slight divergence between the quantitative and qualitative data, with regard to the level of user satisfaction. However, it was still possible to see a good user acceptance of the ambience of the clinic.

Access and accessibility to the clinic

The following registration units were included: geographical accessibility, which is characterized by the distance from the clinic to the user's residence and organizational accessibility, understood as the average waiting time and opening hours of the Hypertension League.

There was a consensus in the evaluation of the nucleus geographical accessibility. More than half of the participants reported that the League is far, which makes accessibility difficult. However, despite the difficulty of accessibility, users struggle to attend appointments because of the health care service quality.

“I think it is far ... the bus schedule does not help either... regarding the treatment, I find it very good. I've thought about giving up ... but doctors examine us very well.”

“I think distance is bad. If I come by car, it takes one hour, but by bus, I spend two hours. It is the only treatment alternative, because I am well treated here and have more freedom.”

As for the nucleus time of waiting, the participants gave very similar responses in the evaluation, excellent and good and from regular to poor (Table 2). However, in the qualitative analysis of the statements, it is very clear the dissatisfaction of users with the time of waiting for appointments.

“Some days the time of waiting is too long, today, for example, I've been here for hours.”

“Half an hour ... it would be great.”

“For me, it would be great to wait for the appointment for up to thirty minutes.”

As for the day and hours of operation, it was possible to assess, through the analysis of the discourses, that users would like that more days and hours of operation were offered.

“I think there should be afternoon hours.”

“It is restricted to only one day a week.”

Humanized Health Care

The following recording units were identified - the competence of the health workers, reception service, health worker assistance and the explanations given by professionals.

Almost all users rated the competence and the technical quality of the health care team from excellent to good, and all of them recommended the service to a relative or friend.

“Of course I would recommend it, because I am recommending a safe service to my relative or friend... I know he will be well looked after”

“Certainly, I recommend it... I'm talking about the care and attention that the staff have with people and with the health problem ... they show more affection ... better guidance ... in fact the service is free but it's like private health care and it is the only one I've been to.”

Respondents were positive about the behavior of professionals, from the service at the front desk to the appointment with health care professionals in regards to reception, communication and assistance. It is possible to identify a good level of acceptability of users in relation to the service, as observed in the reports of patients:

“They communicate with us, treat us well, even the students, doctors, they all treat us very well.”

“Very cool, I feel better this time that I'm here ... They greet me...I've been here for a little time but I see that each one who passes sees me here ... they greet me ... remember me and that's fine ... in such a place we feel pleased to see people remembering you as if you were important.”

“Yes, they help me and give me advise for my problems.”

It is clear, therefore, that the narratives point to their reliability in the service and credibility in the health care team of the Hypertension League.

The resolution capacity of the service

Regarding the resolution capacity of the service provided by the Hypertension League clinic, it was confirmed through the narratives that the service provided guides and gives explanations that help users to solve their problems and send them to specialists, when necessary.

Although the service is specific for hypertension treatment, users report that whenever it is necessary they are referred to specialists. However some complained about difficulties to make such appointments at the basic units.

“They explain how to make the exam, how to collect, where we will take it... they explain how to take the medicine.”

“Yes ... they recommended me to see a psychiatrist, a psychologist.”

“Formerly it was better ... we would take the request form and would go straight to the University Hospital. Not today, we have to take the request form to the health unit ... for example, I have been waiting for an appointment with an orthopedist and up today they did not call me.”

DISCUSSION

This study evaluated the level of satisfaction of hypertensive users treated at the Hypertension League. Among the dimensions assessed, infrastructure and the relationship between users and health workers obtained ratings from excellent to good in the analyses of the narratives of users. Likewise, the resolution capacity of the service achieved a good level of satisfaction. On the other hand, satisfaction with the geographical and organizational accessibility in the nuclei time of waiting for appointment and clinic opening hours, was rated from regular to poor.

The satisfaction observed with the service infrastructure was mainly due to cleaning, comfortable rooms, and availability of a lift, the quantity and quality of the existing equipment. These data are similar to those found in a study on satisfaction conducted with users of the Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Family Health Strategy) unit, in which more than half of the sample proved to be satisfied with the physical appearance of the clinic and the quality and quantity of the existing equipment [17]. A relevant aspect was also found other studies, which state that “when users of the public health care service find an adequate and well equipped structure, they tend to feel more satisfied” [18,19,20]. However, this is not the scenario usually found in public service units for hypertensive assistance, as stressed by some Brazilian studies on the existence of dissatisfaction among users with the infrastructure of health units [21-23].

The good relationship between users and the health service team, observed in this study, seems to have resulted from some specific factors that users regard as important to their satisfaction, mainly warm reception, freedom, security and competence of staff. Concerning the competence of the team, it is important to note that, for users, medical competence refers predominantly to the affective way in which information is transmitted, rather than the technical

skill itself [24]. The results of this study corroborate the data found in a study on hypertensive patients, where most respondents considered positively the service provided by professionals. According to the author, for users, being well-treated is more important than the technical quality of health care [25]. This study also confirms the results found in a survey conducted in an outpatient clinic of a university hospital, where it was assessed the perception of mothers of children treated by students under supervision. According to the users, warm reception and attention were among the most important aspects [26].

Another factor involved in the good relationship between users and the health care team was the longitudinal care provided, since appointments are previously scheduled with the multidisciplinary team. This longitudinally occurs when there is "a long-term personal relationship between health professionals and patients in health facilities", which leads to better prevention and greater satisfaction [27]. In this study, most users have been cared for by the health care team for a long time, which allowed the development of an affective bond and a sense of trust in the service provided.

In this context, it must be considered the possibility of the *gratitude bias*, ie, the feeling of gratitude from users for the free service, lack of access to another service and the bond established with professionals [5,28,29].

The high degree of satisfaction observed in the evaluated sample was widely explained by the resolution capacity dimension. In the literature, the resolution capacity within the service itself refers to its ability to meet its demand and to send cases to specialized care, when necessary [30]. In this study, resolution capacity was associated with the work carried out within the Hypertension League, which is the control of blood pressure in an attempt to prevent morbidity and mortality from cardiovascular and renal complications. In the sample assessed, the population declared to be particularly satisfied with this aspect because they were treated holistically and, when necessary, sent to the assistance available in the network. The data from this study are consistent with those obtained from the study on the resolution capacity of assistance and user satisfaction, in which most of the sample assessed reported that the health unit sent users to specialists when it was not fully successful in solving the problem [29].

The present study has some aspects that require attention, such as dissatisfaction with the geographical and organizational accessibility of the clinic. Regarding the first problem, users needed to travel a long distance from their home to the health care unit. In this study, although many users considered it far and could not go there on foot, all those who did not have a car could go by bus. The only barrier described was related to a street close to the clinic, which was very busy.

In contrast, the authors of the research on the geographical accessibility to primary health care observed that users had to spend around thirty to forty minutes on foot to arrive at the clinic, with barriers such as slopes, stairs and sewer ditches [30].

In the present study, the dimension organizational accessibility showed that half of the users interviewed considered the waiting time for appointment as a barrier. However, this variable did not affect the final user satisfaction with the service. Paradoxically, in our attendance model, characterized by the presence of students and medical residents advised by professors and other professionals, the waiting time will be necessarily longer, a situation to which users were not used [33]. However, the ease to schedule an appointment, the treatment provided by professionals and the satisfactory attention received in the appointment exceeded user expectations, disregarding the waiting time, as highlighted through the narratives.

Similarly, in a study on outpatient clinic satisfaction, also in a low-income population, 80% of users said that the time of waiting was around thirty minutes to one hour. Out of these, 77% declared to consider this time excessive. When we compared these results with those related to the ease of obtaining the appointment and the quality of care, 90% reported being treated well. The authors also stated that the fact that they are well treated was more important than the waiting time, that is, the waiting time did not negatively affect their final satisfaction [18].

It is observed that the geographical and organizational accessibility, factors that generate dissatisfaction in this study, are not subject to changes due to the structure in which the clinic operates. However, these weaknesses negatively evaluated by users did not affect the final satisfaction, which was a highly positive evaluation of the clinic.

Another key feature found in the studies on satisfaction was also confirmed in this study, which refers to the sociodemographic characteristics of the participants in the study. The population interviewed has a low education level and more than half of the users had only the elementary studies. This may be directly related to the low income of participants. Poorer populations generally tend to have lower education level [34,35].

In Brazil, studies on satisfaction have shown the effect of education level in service assessment. Users with lower education levels tend to emit less value judgment regarding the health services they are offered, so they are more satisfied. However, this study did not perform a correlation between education and satisfaction [34-36].

In the present study we have to acknowledge some limitations such as the sample size, which did not allow for a significant quantitative assessment; the fact that the research was conducted with users who use the service for a long time; and the interviews on the health care unit, which may have generated the bias gratitude from these users towards the health team.

CONCLUSION

In the present study, we identified a clear satisfaction with the dimension relationship between users and the health care team. However, despite these high rates of satisfaction, some poor aspects were also identified by users, such as organizational and geographical accessibilities. Nevertheless, it was observed that users made efforts to attend their appointments because of the specialized care provided. The dimension resolution capacity of the service was considered very positive by users.

The study showed that, despite the weaknesses pointed out by users, they consider that the humanized environment and the fill of their expectations outweigh those weaknesses.

Competing interest

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' information

ElianaAmaro de CarvalhoCaldeira is a student in the Master's degree program of the College of Medicine, at the Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brazil. RogérioBaumgratz de Paula, Associate Professor of Medicine Department of the Federal University of Juiz de Fora, MG, Brazil.Darcília Maria Nagen da Costa, guest teacher of the Faculty of Medicine of the Federal University of Juiz de Fora, MG, Brazil.

Acknowledgements

We thank the anonymous reviewers for their constructive and helpful comments.

Funding Agencies

This study was supported by the Higher Education Personnel Training Coordination, Brazil.

REFERENCES

1. Polizer R, Innocenzo M D. The costumer's satisfaction in the nursing assistance avaluation.Rev Bras Enferm. 2006; 59(4): 548-51
2. Ministry of Health (BR). In: National Humanization Policy. 2^a ed. Brasília (DF): Ministry of Health. 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf .Accessed January 22, 2015.
3. Coimbra V C C, Kantorski L P, Oliveira M M, Pereira D B, Nunes C K, Eslabão A D. Satisfaction Assessment with the care of mental health in the Family Health Strategy. Brasil, Rev Esc Enferm USP. 2011, 45(5):1150-6.
4. Donabedian A. The Seven Pillars of quality.Arch Pathol Lab Med. 1990; 114 (11): 1115-8.
- 5.Vaitsman J A, Borges G R. Satisfaction and responsiveness: ways to measure the quality and the humanization of health care, Brazil.Ciêncsaúdecoletiva. 2005; 10(3): 599-13.
6. Esperidião MA, Trad LAB. User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. *Cad.SaudePublica*. 2006, 22(6):1267-76.
7. Gaioso V P, Mishima S M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario, Brazil. *Textocotexto - enferm*. 2007, 16(4):617-25.

8. Brazilian Society of Hypertension. Brazilian Society of Cardiology. Brazilian Society of Nephrology VI Brazilian Guidelines on Hypertension. São Paulo: Brazilian Society of Hypertension, Brazilian Society of Cardiology, Brazilian Society of Nephrology; 2010. <http://www.sbh.org.br.php>. Accessed January 22, 2015.
9. Williams B. The year in hypertension. *JACC*, 2010, 55(1): 66–3.
10. Ministry of Health (BR). DATASUS. Health care information - Hospitalizations; 2013. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def> .Accessed January 22, 2015.
11. Moura A A, Nogueira M S. Nursing and health education hypertensive pacientes: a literature review. *J Manag Prim Health Care*. 2013; 4(1):36-1.
12. Torres A R, Oliveira G M, Yamamoto, F M, Lima M C P. Academic Leagues and medical education: contributions and challenges. *Com Saúde Educ*. 2008; 12(27):713-20.
13. Azevedo R P, Dini P S. Guide to Building Academic Leagues [Internet]. Scientific advice of the National Executive Board of Medical Students. 2006. <http://www.daab.org.br/texto.asp?registro=157>. Accessed May 22, 2015.
14. MAFRA, S. Academic leagues. Directories academic. 2006; 2(7). <http://revista.cremepe.org.br/07/diretorios_academicos.php> .Accessed October 15, 2008.
15. SAEG. SAEG: System for statistical analysis, version 9.1. Brazil, Viçosa: UFV, 2007. <http://www.ufv.br/saeg/> . Accessed February 15, 2015.
16. Bardin L. Content Analysis. Lisboa, Ed.70, p.225 2009.
17. Silveira Y M S C, Ramires J C L, Silva T P. Family Health Strategy: culture and health in the construction of a new primary care model in the neighborhood Morrinhos in Montes Claros - Minas Gerais / Brazil. *Rev Geog América Central*. 2011; Special Issue.
18. Bastos G A N, Fasolo L R. Factors influencing the satisfaction of outpatients in a low-income population: A population-based study. *Rev bras epidemiol*. 2013; 16(1):114-24.
19. Bleich S N, Ozaltin E, Murray C J L. 'How does satisfaction with the health care system relate to patient experience?' *Bull World Health Organ*. 2009; 87:271-8.

20. Ministry of Health (BR). Physical structure Manual of basic health units: family health/Ministry of Health, the Secretary of Health, Department of Primary Care – 2a ed. – Brasília, p.52, 2008.
21. Villa T C S, Andrade, R L P, Arakawa T, Magnabosco G T, Beraldo A A, Monroe A A, Ponce M A Z, Brunello, M E F, Scatena, L M, Palha, P F, Netto A. User satisfaction with care services to tuberculosis in Ribeirão Preto, 2008. *Cad.Saúde Colet.* 2012; 20(2): 234-43.
24. Santiago R F, Mendes A C G, Miranda G M D, Duarte P O, Furtado B M A S M, Souza V V. Quality of care in the Family Health Units in the city of Recife: the users' perception. *Ciê&Saúde Col.* 2013; 18(1):35-4.
23. Moimaz S A S, Marques J A M, Saliba O, Garbin C A S, Zina L G, Nemre A S. Satisfaction and perception of SUS users on the public health service. *Physis.*2010; 20(4):1419-40.
24. Jung H. P, Horne FV, Wensing M, Hearshaw H, Grol, R: Which aspects of general practitioners' behavior determine patients' evaluation of care? *SocSci Med.* 1998; 47(8):1077-87.
25. Scochi, M J. Evaluating care to hypertensive patients in health services. *ActaScientiarum.* 2001; 23(3):739-44.
26. PERICO G V, GROSSEMAN S, ROBLES A C C, STOLL C. Mothers' perception of the care provided to their children by medical students of the seventh semester: Case study in the pediatric clinic of a university hospital. *Rev bras educ med.* 2006; 30(2):495.
27. Starfield, Barbara. Primary care: balancing health needs, services and technology / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministry of Health, p.726, 2002.
28. Traverso-Yépez M, Morais N A. Claiming the subjectivity of the users of basic health services: towards humanization of care. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(1):80-8.
29. Lima A C S, Cabral E D, Vasconcelos M M V B. Satisfaction assisted users in specialized dental clinics in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(5):991-02.
30. Turrini R N T, Lebrão M L, Cesar C L G: Resolving capacity of health services by household survey: users' perception. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(3):663-74.

31. Rosa R B, Pelegrini A H W, Lima M A D S. Resoluteness of care and satisfaction of users of the Family Health Strategy. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):345-51.
32. Silva Júnior, Souza E, Medina, M G, Aquino, R, Fonseca A C F, Vilasbôas A L Q. Geographical accessibility to primary health care in the health district of the city of Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant Brasileira.* 2010; 10(Supl. 1): 49-60
33. Hamamotofilho, P T; Villas-Bôas P J F, Corrêa, F G, Muñoz G O C, Zaba M, Venditti V C, Schellini S A, I Standardization of the opening of academic leagues: the experience of Botucatu Medical School. *Rev Bras Edu Méd.* 2010; 34(1):160-7.
34. Holanda E, Siqueira S A V, Andrade G R B, Molinaro, Vaitsman A J: Satisfaction and responsiveness in health care services of the Oswaldo Cruz Foundation. *Rev Ciên&Saúde Col.* 2012, 17(12):3343-52.
35. Brandão A L R B S, Giovanella L, Campos C E A. Assessment of primary care from the perspective of users: EUROPEP instrument Adaptation of large Brazilian cities. *Ciên&Saúde Col.* 2013; 18(1):103-14.
36. Gouveia G C, Souza W V, Luna C F, Souza-Júnior P R B, Szwarcwald C L. User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(3):281-96.
37. Pinheiro R S, Viacava F, Travassos C, Brito A S. Gender, morbidity, access and use health services in Brazil. *Ciência&Saúde Colet.* 2002; 7(4):687-07.
38. Burille A, Gerhardt T E. Chronic diseases, chronic problems: and disagreements with health services in therapeutic itineraries of rural men. *Saúde Soc.* 2014; 23(2),664-76.

TABLES

Table 1 - Sociodemographic characteristics (n = 80).

Variables analyzed	n (80)	%
Aged		
20 to 40 years	07	09
41 to 60 years	44	55
61 or over	29	36
Gender		
Female	58	72.5
Male	22	27.5
Marital Status		
Single/ Widow(er)/ Divorced	38	47.5
Married/Stableunion	42	52.5
EducationLevel		
ElementarySchool	51	64
High School/College	29	36
Professional Activity		
Work	20	25
Housewife/Unemployed	13	16
Retired/Under medical leave	47	59
Family Income		
None	01	01
350.00 to1,049.00	37	47
1,050.00 to 1,749.00	24	30
1,750.00 to 3,500.00 or over	18	22
Private Health Assistance		
No	65	81.2
Yes	15	18.7
Housing		
HouseOwner	67	83.7
Borrowedhouse	05	6.2
Rentedhouse	08	10
Reason for coming to health service		
Prevention	16	20
Disease	62	77.5
Quality	02	2.5
How often you visit the Hypertension League		
Monthly	07	09
Bimonthly	13	16
Quarterly	60	75

Table 2 - User satisfaction with the Hypertension League clinic (n = 80).

<i>Infrastructure</i>	
Physical Appearance of the Clinic	%
ExcellentandGood	78 98
Regular toPoor	02 02
I do notknow	00 00
Quality and Quantity of Equipment	
ExcellentandGood	71 89
Regular toPoor	09 11
I do notknow	00 00
GeographicalAccessibility	
Distance from the clinic to your dwelling	
ExcellentandGood	32 40
Regular toPoor	46 58
I do notknow	02 02
OrganizationalAccessibility	
Time of waiting for the appointment	
ExcellentandGood	40 50
Regular toPoor	40 50
I do notknow	00 00
Working Hours of the Hypertension League	
ExcellentandGood	51 64
Regular toPoor	28 35
I do notknow	01 01
Access to the scheduled appointment	
ExcellentandGood	72 90
Regular toPoor	08 10
I do notknow	00 00
Time spent in the appointment	
ExcellentandGood	72 90
Regular toPoor	07 09
I do notknow	01 01
Access to recommendation to an appointment with specialists	
ExcellentandGood	52 65
Regular toPoor	09 11
I do notknow	19 24
Relation between Users and Service and Helath Workers	
Competenceof Health workers	
ExcellentandGood	71 89
Regular toPoor	08 10
I do notknow	01 01
Assistance offered by health workers	
ExcellentandGood	73 91

Regular toPoor	03 04
I do notknow	04 05
Explanationprovidedbyprofessionals	
ExcellentandGood	76 95
Regular toPoor	04 05
I do notknow	00 00
Receptionservice	
ExcellentandGood	75 94
Regular toPoor	05 06
I do notknow	00 00
