



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA

ALANNA CARLA DA COSTA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES CHAGÁSICOS ATENDIDOS
POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO ESTADO DO CEARÁ**

FORTALEZA

2015

ALANNA CARLA DA COSTA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES CHAGÁSICOS ATENDIDOS
POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO ESTADO DO CEARÁ**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Farmácia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Farmácia, outorgado pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Oliveira

Coorientador: Farmacêutico Darlan da Silva Cândido

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C87a Costa, Alanna Carla da.
Avaliação da satisfação dos pacientes chagásicos atendidos por um serviço de atenção farmacêutica no estado do Ceará / Alanna Carla da Costa. – 2015.
65 f. : il. color.
- Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Farmácia, Curso de Farmácia, Fortaleza, 2015.
Orientação: Profª. Dra. Maria de Fátima Oliveira.
Coorientação: Farm. Darlan da Silva Cândido.
1. Doença de Chagas. 2. Atenção Farmacêutica. 3. Satisfação do Paciente. I. Título.

CDD 616.9363016

ALANNA CARLA DA COSTA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES CHAGÁSICOS ATENDIDOS
POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO ESTADO DO CEARÁ**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Farmácia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Farmácia, outorgado pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria de Fátima Oliveira (orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Renata de Sousa Alves
Universidade Federal do Ceará

Ms. Mônica Coelho Andrade

Aquela que me deu a vida e amor
incondicional, minha mãe, e ao meu pai que
mesmo não estando entre nós, se faz presente
em todos os meus dias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por ter me guiado até aqui, por não ter me deixando desistir mesmo quando esse sonho parecia impossível. Obrigada, Senhor, pelo seu amor.

À minha mãe que tanto se sacrificou para que eu alcançasse os meus objetivos, que mais vibrou com as minhas vitórias e que mais rezou por mim. Eu não teria conseguido se não fosse a senhora, mãe. Essa conquista é sua também.

À meu pai, que não está mais entre nós, mas que sempre está ao meu lado, me protegendo de todo o mal, guiando os meus passos e a quem dedico essa vitória.

À minha irmã, que sempre acreditou que eu podia chegar mais longe, mesmo quando eu não acreditava nisso.

Aos meus avós e aos meus tios que sempre estiveram torcendo pelo meu sucesso.

Ao meu namorado, que está presente em todos os momentos da minha vida, sejam eles bons ou ruins, sempre me dando o apoio que preciso.

À professora Dra. Maria de Fátima, minha orientadora, pelas oportunidades que me deu, pelo aprendizado que me proporcionou durante todo esse tempo de faculdade. Obrigada por ter me acolhido no LPDC, laboratório que sinto orgulho de fazer parte.

À professora Renata, por ter aceitado participar da minha banca e por ser essa profissional competente e exemplar.

À equipe do LPDC, tanto aqueles que já saíram como aqueles que entraram agora, vocês foram uma segunda família para mim.

Ao Darlan Cândido, meu coorientador, pela grande amizade que construímos, pelo apoio que sempre me deu, por ter me ajudado tanto na realização dessa monografia, obrigada, meu amigo.

À Arduina Sophia, por ser essa amiga maravilhosa, um anjo de Deus na minha vida, que sempre me ajudou, escutou minhas angustias, me ensinou a ter fé e a acreditar em mim. Amiga, para mim você é um exemplo a ser seguido.

Ao Damião Júnior, sempre muito prestativo e atencioso que me ajudou bastante. Muito obrigada por tudo.

À Monise Anne, pela amizade e confiança construída durante todo esse tempo.

À Mônica Coelho, por ser tão prestativa e amiga, obrigada por ter aceitado participar da minha banca.

Ao Carlos Eduardo Viana, Erlane Freitas, Kátia Gomes e Laíse Santos pela amizade construída, por tudo que vocês me ensinaram, sou muito grata. Muito obrigada.

À Fábria Fernandes, pelo carinho, amizade e ajuda na execução dessa monografia.

À Mylena Melgaço, Lucas Mendes e Ana Camila pelo companheirismo, ajuda e dedicação durante todo esse tempo.

Aos meus amigos, Alana Souza, Klístenes Alves, Kalinne Kelly, Thyago Henrique, Davi Paiva e Romário Matos, vocês me ensinaram o verdadeiro significado da palavra amizade. Graças a vocês consegui superar todos os obstáculos que a faculdade nos proporciona, vocês alegraram todos os meus dias, mesmo quando eu não tinha vontade de sorrir. Com vocês a faculdade teve mais sentido, mais alegria, mais felicidade. Com vocês tive momentos inesquecíveis. Amo vocês e quero levar essa amizade para sempre.

Às farmacêuticas do IJF, Dra. Adriana e Dra. Eliete que me acolheram durante esse tempo e que enriqueceram o meu aprendizado. E em especial a Dra. Marta que sempre torceu por mim, me incentivando a nunca desistir. Muito obrigada.

À Shaila Nayara, minha amiga há muitos anos, que foi um presente de Deus na minha vida. Obrigada, amiga, pelo carinho e amizade construída.

A todos aqueles que torceram por mim e pelo meu sucesso e que de alguma forma contribuíram para o meu aprendizado, muito obrigada.

“Entrega o teu caminho ao Senhor, confia
nEle, e Ele tudo fará.”

Salmo 37:5

RESUMO

Em 2005 foi criado o serviço de atenção farmacêutica para os pacientes com doença de Chagas no estado do Ceará, com os objetivos de promover uma atenção humanizada e oferecer o tratamento e o acompanhamento dessa doença. O presente estudo teve por objetivo principal avaliar a satisfação dos pacientes quanto ao serviço de atenção farmacêutica oferecido pelo Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC). Tratou-se de um estudo descritivo prospectivo, em que foi aplicado um questionário estruturado composto de 24 questões distribuídas em 4 partes: dados socioeconômicos (idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda familiar); infraestrutura, localização e funcionamento (limpeza dos espaços, conforto do ambiente, equipamento em funcionamento; silêncio durante o atendimento, privacidade no atendimento, aparência do laboratório, iluminação, sinalização das salas, segurança do local, localização, dia e horário do atendimento); cuidado do farmacêutico (respeito e educação, atenção, interesse, tempo de espera, repasse de informações sobre a doença, tratamento e resultados de exames, discriminação) e importância do serviço (indicação do serviço, aspectos importantes durante o atendimento, importância geral do serviço). Foram entrevistados 70 pacientes no período de agosto de 2014 a maio de 2015. O perfil geral foi de pacientes do sexo feminino (55,7%), agricultor (34,28%), nível de escolaridade fundamental incompleto (44,31%), com renda familiar menor que um salário mínimo (67,14%), média de idade de 52,93 anos, maioria procedente da microrregião do baixo Jaguaribe (64%). Quanto à infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC, a maioria dos aspectos analisados recebeu notas distribuídas entre 7 e 10; a média de notas variou de 9,257 a 9,728, sendo segurança do local o quesito que obteve a menor média (9,257) e Silêncio durante o atendimento que obteve a maior (9,728). Com relação ao cuidado farmacêutico, 100 % dos pacientes mostraram-se satisfeitos em alguns parâmetros analisados como Respeito e educação; Atenção; Interesse pela saúde do paciente; Informações sobre o tratamento e com os Farmacêuticos e estudantes de farmácia. Em alguns parâmetros encontramos uma pequena porcentagem de pouca satisfação ou insatisfação como Tempo de espera para o atendimento (4,29%); Informações sobre a doença de Chagas (1,43%) e sobre os exames realizados (24,28%). Quanto à importância do serviço, 100% dos pacientes consideram o serviço de atenção farmacêutica realizado no LPDC muito importante e o indicariam para outras pessoas. Ser bem acolhido pelo profissional (37,18%) foi considerado o aspecto mais importante durante o atendimento. Portanto, os pacientes mostram-se satisfeitos com a infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC; com o cuidado farmacêutico e consideraram o serviço de atenção farmacêutica ao paciente chagásico muito

importante, apesar de que melhorias são sempre necessárias a fim de aperfeiçoar e sanar as dificuldades do LPDC.

Palavras-chaves: Doença de Chagas. Atenção farmacêutica. Satisfação do paciente.

ABSTRACT

In 2005, the pharmaceutical care service for patients with Chagas disease in the state of Ceará was created with the aim to promote a humanized care as well as to provide treatment and monitoring of the disease. This study had the main objective to evaluate patient satisfaction regarding the pharmaceutical care service offered by the Chagas Disease Research Laboratory (LPDC). This was a prospective descriptive study, in which we applied a questionnaire composed of 24 closed questions distributed into 4 parts: socioeconomic data (age, sex, marital status, education, family income); infrastructure, facilities and operations (cleaning of spaces, environmental comfort, equipment in operation; silence, privacy, lab appearance, illumination, signaling of the rooms, location, safety, day and time of care); pharmaceutical care (respect and education, attention, interest, waiting time, information about disease, treatment and test results, discrimination) and importance of service (recommendation of the service, important aspects during the service, general importance). A total of 70 patients were interviewed and had the following profile: female (55,7%), farmers (34.28%), incomplete primary education (44.31%), family income lower than one minimum wage (67.14%), average age of 52.93 years, and most from the Low Jaguaribe Microrregion (64%). Regarding the infrastructure, location and operation of the LDPC, the majority of the aspects received grades distributed between 10 and 7 and the average grades ranged from 9.257 to 9.728, in which “safety” obtained the lowest average grade (9,257) and “silence” had the highest (9,728). Regarding pharmaceutical care, 100% of patients were satisfied in some parameters analyzed such as respect and education; attention; Interest in the patient’s health; Information on the treatment; and performance of the pharmacist and pharmacy students. For some parameters we have found a small percentage of dissatisfaction such as the waiting time for care (4.29%); Information on Chagas disease (1.43%) and on tests performed (24.28%). As for the importance of the service, 100% of patients consider the pharmaceutical care service to be very important and would indicate it to other people. Be welcomed by the health professional (37.18%) was considered the most important aspect during the service. Therefore, patients were satisfied with the infrastructure, location and operation of the LDPC, with the pharmaceutical care and considered the service to be very important, though improvements are always necessary in order to improve the service.

Keywords: Chagas Disease. Pharmaceutical care. Satisfaction.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Reações indesejáveis durante o uso do Benzonidazol.....	19
Figura 2-	Atenção farmacêutica ao paciente chagásico.....	21
Figura 3-	Atividades desenvolvidas no Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC).....	26
Figura 4-	Localização de procedência do maior número de pacientes.....	35
Fluxograma 1-	Captação do paciente.....	24
Fluxograma 2-	Atividades desenvolvidas durante os atendimentos no Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas LPDC.....	26
Gráfico 1 -	Relação entre sexo e idade.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características sociodemográficas dos pacientes com doença de Chagas atendidos no LPDC, no período agosto de 2014 a maio de 2015.....	33
Tabela 2-	Procedência dos pacientes com doença de Chagas atendidos no Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas.....	35
Tabela 3-	Notas para infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC...	36
Tabela 4-	Média de notas dos parâmetros analisados.....	38
Tabela 5-	Satisfação quanto ao cuidado farmacêutico.....	39
Tabela 6-	Importância do serviço de atenção farmacêutica ao paciente chagásico.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

AEI - Áreas eletricamente inativas

BAV - Bloqueio átrio ventricular

BDAS - Bloqueio divisional ântero-superior esquerdo

BRD - Bloqueio de ramo direito

BRE - Bloqueio de ramo esquerdo

Bz – Benzonidazol

COMEPE - Comitê de Ética em Pesquisa

DACT - Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas

DC – Doença de Chagas

DNOCS - Departamento Nacional de Obras Contra Secas

ELISA - *Enzyme-Linked Immunosorbent Aassay*

FA - Fibrilação atrial

FNS/MS - Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HAI – Hemaglutinação Indireta

HUWC - Hospital Universitário Walter Cantídio

IFI - Imunofluorescência Indireta

LACT - Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas

LAFEPE - Laboratório farmacêutico de Pernambuco

LPDC – Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PCDCh - Programa de Controle da Doença de Chagas

SESA-CE - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema único de saúde

T. cruzi - *Trypanosoma cruzi*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TVNS - Taquicardia ventricular não-sustentada

UFC – Universidade Federal do Ceará

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Doença de Chagas – Considerações gerais.....	14
1.2	Atenção farmacêutica.....	20
1.3	Estrutura física de um serviço de saúde.....	22
1.4	Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC).....	23
1.5	Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de saúde.....	27
1.6	Justificativa.....	27
2	OBJETIVOS.....	30
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	Delineamento; local e período do estudo.....	31
3.2	Aspectos éticos.....	31
3.3	CrITÉrios de inclusão.....	31
3.4	CrITÉrios de exclusão.....	31
3.5	Coleta de dados.....	31
3.6	Análise dos dados.....	32
4	RESULTADOS.....	33
4.1	Aspectos Socioeconômicos e demográficos.....	33
4.2	Análise da infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC	36
4.3	Satisfação dos pacientes com relação ao cuidado farmacêutico.....	38
4.4	Importância do serviço para os pacientes.....	40
5	DISCUSSÃO.....	41
5.1	Aspectos Socioeconômicos e demográficos.....	41
5.2	Análise da infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC.....	43
5.3	Satisfação dos pacientes com relação ao cuidado farmacêutico.....	44
5.4	Importância do serviço de atenção farmacêutica realizado pelo LPDC.....	49
6	CONCLUSÃO.....	52
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICE A.....	64
	APÊNDICE B.....	65

1 INTRODUÇÃO

1.1 Doença de Chagas – Considerações Gerais

A doença de Chagas (DC) foi descoberta em 1909 por Carlos Chagas, na cidade de Lassance em Minas gerais. Carlos Chagas era médico e pesquisador assistente do Instituto Oswaldo Cruz e sozinho identificou o vetor e o agente etiológico (*Trypanosoma cruzi*) da doença, fazendo história na medicina (CHAGAS, 1909).

A transmissão mais comum desta doença é a vetorial, na qual o triatomíneo (popularmente, conhecido como barbeiro) ao realizar seu repasto sanguíneo deposita juntamente com seus excrementos (fezes e urina) o protozoário *Trypanosoma cruzi*, que penetra na pele lesionada ou mucosa íntegra do indivíduo alcançando a corrente sanguínea (NEVES, 2011). Além desta, existem outras formas de transmissão da doença como a transmissão oral, pela ingestão de alimentos contaminados; transmissão transplacentária (da mãe para o feto); transfusão sanguínea; acidentes de laboratório; e por transplante de órgãos (TORPY; BURKE; GLASS, 2007; BERN, *et al.*, 2007).

A doença de Chagas é considerada um problema de saúde pública na América Latina (DIAS, 2000), estima-se que existam de 7 a 8 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, principalmente na América Latina. (WHO, 2014).

Atualmente, a doença de Chagas não se limita somente às regiões endêmicas da América Latina, encontra-se presente em outras áreas não endêmicas e até em outros continentes (CHAGAS..., 2009). Foram encontrados casos da doença de Chagas em vários países como Canadá, Estados Unidos, Europa e alguns países do leste do Pacífico por via não vetorial (COURA; VIÑAS, 2010). Acredita-se que existam mais de 300.000 indivíduos infectados com o *T. cruzi* nos Estados Unidos; no Canadá em torno de 5.500; 80.000 na Europa e na região do Pacífico ocidental; no Japão cerca de 3.000 e na Austrália 1.500 pessoas. Essas infecções não foram por via vetorial, porque não existem os vetores naturais nessas áreas não endêmicas e sim por outros tipos de transmissão como as transfusões de sangue contaminado, transmissão vertical (mãe para filho), transplante de órgãos e acidentes de laboratório (SCHMUNIS, 2007; SCHMUNIS; YADON, 2010; COURA; VIÑAS, 2010; VIEIRA *et al.*, 2009; MUNOZ *et al.*, 2009; LEON, 2009).

A imigração tem contribuído bastante para o aparecimento da doença de Chagas por todo o mundo. Observou-se que a Espanha, entre os países europeus, é o país

que possui o maior número de imigrantes da América Latina. Em um estudo realizado com mulheres bolivianas em Barcelona, foi verificada uma prevalência de 3,4% de infecção por *T. cruzi* (GASCON; BERN; PINAZO, 2010).

No continente americano existem cerca de 12 milhões de pessoas infectadas (BRASIL, 2010). Segundo meta-análise desenvolvida por Melo *et al.* (2013), o Brasil teria uma população de aproximadamente 4,6 milhões de infectados, considerando-se o Censo Populacional Nacional realizado em 2010 e extrapolando os dados coletados de outros estudos.

As formas de transmissão vertical e oral ganharam importância epidemiológica, nos últimos anos, sendo responsáveis por grande parte dos casos identificados. A transmissão transfusional sofreu redução importante, devido ao rigoroso controle de doadores de sangue e hemoderivados (BRASIL, 2010).

A região Nordeste representa grande preocupação em termos de risco de transmissão da doença de Chagas, mesmo após a realização do inquérito nacional sobre a prevalência e distribuição de vetores entre 1975 e 1980. O Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh) da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (FNS/MS) capturou no Brasil em 1996, 290.576 triatomíneos, sendo o nordeste a região com maior número de capturas, representando 69,2% (DIAS, 2000).

No estado do Ceará, vários estudos realizados entre 1942-1967 em vários municípios, mostravam altas prevalências de infecção humana (entre 6,7 a 40,7%) (ALENCAR, 1987). Isso pode ser explicado pelo tipo de vegetação que o Ceará possui, do tipo caatinga. A área rural é bastante vasta, com habitações humanas muito precárias, facilitando assim o abrigo de várias espécies de triatomíneos de importância na transmissão da doença de Chagas: *Triatoma brasiliensis*, *Triatoma pseudomaculata*, *Panstrongylus megistus*, *Panstrongylus lutzi* e *Rhodnius nasutus* (FREITAS *et al.*, 2007). Projetos realizados em 1970 a 1977, financiados pelo Departamento Nacional de Obras Contra Secas (DNOCS), demonstraram porcentagem de 4,6% de infecção humana pelo *T. cruzi* no município de Limoeiro do Norte, porém nessa época ainda não haviam ocorrido medidas de controle para evitar a transmissão vetorial (ALENCAR, 1987).

Silva *et al.* (2009) realizaram um trabalho que tinha como objetivo avaliar o impacto do processo de implantação e de desenvolvimento das ações de controle da doença de chagas no Estado do Ceará. No período de gestão federal da SUCAM/FUNASA, de 1975 a 2002, mostrou uma forte tendência à redução nos índices de infestação por triatomíneos nas

unidades domiciliares e do intradomicílio ao longo dos anos, o que sugeriu um impacto positivo do programa de controle da doença de Chagas na maioria das regiões analisadas.

O município de Limoeiro do Norte, no período de 2009 a 2011, apresentou o maior índice de infecção em triatomíneos capturados (5,0 %), dentre os municípios atendidos pelo Programa de Controle da Doença de Chagas do Laboratório Regional de Endemias do Limoeiro do Norte – CE. Nesse mesmo estudo, verificou-se que os municípios da região sudeste do Ceará apresentaram altos índices de infestação por triatomíneos nos três anos do estudo. Alertando-nos que a realidade da doença de Chagas ainda é uma preocupação no estado do Ceará (VASCONCELOS, 2013).

A doença de Chagas possui duas fases clínicas, a fase aguda e a fase crônica. A fase aguda geralmente é inaparente, mas as manifestações clínicas quando presentes se caracterizam por febre, edema, hipertrofia dos linfonodos, hepatomegalia, esplenomegalia e em casos mais graves a insuficiência cardíaca. O indivíduo pode apresentar sinais de porta de entrada aparente como o sinal de Romanã (edema ocular bipalpebral unilateral) e o chagoma de inoculação, que podem permanecer por cerca de 2 a 4 meses (PEREIRA; MARCOS; BOAINAIN, 1989; SARMENTO, 2008). O diagnóstico dessa fase, na maioria dos casos, é difícil porque alguns pacientes são assintomáticos e quando os sintomas estão presentes, estes são inespecíficos e comuns a outras doenças infecciosas (DIAS; COURA, 1997; ASSIS, 2011). A fase aguda pode ser letal em crianças de baixa idade e em indivíduos imunocomprometidos (CARLIER *et al.*, 2002); e em casos de manifestações clínicas mais graves, com acometimento cardíaco (miocardite aguda) ou meningo-encefálico e 5 a 10% dos pacientes podem evoluir para o óbito (PRATA, 2001). Essa fase evolui naturalmente para a fase crônica, esta se caracteriza pela dificuldade de detecção do parasito no sangue periférico, devido à baixa parasitemia, ausência de manifestações clínicas, desaparecimento progressivo de IgM e elevação dos anticorpos específicos da classe IgG, o que dificulta o diagnóstico. Esta fase se subdivide em quatro formas clínicas distintas: indeterminada, digestiva, cardíaca, mista (ASSIS, 2011).

A forma indeterminada caracteriza-se por um longo período assintomático. Este pode durar toda a vida do indivíduo, com ausência de manifestações clínicas, eletrocardiográficas e/ou radiológicas, sendo o diagnóstico realizado pela positividade sorológica e/ou parasitológica. A maioria dos indivíduos desenvolve essa forma (ASSIS, 2011; CONSENSO, 2005).

A forma digestiva manifesta-se pelo acometimento do esôfago e do intestino grosso, levando ao aparecimento do megaesôfago e do megacólon (CONSENSO, 2005). Na presença de megaesôfago, o paciente apresenta sintomas como disfagia, regurgitação, dor à deglutição, soluços, entre outros. Enquanto que o paciente com megacólon apresenta constipação intestinal, meteorismo, distensão abdominal, torções de intestino e fecalomas podem complicar o quadro (BRASIL, 2010).

O diagnóstico do megaesôfago é realizado através do exame clínico (onde disfagia é o sintoma predominante), associado ao raio-X do esôfago e à endoscopia digestiva alta; enquanto que o megacólon é diagnosticado pelo exame clínico (onde constipação é o sintoma predominante), associado ao enema opaco e colonoscopia (CONSENSO, 2005).

A forma cardíaca é a mais preocupante, pois as doenças cardiovasculares foram frequentemente associadas aos óbitos relacionados à doença de Chagas (MELO, *et al.*, 2012). As alterações eletrocardiográficas mais características da doença de chagas são: bloqueio de ramo direito (BRD), bradicardia sinusal (BS), bloqueio átrio ventricular (BAV), disfunção do nó sinusal, taquicardia ventricular não-sustentada (TVNS), fibrilação atrial (FA) e bloqueio de ramo esquerdo (BRE). A presença de alterações eletrocardiográficas constitui elemento fundamental na caracterização de comprometimento cardíaco significativo na doença de Chagas. (CONSENSO, 2005).

Existe ainda a forma mista caracterizada por uma forma cardiodigestiva, com ocorrência simultânea de lesões compatíveis com as formas cardíacas e digestivas (megaesôfago e/ou megacólon) da doença de Chagas. (OPAS, 2009).

O diagnóstico laboratorial da doença de Chagas é realizado por exames parasitológicos e sorológicos. Dependendo da fase da doença em que se encontra o paciente (aguda ou crônica) serão indicados exames específicos para o diagnóstico (OPAS, 2009).

O diagnóstico da doença em sua fase aguda é realizado através de exames parasitológicos diretos como exame a fresco, gota espessa, esfregaço corado (CAMPOS, 2003) determinando a presença de parasitos circulantes. Também são utilizados exames sorológicos quando associados a fatores clínicos e epidemiológicos compatíveis, verificando a presença de anticorpos IgM anti-T. *cruzi* no sangue.

Na fase crônica (assintomática ou sintomática) em que a parasitemia é baixa, o parasito é dificilmente detectável. Assim, o diagnóstico parasitológico torna-se comprometido, apresentando assim uma baixa sensibilidade (20-50%). Dessa forma, na fase crônica da Doença de Chagas o diagnóstico é essencialmente sorológico, em virtude da

existência de elevada produção de anticorpos IgG específicos que são facilmente detectáveis pelos métodos sorológicos, entre os quais podemos destacar a Hemaglutinação Indireta (HAI), Imunofluorescência Indireta (IFI) e *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) (BRAISL, 2010).

Com relação ao tratamento, os medicamentos existentes para o tratamento da Doença de Chagas são o Nifurtimox e o Benzonidazol (Bz), porém, no Brasil o único fármaco disponível para o tratamento é o Benzonidazol (CASTRO; MECCA; BARTEL, 2006; GONTIJO; GALVÃO; SANTOS, 2009; VIOTTI *et al.*, 2006). A dose utilizada é 5mg/kg/dia e o tratamento dura em média dois meses, porém quando a dose é muito alta, estende-se o tratamento até três meses para garantir a segurança do paciente.

O benzonidazol atua também diminuindo a síntese de proteínas, reduzindo a incorporação de precursores de RNA e diminuindo a incorporação de timidina em DNA, resultando em uma diminuição na biossíntese de macromoléculas (POLAK; RICHLE, 1978). É uma droga nitroheterocíclica (N-benzil-2-nitroimidazol-1-acetamida), cujo efeito tripanocida se dá através da formação do intermediário nitro radicalar ($R-NO_2^{\cdot-}$), levando à formação de ligações covalentes com macromoléculas do parasito (TORANZO *et al.*, 1988).

O tratamento tem como objetivo a eliminação do *T. cruzi*, a fim de diminuir a progressão da doença e interromper a cadeia de transmissão do parasito (ESTANI; VIOTTI; SEGURA, 2009; MENEZES *et al.*, 2011). O tratamento é indicado para todas as pessoas diagnosticadas com a infecção aguda, casos de infecção congênita, crianças na fase crônica, contaminação acidental e em casos de pacientes imunodeprimidos (WHO, 2010). O tratamento também pode ser instituído na fase crônica recente, período de cinco a doze anos da infecção inicial, na fase crônica tardia, acima de doze anos da infecção inicial, na forma indeterminada e nas formas cardíacas e digestivas leves (CONSENSO, 2005).

Na fase aguda da doença, o benzonidazol apresenta alta eficácia, com índices de cura que variam de 40 a 76% (OLIVEIRA *et al.*, 2000; CANÇADO, 2002). Porém, na fase crônica, a efetividade do benzonidazol é limitada, com baixos índices de cura (CANÇADO, 2002; FABBRO *et al.*, 2007; FERNANDES *et al.*, 2009). Mas, alguns autores verificaram que indivíduos chagásicos tratados na fase crônica da infecção, embora não curados, apresentam uma redução no surgimento de alterações eletrocardiográficas (SUASNABAR *et al.*, 2000; ZULANTAY *et al.*, 2005), apresentando evolução clínica mais lenta e melhor prognóstico (VIOTTI *et al.*, 2006; SOSA-ESTANI; SEGURA, 2006). Isso impede que a doença progrida, aumentando o tempo e a qualidade de vida do paciente.

O grande problema do Benzonidazol é o aparecimento de reações adversas, muitas vezes graves, que impedem a continuação do tratamento, devido a sua alta toxicidade. Segundo o Consenso Brasileiro de Doença de Chagas, 30% dos pacientes em uso do Benzonidazol apresentam reações adversas (CONSENSO, 2005).

Pontes *et al.* (2010), em seu trabalho sobre as reações adversas em pacientes com Doença de Chagas tratados com benzonidazol no Estado do Ceará, demonstrou um percentual de reação maior do que o previsto no Consenso. Dos 32 pacientes crônicos em uso do medicamento, 28 (87,5%) relataram pelo menos uma reação adversa. As reações mais relatadas foram: prurido (50,0%), formigamento (43,8%), fraqueza muscular (37,5%) e rash cutâneo (31,3%). Dos 28 pacientes que apresentaram efeitos indesejáveis ao benzonidazol, oito (28,57%) tiveram o tratamento suspenso devido a erupções cutâneas e/ou formigamento (FIGURA 1). Os autores desse trabalho salientaram a importância do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes chagásicos submetidos ao tratamento com o benzonidazol como uma ferramenta de grande relevância na prevenção e detecção precoce de Reações Adversas a Medicamentos (RAM), evitando problemas mais graves.

FIGURA 1 – Reações indesejáveis durante o uso do Benzonidazol.



Fonte: Pontes *et al.* (2010).

1.2 Atenção Farmacêutica

O medicamento além de ser um insumo importante no processo de atenção à saúde, também pode vir a ser um fator de risco quando não utilizado de forma correta. A atenção farmacêutica busca assegurar ao paciente a melhor terapia com medicamentos, aumentando a qualidade e a adesão aos tratamentos e dessa forma, melhorar desfechos clínicos (PICON; BELTRAME, 2002).

O farmacêutico, no processo de atenção farmacêutica, assume a responsabilidade sobre o paciente com relação à farmacoterapia, estabelecendo uma relação farmacêutico-paciente, visando identificar, prevenir e resolver problemas relacionados a medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990). Nesse contexto, paciente e farmacêutico estabelecem um vínculo que sustenta a relação terapêutica, identificando as funções comuns, as responsabilidades de cada um e a importância da participação ativa. (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Segundo OPAS (2002), a atenção farmacêutica é definida como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Existem evidências relevantes, mas não definitivas, que a atenção farmacêutica tem-se mostrado essencial em tratamentos de doenças crônicas, que necessitam de medicamentos de uso contínuo, aumentando a qualidade e adesão ao tratamento (WIJK *et al.*, 2005; BENEY; BERO; BOND, 2000). Estudos têm mostrado que a intervenção farmacêutica através de aconselhamento sobre o regime terapêutico traz benefícios à saúde do paciente, (BERGAMAN *et al.*, 2007) funcionando como um instrumento para minimizar as ocorrências de doenças decorrentes do uso inadequado do medicamento (HARALAMPIDOU, 2001).

Na maioria dos países desenvolvidos, a atenção farmacêutica já é realidade e é eficaz na redução de eventos adversos dos portadores de patologias crônicas e de custos para

o sistema de saúde, enquanto no Brasil, mesmo de forma inicial, já demonstra progressos (LAPCLIN-CHAGAS, 2013).

Os pacientes com doença de Chagas devem contar com acompanhamento de seus tratamentos, juntamente com orientação e treinamento em relação ao uso correto e seguro dos medicamentos, trazendo maior benefício desses tratamentos e melhora da qualidade de vida dos pacientes (LAPCLIN-CHAGAS, 2013).

FIGURA 2 - Atenção farmacêutica ao paciente chagásico.



Fonte: LPDC (2011).

Os pacientes chagásicos necessitam de um serviço capaz de cuidar de forma total e abrangente de sua saúde. Esse serviço deve possuir um modelo de atendimento para o paciente, integrado ao SUS, destacando-se práticas de acolhimento e humanização; exames, testes e procedimentos diagnósticos; atenção farmacêutica integral e capacitação de recursos humanos comprometida com o desenvolvimento dos cuidados de saúde integrados, educando, disseminando informação e interagindo junto aos pacientes de forma pró ativa. (LAPCLIN-CHAGAS, 2013).

1.3 Estrutura física de um serviço de saúde

As unidades de saúde devem possuir estrutura física adequada de acordo com os serviços que oferecem. Para isso, devem focar as instalações elétricas e hidráulicas, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e facilidade na limpeza e desinfecção (BRASIL, 2008).

Com relação à ambiência de um serviço de saúde, esta deve possuir espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. A ambiência é marcada pelas tecnologias presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. Fazem parte da ambiência: a luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente (BRASIL, 2008).

Um ambiente confortável deve possuir um conjunto de fatores que vão atuar como modificadores e qualificadores do espaço como recepção sem grades, pois não intimida e nem dificulta a comunicação e garante a privacidade do usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização; espaços adaptados para as pessoas com deficiência; entre outros (BRASIL, 2008).

Uma ventilação adequada é importante para manter o conforto e bem estar nos ambientes, então, recomenda-se que todos os ambientes disponham de janelas ou exaustores, possibilitando a circulação de ar, melhorando os espaços e indiretamente o bem estar dos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A iluminação também é importante nos ambientes, recomenda-se que todos os ambientes sejam claros, com o máximo de luminosidade natural possível, o que pode influenciar na qualidade dos atendimentos (BRASIL, 2008).

A sinalização dos ambientes é imprescindível para garantir o acesso mais rápido dos usuários aos lugares desejados. A mesma deve ser realizada através de textos ou figuras. (BRASIL, 2008).

Como podemos observar a estrutura física dos serviços de saúde é um fator importante na qualidade dos serviços prestados e no cuidado em saúde, mas não é o único fator, para garantir o sucesso dos serviços de saúde. É necessária uma articulação complexa do processo de trabalho da equipe multidisciplinar com as condições de infraestrutura dos serviços e do sistema de saúde (NOVAES, 2004).

Donabedian (1980) enfatiza que não há uma relação direta entre uma boa estrutura e a produção de cuidados de boa qualidade, porém, uma estrutura inadequada pode reduzir as chances de um cuidado de qualidade, mas somente a estrutura não é capaz de determinar a qualidade do serviço.

Um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido proporcionar condições de estrutura adequadas para os serviços de saúde. A falta de estrutura adequada pode comprometer a qualidade da atenção nos mais diversos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2004; LANSKY *et al.*, 2006).

1.4 Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC)

Em 2005, foi criado pela professora Dra. Maria de Fátima Oliveira o serviço de atenção farmacêutica para os pacientes com doença de Chagas no estado do Ceará, com os objetivos de promover uma atenção humanizada a esses pacientes como também oferecer o tratamento e o acompanhamento dessa doença.

Encontra-se localizado no Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas da Universidade Federal do Ceará e fazem parte do serviço a professora Dra. Maria de Fátima Oliveira e os alunos de graduação e pós-graduação, compondo o Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC).

Além de oferecer um serviço de qualidade em prática humanizada e de atenção farmacêutica, o LPDC desenvolve habilidade de comunicação, competência para informar sobre medicamentos e participar na prevenção e promoção a saúde. O serviço de atenção farmacêutica também tem a função de esclarecer às dúvidas, dispensação do benzonidazol; orientação e atendimento farmacêutico.

O LPDC conta com duas parcerias importantes que são o ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE). O ambulatório de cardiologia é responsável pelo acompanhamento médico dos pacientes com doença de Chagas, promovendo o diagnóstico, realização de exames, prescrição e avaliação destes pacientes, além da suspensão do tratamento, quando necessária. Já a SESA-CE é responsável pelo fornecimento do benzonidazol produzido pelo Laboratório farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE).

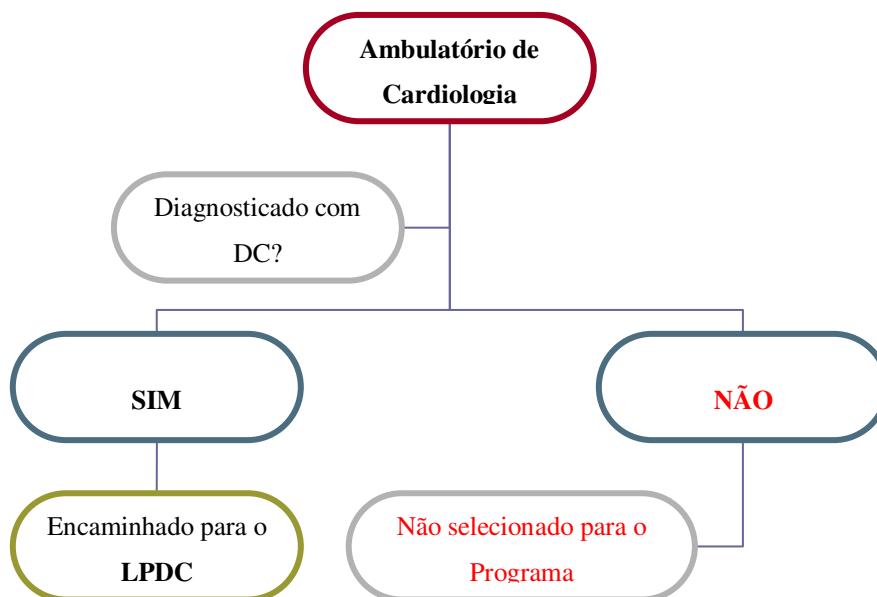
Os pacientes, ao chegarem ao serviço, apresentam dois exames sorológicos positivos de princípios diferentes para a infecção pelo *T. cruzi* e a prescrição médica de

benzonidazol. A sistemática de atendimento dos pacientes chagásicos no LPDC é padronizada, sendo os atendimentos realizados tanto por estudantes do curso de Farmácia, quanto por pós-graduandos (mestrandos e doutorandos) previamente treinados.

No serviço, além da dispensação do medicamento, são realizados monitoramento de parâmetros hematológicos e bioquímicos antes, durante e após o tratamento; monitoramento dos níveis séricos de IgG anti- T.cruzi através do ELISA, como também em cada atendimento são realizadas aferição de pressão e verificação de peso.

Como o LPDC não dispõe de sala para coleta de sangue dos pacientes, a mesma é realizada no Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas Prof. Dr. Eurico Litton Pinheiro de Freitas (LACT), localizado no Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, da Faculdade de Farmácia.

FLUXOGRAMA I: Captação do paciente.



Fonte: Vieira (2013).

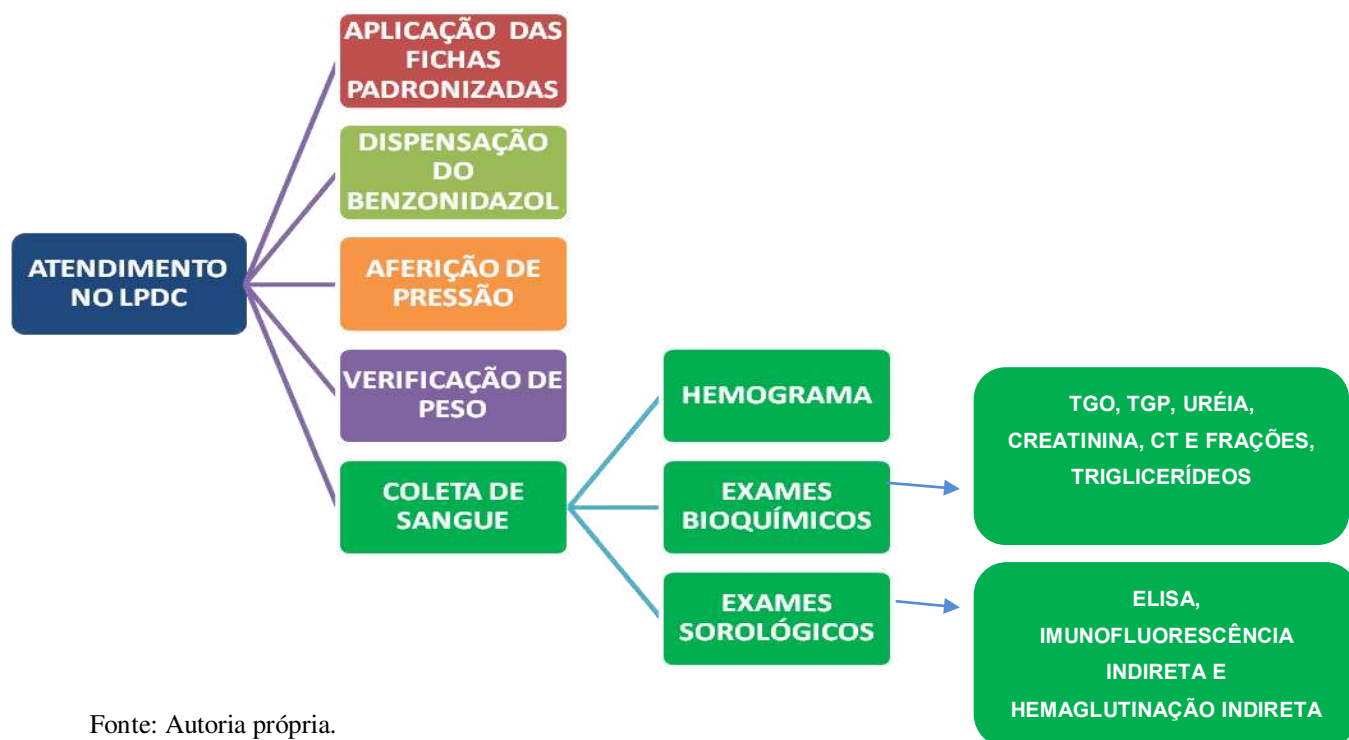
O serviço é dividido em diversos atendimentos, de forma a contemplar todo o tratamento do paciente e estendendo o acompanhamento durante os anos pós-tratamento. A sistemática dos atendimentos funciona da seguinte maneira:

- 1º Atendimento: O paciente é apresentado ao serviço e informado sobre a doença e sobre o tratamento com benzonidazol. Se o paciente quiser participar do serviço, o mesmo assina um termo de consentimento livre e esclarecido. São

preenchidas fichas com todos os dados dos pacientes e realizada avaliação da qualidade de vida do paciente. Logo após, o medicamento benzonidazol é dispensado para o paciente, levando-se em consideração as limitações farmacoterapêuticas e as necessidades do paciente. Junto com o medicamento os pacientes recebem uma ficha de monitoramento de efeitos indesejáveis ao benzonidazol e são orientados a preenchê-la corretamente. Por fim, são realizadas coletas de sangue para que exames hematológicos, bioquímicos e sorológicos sejam realizados;

- 2º Atendimento: Ocorre na metade do período de tratamento, após um mês do primeiro atendimento. São analisadas as reações adversas e tomadas as devidas intervenções com relação à primeira etapa do tratamento. É realizada a avaliação da qualidade de vida. São realizadas novas coletas de sangue e a dispensação do medicamento referente a segunda e última etapa de tratamento.
- 3º Atendimento: Ocorre após um mês do segundo atendimento. É semelhante ao segundo atendimento, porém não ocorre mais dispensação do medicamento, pois o tratamento na maioria dos casos dura dois meses. São realizadas análise das reações adversas e qualidade de vida. São realizadas novas coletas de sangue.
- 4º atendimento: Ocorre quatro meses após o terceiro atendimento. Novas coletas são realizadas e o paciente é avaliado com a ficha de qualidade de vida. Os pacientes são orientados com relação a hábitos de vida e medicamentos;
- 5º e demais atendimentos: Ocorre seis meses após o quarto atendimento. Os demais ocorrerão após um ano do último atendimento. Nesses atendimentos são realizadas novas coletas e o paciente é avaliado com a ficha de qualidade de vida. Como também são orientados com relação a hábitos de vida e medicamentos (CÂNDIDO, 2014).

FLUXOGRAMA II: Atividades desenvolvidas durante os atendimentos no Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas LPDC



Fonte: Autoria própria.

FIGURA 3 – Atividades desenvolvidas no Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC).



Fonte: LPDC (2014).

1.5 Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de saúde

A partir do século 20, a qualidade dos serviços de saúde começou a ser discutida com maior intensidade e iniciaram-se as pesquisas sobre a avaliação da assistência em saúde, com foco na qualidade do atendimento (DONABEDIAN, 1990; DONABEDIAN, 1984; VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

Na avaliação dos serviços de saúde, devem-se considerar vários aspectos como *estrutura*, que se refere aos recursos físicos, materiais e humanos em relação à quantidade; *processo*, engloba as atividades e procedimentos empregados; *resultados*, que mostram os efeitos das ações e dos procedimentos sobre o estado de saúde do usuário como resultante da assistência recebida; *acesso ao serviço*; *estrutura física e institucional*; a *relação profissional-paciente*; *questões financeiras* e aspectos relacionados à *melhoria e manutenção à saúde*. (DONABEDIAN, 1990, 1984; VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

Os movimentos de reivindicação por melhores condições no atendimento aos usuários de serviços de saúde tomaram força no Brasil com a redemocratização ocorrida na década de 80 e o processo de implementação da Reforma Sanitária Brasileira. Devido a tudo isso as pesquisas de satisfação de usuários tornaram-se cada vez mais comuns (FARIAS; MELAMED, 2003).

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser um aspecto isolado e tornou-se um imperativo técnico e social. As pessoas estão exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços, principalmente dos serviços públicos. O que nos alerta para a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial (BRASIL, 2005).

Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, de forma a contemplar as necessidades das pessoas que utilizam os serviços, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Dessa forma, a avaliação da qualidade deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões como, por exemplo:

- Avaliação da estrutura: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais; (comitês, protocolos assistenciais, etc.) adequados;
- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica,

esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc;

- Avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho (BRASIL, 2005).

No entanto, a satisfação dos pacientes e provedores não pertence diretamente a esta cadeia linear, ela é influenciada diretamente pela estrutura e indiretamente pela relação médico-paciente. Mas é importante se saber que a satisfação dos pacientes e dos provedores afeta a qualidade dos resultados obtidos por sua maior cooperação e boa-vontade (BRASIL, 2005).

Definir a satisfação tem sido uma tarefa difícil para muitos autores, muitos estudos buscaram estudar a relação entre a satisfação e as variáveis que a determinam. Porém, pouco se sabe sobre a natureza ou o número de fatores que influenciam a satisfação. Os resultados encontrados na literatura são divergentes, indicando baixa consistência entre as pesquisas (LEWIS, 1994; ROSS; STEWARD; SINACOPÉ, 1993).

Newsome e Wrigth (1999) mostraram que a satisfação é uma combinação complexa do emocional, físico e imaterial, e seus valores estão diretamente envolvidos com a qualidade. A satisfação do paciente constitui um valioso feedback que vai contribuir para a reflexão sobre a melhoria contínua do trabalho em equipe. Assim, exige-se uma constante investigação, na busca de identificar os fatores que promovem satisfação nos pacientes atendidos nos serviços de saúde.

Goldstein, Elliott e Guccione (2000) definem satisfação no âmbito da saúde como as reações do paciente aos aspectos do serviço recebido. Assim, a satisfação está sempre relacionada às expectativas do paciente, ou seja, pode mudar quando as expectativas do paciente ou seus padrões comparativos mudam, mesmo quando o objeto de comparação, no caso, o serviço de saúde recebido, permaneça constante.

A satisfação dos pacientes pode ser entendida como a percepção de um cliente, que pode estar físico ou mentalmente debilitado, do serviço de saúde que ele recebe, ou seja, é a experiência de utilização de serviços que produz resultados na própria pessoa, constituindo-se em um sentimento de prazer que pode ser graduado em diversos níveis, desde uma percepção negativa, que produz insatisfação até o oposto que significa plena satisfação (LIN; JONES, 1997; ZANON, 2001; JOHNSON *et al.*, 2001; LEÃO; MELO; LIMA 2001).

De uma forma bem geral, existem dois grandes grupos de fatores relacionados com a satisfação: relativo ao serviço e aos provedores e outro inerente aos próprios usuários (LEWIS, 1994; FOX; STORMS, 1981). Weiss (1988) em seu trabalho sobre os determinantes da satisfação apresentou quatro grupos principais de determinantes da satisfação que são características dos pacientes, incluindo as sócio-demográficas, as expectativas destes sobre a consulta médica e os seus estados de saúde; características dos profissionais que prestam o atendimento, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a arte do cuidado; aspectos da relação médico-paciente; fatores estruturais e ambientais, incluindo o acesso forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros.

A melhor maneira de avaliar os serviços seria estudar aqueles que os utilizam, e não apenas aqueles que os produzem, demonstrando uma nova maneira de entender os usuários, dando importância às opiniões daqueles que vivenciam a busca por atendimento e tratamento (CHÍNDIA, 2012).

A opinião dos usuários representa apenas uma parte do que é possível investigar sobre os serviços de saúde, porém, esse tipo de pesquisa auxilia gestores e outros profissionais do sistema, possibilitando que a intervenção contemple questões relacionadas a diferenças sociais, educacionais e culturais encontradas e soluções para melhorar a abordagem global do usuário (CHÍNDIA, 2012).

1.6 Justificativa

Após esses 10 anos de funcionamento do LPDC, se faz necessário verificar se os pacientes estão satisfeitos com serviço a eles oferecido, em relação ao acesso, infraestrutura do laboratório e qualidade do atendimento farmacêutico. Diante desses dados será possível avaliar as potencialidades e fragilidades do serviço realizado e também contribuir para uma reflexão sobre a melhoria contínua do cuidado humanizado, proporcionando aos pacientes um atendimento de melhor qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Avaliar a satisfação dos pacientes quanto ao serviço de atenção farmacêutica oferecido pelo Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC).

2.2 Objetivos específicos:

1. Traçar o perfil sócio-demográfico dos pacientes;
2. Verificar se a infraestrutura, localização e funcionamento estão adequados para efetuar o atendimento, sob o ponto de vista do paciente.
3. Averiguar a satisfação do paciente com relação ao cuidado humanizado durante o atendimento.
4. Verificar, de forma geral, a importância do serviço sob o ponto de vista do paciente.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento, local e período do estudo

Trata-se de um estudo descritivo prospectivo realizado através da aplicação de questionários e que foi desenvolvido no Serviço de Atenção Farmacêutica ao paciente chagásico do Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas do Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas da Universidade Federal do Ceará (LPDC/DACT/UFC), no período de agosto de 2014 a maio de 2015.

3.2 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE-UFC) sob o número do parecer 1.063.110 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 44311015.5.0000.5054, estando de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/12).

3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com faixa etária acima de 18 anos, que possuíam no mínimo seis meses de acompanhamento farmacoterapêutico no serviço de atenção farmacêutica ao paciente chagásico.

3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo usuários que tinham algum tipo de doença dificultando a fala e/ou a compreensão.

3.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário (APÊNDICE B), baseado no questionário do estudo de Gondim; Andrade (2009) sobre o Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde – Fortaleza, Ceará, Brasil. O questionário elaborado era composto de 24 questões fechadas distribuídas em 4 partes: dados socioeconômicos (idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda familiar); infraestrutura, localização e funcionamento (limpeza dos espaços, conforto do ambiente, equipamento em funcionamento; silêncio durante o atendimento, privacidade no atendimento, aparência do laboratório, iluminação, sinalização

das salas, segurança do local, localização, dia e horário do atendimento); cuidado do farmacêutico (respeito e educação, atenção, interesse, tempo de espera, repasse de informações sobre a doença, tratamento e resultados de exames, discriminação) e importância do serviço (indicação do serviço, aspectos importantes durante o atendimento, como o serviço é considerado). O questionário foi aplicado aos pacientes individualmente por um estagiário que não faz parte da equipe do serviço de atenção farmacêutica, quando os pacientes aguardavam atendimento no LPDC.

3.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados foram calculadas frequências para as variáveis categóricas, utilizando um programa *Microsoft Office Excel 2007* para fazer as análises estatísticas descritivas e médias para variáveis contínuas. A análise descritiva foi feita por meio da média, desvio padrão, mediana e porcentagem. O cuidado farmacêutico foi classificado em <<respeito e educação>>, <<atenção>>, <<interesse>>, <<tempo de espera>>, <<repasse de informações>>, <<discriminação>>, sendo que sua avaliação baseou-se em conceitos: muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito. Importância do serviço realizado no LPDC foi classificada em <<Indicação do serviço>>, a avaliação baseou-se em conceitos de sim e não; <<Serviço realizado no LPDC>>, a avaliação baseou-se em conceito: muito importante, pouco importante e não é importante; <<Importante no atendimento>>, a avaliação baseou-se em conceito: Ser ouvido pelo profissional e falar o que quiser, Sentir-se bem aceito, Compreender as orientações dadas, Sentir competência por parte do profissional, Ser bem acolhido pelo profissional.

4 RESULTADOS

4.1 Aspectos Socioeconômicos e demográficos

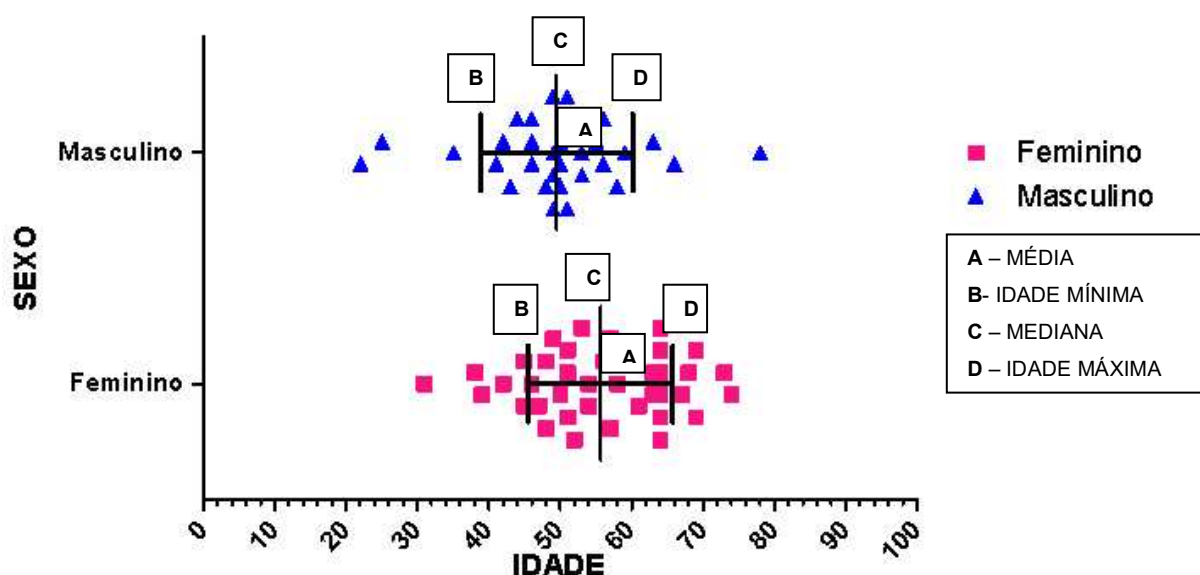
O presente estudo avaliou um total de 70 pacientes chagásicos atendidos no LPDC no período de agosto de 2014 a maio de 2015, quanto às características sociodemográficas, foi observado que 55,70% dos pacientes são do sexo feminino e 44,30% são do sexo masculino. Em relação à ocupação, a maioria relata ser agricultor (34,28%) seguido de aposentado (21,43%) e dona de casa (15,71%). Os níveis de escolaridade predominantes foram fundamental incompleto (44,31%) e analfabeto (20%). Quanto à renda familiar, a maioria relatou ganhar um salário mínimo (21,43%) ou menos (67,14%), conforme TABELA 1. A média de idade encontrada dos pacientes foi 52,93 anos.

TABELA 1- Características sociodemográficas dos pacientes com doença de Chagas atendidos no LPDC, no período agosto de 2014 a maio de 2015 (n=70).

<i>Variáveis</i>	<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Feminino	39	55,70
	Masculino	31	44,30
Idade			
	18 – 59 anos	52	64,50
	≥ 60 anos	18	35,50
Escolaridade			
	Analfabeto	14	20,00
	Fundamental incompleto	31	44,31
	Fundamental completo	11	15,71
	Médio incompleto	03	4,26
	Médio completo	09	12,86
	Superior	02	2,86
Renda Familiar			
	< 1 SM	47	67,14
	1 SM	15	21,43
	2 a 4 SM	08	11,43
Ocupação			
	Aposentado	15	21,43
	Agricultor	24	34,28
	Dona de casa	11	15,71
	Professor	03	4,26
	Motorista	03	4,26
	Desempregado	03	4,26
	Outros	11	15,71

Fonte: Autoria própria. SM = Salário mínimo

GRAFICO 1 – Relação entre sexo e idade



Fonte: Autoria própria

Como mostrado no GRAFICO 1, a média de idade (A) foi de 49,48 anos para pacientes do sexo masculino e 55,67 anos para o sexo feminino. As medianas (C) foram de 50 (sexo masculino) e 56 (sexo feminino). No sexo masculino a idade máxima (D) encontrada foi de 78 anos e no sexo feminino foi de 74 anos; já a idade mínima (B) foi de 22 anos para o sexo masculino e 31 anos para o sexo feminino. O desvio padrão foi de 10,2 no sexo masculino e 10,14 no sexo feminino.

A TABELA 2 mostra que há uma grande concentração de pacientes vindos da microrregião do baixo Jaguaribe (67,12%), seguido da região metropolitana (8,57%) (Figura 04). Os outros locais também citados foram Crateús, Canindé, Crato, Deputado Irapuã Pinheiro, Itaiçaba, Íco, Nova Russas, Santa Quitéria, Quixadá, Tauá, Iguatu, além do estado do Maranhão e do Estado do Rio grande do Norte.

FIGURA 4 – Localização de procedência do maior número de pacientes.



Fonte: Viana (2014).

TABELA 2 - Procedência dos pacientes com doença de Chagas atendidos no Laboratório de Pesquisa em doença de Chagas (n= 70)

<i>Procedência</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Estado do Ceará	68	97,14
Canindé	02	2,86
Ibicuitinga*	01	1,43
Crateús	02	2,86
Crato	01	1,43
Fortaleza	05	7,14
Horizonte	01	1,43
Icó	02	2,86
Iguatu	01	1,43
Irapuan Pinheiro	01	1,43
Itaiçaba	01	1,43
Jaguaruana*	03	4,26
Limoeiro do Norte*	19	27,14
Nova Russas	01	1,43
Palhano*	01	1,43
Quixadá	02	2,86
Quixeré*	15	21,43
Russas*	07	10,0
Santa Quitéria	01	1,43
Tabuleiro do Norte*	01	1,43
Tauá	01	1,43
Estado do Maranhão	01	1,43
Estado do Rio Grande do Norte	01	1,43

Fonte: Autoria própria.

*Microrregião do Baixo Jaguaribe.

4.2 Análise da infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC

De forma geral, a maioria dos aspectos analisados recebeu notas distribuídas entre 10 e 7, sendo a nota 10 a mais citada pelos entrevistados. A maioria dos quesitos, apesar de receber notas 10, também receberam notas abaixo de 7, em magnitude bem inferior. A descrição detalhada das notas pode ser encontrada na TABELA 3.

TABELA 3 – Notas para infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC.

Variáveis - Notas	n	%
Limpeza dos espaços		
10	55	79
9	7	10
8	6	9
7	1	1
5	1	1
Conforto do ambiente		
10	47	67
9	8	11
8	12	17
7	2	3
0	1	1
Equipamentos em funcionamento		
10	53	76
9	5	7
8	8	11
7	2	3
6	1	1
5	1	1
Silêncio durante atendimento		
10	60	86
9	5	7
8	3	4
7	1	1
5	1	1
Privacidade no atendimento		
10	59	84
9	3	4
8	5	7
7	1	1
6	2	3
Aparência do laboratório		
10	48	69
9	9	13
8	10	14
6	3	4

Iluminação		
10	50	71
9	10	14
8	6	9
7	2	3
6	1	1
5	1	1
Sinalização das salas		
10	53	76
9	5	7
8	6	9
7	3	4
6	2	3
0	1	1
Segurança do local		
10	48	69
9	8	11
8	8	11
7	1	1
6	2	3
5	2	3
3	1	1
Localização		
10	50	71
9	6	9
8	8	13
7	3	4
5	2	3
Dia do atendimento		
10	59	84
9	2	3
8	5	7
7	2	3
6	1	1
0	1	1
Horário do atendimento		
10	52	74
9	6	9
8	4	6
7	4	6
6	2	3
5	2	3

Fonte: Autoria própria.

A média de notas variou de 9,257 a 9,728, sendo Segurança do local o quesito que obteve a menor média (9,257) e Silêncio durante o atendimento que obteve a maior (9,728), como se pode observar na TABELA 4.

TABELA 4 – Média de notas dos parâmetros analisados

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>
Limpeza dos espaços	9,614
Conforto do ambiente	9,314
Equipamentos em funcionamento	9,485
Silêncio durante atendimento	9,728
Privacidade no atendimento	9,657
Aparência do laboratório	9,414
Iluminação	9,471
Sinalização das salas	9,371
Segurança do local	9,257
Localização	9,385
Dia do atendimento	9,542
Horário do atendimento	9,371

Fonte: Autoria própria.

4.3 Satisfação dos pacientes com relação ao cuidado farmacêutico

Com relação ao cuidado farmacêutico, 100 % dos pacientes mostraram-se muito satisfeitos ou satisfeitos em alguns parâmetros analisados como Respeito e educação durante o atendimento; Atenção durante o atendimento; Interesse pela saúde do paciente; Informações sobre o tratamento e com os Farmacêuticos e estudantes de farmácia.

Em alguns parâmetros foi verificada uma pequena porcentagem de pouca satisfação ou insatisfação como Tempo de espera para o atendimento; Informações sobre a doença de Chagas e Informações sobre os exames realizados. Como pode-se observar na Tabela 5.

TABELA 5 – Satisfação quanto ao cuidado farmacêutico

Variáveis	n	%
Respeito e educação durante o atendimento		
Muito Satisfeito	48	68,57
Satisfeito	22	31,43
Pouco Satisfeito	-	-
Insatisfeito	-	-
Atenção durante o atendimento		
Muito Satisfeito	49	70,0
Satisfeito	21	30,0
Pouco Satisfeito	-	-
Insatisfeito	-	-
Tempo de espera		
Muito Satisfeito	29	41,43
Satisfeito	38	54,28
Pouco Satisfeito	3	4,29
Insatisfeito	-	-
Interesse pela sua saúde		
Muito Satisfeito	44	62,85
Satisfeito	26	37,15
Pouco Satisfeito	-	-
Insatisfeito	-	-
Informações sobre a doença de Chagas		
Muito Satisfeito	46	65,71
Satisfeito	23	32,86
Pouco Satisfeito	1	1,43
Insatisfeito	-	-
Informações sobre os exames realizados		
Muito Satisfeito	20	28,58
Satisfeito	33	47,14
Pouco Satisfeito	16	22,85
Insatisfeito	1	1,43
Informações sobre o tratamento		
Muito Satisfeito	44	62,85
Satisfeito	26	37,15
Pouco Satisfeito	-	-
Insatisfeito	-	-
Farmacêuticos e Estudantes		
Muito preparado	27	38,60
Preparado	43	61,40
Pouco preparado	-	-
Não preparados	-	-
Discriminação		
Sim	-	-
Não	70	100

Fonte: Autoria própria.

4.4 Importância do serviço de atenção farmacêutica realizado pelo LPDC

Verificou-se que 100% dos pacientes consideram o serviço de atenção farmacêutica realizado no LPDC muito importante e o indicariam para outras pessoas.

37,18% consideraram que ser bem acolhido pelo profissional é importante durante o atendimento dos farmacêuticos e estudantes de Farmácia; 26,9% relataram importante ser ouvido pelo profissional e falar o que quisesse; 14,10% elegeram sentir-se bem aceito; 12,82% consideraram compreender as orientações dadas e 9% consideraram importante ser bem acolhido pelo profissional.

TABELA 6 – Importância do serviço de atenção farmacêutica ao paciente chagásico.

Variáveis	n	%
Indicação do serviço		
Sim	70	100
Não	-	-
Serviço realizado no LPDC		
Muito importante	70	100
Pouco importante	-	-
Não importante	-	-
Importante no atendimento¹		
Ser ouvido pelo profissional e falar o que quisesse	21	26,9
Sentir-se bem aceito	11	14,10
Compreender as orientações dadas	10	12,82
Sentir competência por parte do profissional	07	9,0
Ser bem acolhido pelo profissional	29	37,18

Fonte: Autoria própria.

¹O “n” total desta variável é 78, visto que para esta era possível mais de uma resposta, assim diferente das demais cujo o “n” era 70.

5 DISCUSSÃO

5.1 Aspectos Socioeconômicos e demográficos

Com relação às características sociodemográficas, verificou-se que a média de idade entre os pacientes estudados foi de 52,9 anos. Resultado semelhante foi encontrado por Mota *et al.*, (2006) e Carvalho *et al.* (2013). Mota *et al.*, (2006) encontraram uma média de idade de 55,19 nos pacientes do Laboratório de Doença de Chagas da Universidade Estadual de Maringá e Carvalho *et al.* (2013) encontraram uma média de 56 anos em pacientes atendidos no ambulatório de infectologia do Hospital Couto Maia em 2012. Viana (2014) ao analisar 394 pacientes chagásicos atendidos no LPDC encontrou uma média de idade de 51,49 anos, corroborando com o resultado encontrado no presente estudo. O fato de encontrar uma população de chagásicos com idade acima de 50 anos indica o sucesso das campanhas de controle, tanto da transmissão vetorial, quanto o controle nos bancos de sangue (MENEGELLI; EJIMA; SILVA, 1991; WENDELL, 1997) e melhoria das habitações em regiões endêmicas (WHO, 2008). Esses fatores levaram a uma progressiva redução nos índices de mortalidade por DC em todo o país (DIAS, 2002).

É importante ressaltar que a população brasileira, de uma forma geral, encontra-se em processo de transição demográfica em que se observa o aumento de pessoas com mais de 60 anos (IBGE, 2002). Este fenômeno é comum à maioria dos países em desenvolvimento, onde a queda da mortalidade, associada ao declínio rápido e acentuado da fecundidade, tem acarretado um envelhecimento populacional (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Em relação a variável sexo, verificamos uma pequena diferença entre homens e mulheres, 44,3% e 55,7% respectivamente. Alguns estudos com pacientes chagásicos mostraram um predomínio do sexo feminino em relação ao sexo masculino (ALMEIDA *et al.*, 2007; ALVES *et al.*, 2009; GUARIENTO *et al.*, 2011). Esse dado pode estar relacionado com o pior prognóstico da DC associada ao sexo masculino, em que o sexo masculino atua como fator de risco para uma pior evolução entre os portadores crônicos dessa doença, de forma que os homens tendem a morrer mais cedo (GUARIENTO *et al.*, 2011; RASSI *et al.*, 2006). Entretanto, esse resultado pode ser explicado pelo fato que no estado do Ceará, segundo censo de 2010, há uma maior prevalência do sexo feminino (51%) em relação ao sexo masculino (49%) (IBGE, 2010).

Ao analisarmos a procedência dos entrevistados verificamos que 88,57% eram do interior do Ceará; sendo 27,14% do município de Limoeiro do Norte; 21,43% do município de Quixeré; 10% do município de Russas; 4,26% do município de Jaguaruana. Esses dados podem ser explicados devido ao fato que a grande maioria dos pacientes atendidos no LPDC é proveniente do interior do Ceará, mais especificamente da Microrregião do Baixo Jaguaribe. Essa microrregião envolve 10 Municípios que incluem: Alto Santo, Ibicuitinga, Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte (IPECE, 2009). Alencar em 1965 avaliou a positividade para *Trypanosoma cruzi* em reservatórios animais de ciclo doméstico em alguns desses municípios, encontrando uma positividade de 24,4% em Russas e 28,95% em Limoeiro do Norte (ALENCAR; 1965). Essa região ainda hoje é alvo de estudos em doença de Chagas como o inquérito soropidemiológico realizado por Freitas (2011), realizado no período de fevereiro a setembro de 2011, na comunidade de Sapé, zona rural de Limoeiro do Norte; a avaliação da soroprevalência da infecção chagásica realizada por Pereira *et al.* (2008) em quatro localidades rurais de Jaguaruana entre março de 2000 a abril de 2002 e Coutinho (2010) que realizou um estudo na área rural no Município de Russas entre 2007 a 2009, onde detectou a prevalência da DC.

O nível de escolaridade dos entrevistados foi bastante baixo. Verificou-se que 44% possuíam o ensino fundamental incompleto e 20% eram analfabetos. Alves *et al.* (2009) justificaram essa baixa escolaridade nos pacientes chagásicos devido, de maneira geral, à poucas oportunidades sociais, salários baixos e pouca instrução. O estudo realizado por Costa *et al.* (2007) encontrou uma prevalência de 58,4% de analfabetos em Mossoró-RN e Oliveira *et al.* (2006) observaram 27,9% de analfabetos e 68,6% dos pacientes tinham o fundamental incompleto, estudo este realizado na cidade de Montes Claros (MG).

As ocupações mais prevalentes entre os entrevistados foram agricultor (34%); aposentado (21%) e dona de casa (16%) e quanto à renda familiar, verificou-se a predominância de uma renda menor que um salário mínimo (67%), seguido de um salário mínimo (21%). A maior frequência de agricultores pode ser explicado pela grande quantidade de procedentes do interior do Ceará onde o setor de comércio e da agricultura são as principais fontes de renda da maioria dos municípios (IPECE, 2013). Enquanto que a elevada taxa de aposentados com DC, provavelmente, deveu-se ao fato de os soropositivos encontrarem-se na faixa etária de idosos ou próximos a ela como podemos observar na média de idade (52,93 anos) encontrada, como também pelo fato que a aposentadoria acontece

precocemente em portadores da DC devido ao comprometimento da saúde decorrente das complicações tardias da doença, para os quais é necessário tratamento constante e cuidados especiais (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Pesquisas apresentaram resultados semelhantes ao do presente estudo como o realizado por Costa *et al.* (2007), em que 83,3% dos indivíduos chagásicos entrevistados relataram receber menos de dois salários mínimo por mês, destes 33,3% afirmaram que a única fonte de renda vinha da agricultura familiar e 20,8% eram aposentados. Estudo, realizado por Carvalho *et al.* (2013), demonstraram que 87,5% dos infectados recebiam menos que dois salários mínimos, sendo a agricultura a principal fonte de renda.

5.2 Análise da infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC

Em relação à infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC, a média de notas em todos os parâmetros variou de 9,214 a 9,728, com isso, percebe-se que a grande maioria dos pacientes (acima de 60%) deu nota 10 para os parâmetros analisados, o que reflete, de uma maneira geral, a satisfação dos pacientes.

O alto grau de satisfação encontrado no presente estudo e em muitos outros pode ser consequência do baixo nível socioeconômico dos pacientes, pois a falta de recursos financeiros dessa faixa da população não lhe dá alternativas. Dessa forma, qualquer oportunidade que apareça em um momento de necessidade acaba sendo recebida com grande satisfação, mesmo que a qualidade do serviço não seja a ideal. Além disso, a percepção de qualidade por parte do cliente está diretamente relacionada a seu nível de expectativa. Quando as expectativas são excedidas, a percepção da qualidade do serviço melhora. Pacientes com menor nível socioeconômico tendem por criar menor expectativa devido à discriminação social, o que pode gerar, portanto, maior percepção de qualidade, pois a expectativa acaba sendo mais facilmente excedida (OLIVEIRA *et al.*; 2006; SOUZA; GRIEBELER; GODOY, 2007). Muitos destes pacientes não têm conhecimento pleno dos seus direitos e deveres, visto que grande parte da população possui baixo grau de instrução, o que pode ter reduzido a capacidade crítica dos pacientes para avaliar com mais objetividade suas percepções quanto ao serviço que lhes é prestado (MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

Outro fator importante a considerar seria que a alta satisfação pode expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço fazendo do usuário uma espécie de usuário cativo (GOMES; BARBOSA, 1999).

Moimaz *et al.* (2010) em seu estudo sobre a Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde verificaram que são necessários maiores investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos nos serviços de saúde, pois a maioria deles encontra-se sucateada e em desuso. Observaram a relevância da qualidade do atendimento aos usuários como determinante do seu nível de satisfação, evidenciando a necessidade de o serviço qualificar, cada vez mais, o processo de atendimento ao paciente, enfatizando aspectos tais como agilidade, responsividade e cortesia.

É interessante enfatizar que a estrutura física de serviço de saúde é um fator importante na qualidade do serviço prestado, porém não é o único fator para garantir o sucesso dos serviços de saúde. Para isso é necessária uma ligação entre a equipe multidisciplinar com as condições de infraestrutura (NOVAES, 2004).

O LPDC dispõe de um espaço pequeno para a realização de um serviço de atenção farmacêutica adequado. Diante da proporção que o serviço tomou é necessário um espaço maior, melhor equipado para o atendimento, para a realização de exames e mais confortável para os pacientes.

Alguns pacientes deram notas iguais ou menores que 7 em alguns parâmetros como o conforto do ambiente (4%); equipamentos em funcionamento (5%); privacidade no atendimento (4%); aparência do laboratório (4%); sinalização das salas (8%); segurança do local (8%); localização (7%); dia do atendimento (5%) e horário do atendimento (12%). Embora os percentuais daqueles que não aprovaram a infraestrutura não sejam significativos, deve-se levar em consideração esses parâmetros citados, buscando melhorá-los, proporcionando assim, um melhor atendimento.

5.3 Satisfação dos pacientes com relação ao cuidado farmacêutico

Muitos estudos mostram que na atenção em saúde o cuidado humanizado implica também na qualidade dos cuidados, a partir dos serviços públicos disponíveis aos cidadãos, sendo um indicador muito importante para a satisfação dos pacientes (SCHUSTER; MCGLYNN; BROOK, 2005; CHOUDRY; FLETCHER; SOUMERAI, 2005). Diante disso, observou-se que 69% dos pacientes estão muito satisfeitos e 31 % estão satisfeitos com o respeito e educação por parte da equipe do LPDC. Resultado semelhante foi observado no parâmetro atenção com a saúde do paciente, no qual, 70% disseram está muito satisfeitos e 30 % mostraram-se satisfeitos. Estudos mostram que o cuidado humanizado e a satisfação dos

usuários estão vinculados ao acolhimento dos funcionários e dos profissionais de saúde, onde na perspectiva do usuário, qualidade da atenção, respeito e educação da parte de funcionários e dos profissionais são indicadores do desejo por um relacionamento profissional/paciente sensível e humano (SAMICO *et al.*, 2005.)

Segundo Motta (2004) e Deslandes (2004), o termo humanização compreende a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, combinando domínio tecnológico tanto dos processos, comunicação como dos equipamentos, e esfera subjetiva que seria o relacionamento interpessoal. Já o cuidado situa-se no campo da atenção integral, propiciando ao indivíduo o desenvolvimento de sua capacidade de superar os efeitos da doença como fenômeno social, existencial e cultural. Vários autores concordam que os usuários expressam alto grau de satisfação com a interação de todos os atributos: respeito, consideração, ouvir, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais (MOREIRA; BORBA; MENDONÇA, 2007). No estudo de Gonçalves *et al.* (2011) que avaliaram a satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior PI ficou evidenciado a alta satisfação dos pacientes com o respeito, privacidade, ótimo relacionamento com os profissionais, além de conforto, boas instalações, limpeza e a satisfação de suas necessidades.

No presente estudo, quando se perguntou aos entrevistados sobre os estudantes de farmácia e farmacêuticos do serviço, 39% dos pacientes os consideraram muito preparados para as atividades desenvolvidas no serviço e 61% os consideraram preparados. E quando foi questionado aos pacientes se os estudantes e profissionais demonstravam interesse pela sua saúde, observou-se que 63% estavam muito satisfeitos com esse aspecto e 37% estavam satisfeitos. Moimaz *et al.* (2010) consideraram que o desempenho profissional é avaliado pelo usuário, através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas. O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo entre usuário e o serviço de saúde. Esse vínculo aperfeiçoa o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde. Neste mesmo estudo ficou evidenciada, uma preocupação com a humanização do atendimento e com uma forma de organização que leve em conta as necessidades do usuário.

Lopes e Silva (2004) destacaram em seu estudo sobre as estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde que o acolhimento não se

limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário. Aspectos como vínculo, resolutividade e desempenho profissional estão relacionados com o acolhimento.

Logo, pode-se perceber que ao se vincular ao serviço o paciente se torna satisfeito e seguro, pois ele se percebe aceito e próximo dos cuidadores. O vínculo implica estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização. É a responsabilização do profissional da saúde junto ao usuário pelo seu bem-estar. Contudo, isso não deve ser encarado como uma relação de dependência, pois o objetivo é educar e estimular o paciente para o autocuidado, conferindo-lhe autonomia (RIZZOTTO, 2002).

O LPDC proporciona aos estudantes de Farmácia um aprendizado na prática da atenção farmacêutica, onde o estudante tem o contato com o paciente, atuando diretamente na farmacoterapia, além de estimular os estudantes a tomarem decisões quando necessárias. Os estudantes têm a oportunidade de participar e acompanhar as coletas de sangue que são realizadas; aprendem a ter contato com o paciente, permitindo que o mesmo compartilhe suas percepções sobre a situação, orientam os pacientes quanto à doença e seus aspectos, sobre uma alimentação saudável; esclarecerem dúvidas acerca do plano terapêutico; fornecem informações sobre o potencial das complicações; observam as prescrições medicamentosas quanto à administração, horário e dosagens, explicando tudo de forma clara aos pacientes; realizam no LPDC exames sorológicos para o acompanhamento desses pacientes; aferem a pressão arterial dos mesmos, orientado no caso sejam verificadas alterações. Logo, diante desses resultados encontrados, observa-se que os pacientes estão muito satisfeitos com o desempenho dos estudantes de Farmácia durante os atendimentos.

Cada vez mais os usuários dos serviços de saúde buscam a resolução de suas necessidades de saúde, assim como por informações sobre as doenças que os agredem, sobre tratamentos disponíveis; exames realizados; buscam orientação do profissional de saúde que deve possuir conhecimento necessário para tais esclarecimentos, pois tais orientações vão auxiliar na manutenção do bem-estar do indivíduo como também lhes permitirão maior autonomia em relação à própria saúde (LIMA *et al.*, 2007).

Com relação ao repasse de informações sobre a doença de Chagas, 66% dos pacientes responderam estar muito satisfeitos, 33% satisfeitos e apenas 1% pouco satisfeito. Diante desses resultados, foi verificado que informações como agente causador da doença, formas de transmissão, formas clínicas, diagnóstico estão sendo repassadas para os pacientes. Informações como essas são essenciais para o paciente para que ele tenha consciência do seu

estado de saúde e para que tenha um cuidado maior com sua saúde. E em relação ao repasse de informações sobre o tratamento da doença de Chagas, 63% dos pacientes estão muito satisfeitos e 37% satisfeitos. Logo, pode-se inferir que os pacientes do LPDC estão conscientes sobre os benefícios do tratamento como também sobre os riscos do medicamento Benzonidazol. Sendo informados sobre as possíveis reações adversas e sobre quais condutas corretas devem ser tomadas. Essa orientação e treinamento em relação ao uso correto e seguro do medicamento são essenciais para uma maior aderência da farmacoterapia, trazendo maior benefício do tratamento e, conseqüentemente, uma melhora da qualidade de vida dos pacientes (LAPCLIN-CHAGAS, 2013).

Quando questionados sobre o repasse de informações sobre os exames realizados no LPDC, 29% estavam muito satisfeitos; 47% estavam satisfeitos; porém, observou-se que 23% estavam pouco satisfeitos e 1 % estavam insatisfeitos. Esse resultado encontrado deve funcionar como alerta para o serviço, pois informações sobre exames são essenciais que sejam repassadas para o paciente, para que ele tenha consciência do estágio da doença e de seu estado de saúde. Tal problema encontrado pode ser justificado pelo fato que o LPDC dispõe de pouco financiamento, apoio e parcerias com outras instituições. Para a execução dos testes sorológicos (Hemaglutinação; Imunofluorescência indireta e ELISA) que são realizados para acompanhamento da doença de Chagas, são necessários kits e equipamentos adequados que possuem preços elevados e diante da demanda de pacientes que o LPDC possui os recursos financeiros disponíveis, não estão sendo suficientes. Sendo necessária uma maior busca por financiamentos e parcerias.

Questionados sobre o tempo de espera para o atendimento, 41% responderam estar muito satisfeitos; 54% satisfeitos e 4% pouco satisfeitos. No LPDC devido ao pequeno espaço para o atendimento farmacêutico, apenas três pacientes podem ser atendidos individualmente ao mesmo tempo, o que pode gerar um tempo maior de espera pelos pacientes. Uma melhor infraestrutura e um maior número de estudantes e profissionais propiciaria um atendimento mais rápido.

Em muitos estudos, o tempo de espera para receber atendimento é uma das principais reclamações dos usuários, e essa insatisfação tem-se mostrado rotineira nos serviços (ANDRADE; FERREIRA, 2006; FRANCO; CAMPOS, 1998; KLOETZEL et al., 1998).

Foi perguntado aos pacientes se eles já tinham sofrido algum tipo de discriminação no LPDC e caso sim, dissessem o tipo de discriminação. Verificou-se que

100% dos entrevistados responderam que nunca sofreram nenhum tipo de discriminação. Resultado este, bastante satisfatório, pois todos os pacientes têm o direito de serem respeitados e bem tratados, tanto para melhorar a aderência ao serviço como também para melhorar seu próprio bem-estar. A humanização do atendimento é uma necessidade gritante nos serviços de saúde. A falta de comprometimento, respeito e atenção de muitos profissionais são umas das principais causas de insatisfação do usuário. Seguindo-se as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS, deve ser instaurada uma política de acolhimento para os usuários dos serviços de saúde que inclua toda a equipe dos serviços, desde o guarda ou vigia da unidade até o médico, para que os pacientes sejam melhor recebidos e tratados nos serviços que buscam (BRASIL, 2004).

Um estudo realizado por Moimaz *et al* (2010) analisou a satisfação e percepção dos usuários do SUS e verificou alta satisfação dos pacientes com o cuidado humanizado por parte dos profissionais. 69,5% dos pacientes relataram confiar em todos os profissionais de saúde da rede pública pelos quais foram atendidos. Mais da metade (63,7%) já havia recebido informação sobre prevenção. 72,9% dos pacientes relataram que os profissionais de saúde que os atenderam explicaram sobre a doença que tinham ou tem, e sobre os procedimentos que foram realizados para o tratamento (70,3%); 83,1% relatou que os profissionais explicaram a respeito da administração dos medicamentos; 73% relataram que receberam atenção adequada às suas queixas por parte dos profissionais.

O cuidado humanizado deve ser reconhecido como relacionamento profissional sensível, competente, atencioso e deve ser objetivo de incentivo através de ações e programas institucionais. A avaliação do cuidado humanizado deve ser estimulada de modo a auxiliar nos mecanismos de qualificação e eficácia da atenção e da gestão (GONDIM; ANDRADE; 2014).

Diante dos resultados obtidos no presente trabalho com relação ao cuidado humanizado, não restam dúvidas que os pacientes são respeitados, bem atendidos, são acolhidos pela equipe do LPDC e recebem as informações necessárias referentes à doença, tratamento e exames, verificando alto índice de satisfação dos entrevistados. Apesar da pouca infraestrutura, o cuidado farmacêutico se sobressai alcançando a satisfação dos pacientes com o serviço prestado. Novais (2004) afirma que somente a estrutura física de um serviço não pode ser levada em consideração para avaliar a qualidade de um serviço, sendo necessária uma articulação complexa do processo de trabalho da equipe com as condições de infraestrutura, dos serviços e do sistema de saúde.

5.4 Importância do serviço de atenção farmacêutica realizado pelo LPDC

Buscando estimar a importância do serviço para os pacientes do LPDC, perguntou-se como eles consideravam o serviço realizado importante e verificamos que 100% dos pacientes consideram o serviço de atenção farmacêutica aos pacientes chagásicos muito importante. Resultados como esse demonstram que os pacientes têm consciência de todas as atividades desenvolvidas no LPDC e da sua importância, como também fica constatado que os usuários entendem que a atenção farmacêutica aos pacientes chagásicos é essencial para um melhor tratamento, uma maior vigilância das reações adversas a medicamentos, melhor acompanhamento da doença de Chagas; de comorbidades e de uma melhoria na sua qualidade de vida, uma vez que um dos objetivos da atenção farmacêutica é conseguir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente, contribuindo especialmente nas doenças crônicas, como é o caso da doença de Chagas.

As doenças crônicas têm um grande impacto na morbidade e mortalidade de pacientes e representam um desafio para os serviços de saúde. Pacientes com doenças crônicas podem se beneficiar de estratégias preventivas proporcionadas pela atenção farmacêutica para detectar e tratar complicações, numa fase inicial, reduzindo a morbidade e mortalidade e, conseqüentemente, os custos relacionados com a saúde (BRASIL, 2011). Como se sabe, a doença de Chagas é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MELO, *et al.*, 2012), logo esses pacientes necessitam sempre de um acompanhamento. Santschi *et al.* (2011) salientaram a importância de intervenções realizadas por farmacêuticos na identificação e controle dos fatores de risco para doença cardiovascular.

Estudo realizado por Suda, Uemura e Velasco (2009) em uma clínica – escola de fisioterapia de Santo André SP avaliaram a satisfação dos pacientes atendidos e observou um alto nível de satisfação com a infraestrutura da clínica e com o atendimento recebido. Parâmetros semelhantes ao presente estudo foram avaliados como o conforto do ambiente; limpeza dos espaços e localização; assim como respeito e atenção por parte do profissional; privacidade durante o atendimento e esclarecimentos sobre doença e tratamento. Os autores concluíram que o acolhimento do paciente, a confiança, seriedade e a competência dos profissionais foram os grandes responsáveis pela opinião positiva homogênea encontrada nesse estudo.

Araújo (2003), em seu estudo sobre avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará,

verificou que os pacientes estavam muitos satisfeitos com a infraestrutura da clínica e quase totalidade dos pacientes (98%) estavam muito satisfeitos com o cuidado recebido por parte dos profissionais.

Machado e Nogueira (2008) em seu estudo Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia, verificaram altos índices de satisfação com o atendimento recebido e observaram que a assistência realizada pelos profissionais foi considerada satisfatória pelos usuários.

No presente estudo, verificou-se que 100% dos entrevistados indicariam o serviço para outras pessoas, o que demonstra que, apesar das limitações do LPDC, este tem conseguido trazer uma atenção mais humanizada e especializada para os seus pacientes. Foi solicitado ainda aos pacientes que escolhessem, no momento da entrevista, entre as opções sugeridas, o que eles consideravam mais importante no atendimento dos farmacêuticos e estudantes de Farmácia, podendo optar por mais de uma resposta. Observou-se que 37,18% considerou mais importante no atendimento ser bem acolhido pelo profissional; 26,9% ser ouvido pelo profissional e falar o que quisesse; 14,10% sentir-se bem aceito; 12,82% compreender as orientações dadas.

Percebe-se, tanto no presente estudo como em outros estudos de satisfação dos usuários dos serviços de saúde, que a recomendação do serviço ocorre na maioria das vezes, devido ao bom atendimento propiciado aos usuários, os quais relacionam qualidade dos serviços a um bom atendimento, que por sua vez se expressa nas condições de acolhimento e acompanhamento do paciente pela equipe de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2010). Dessa forma, o acolhimento, a atenção e o cuidado com o paciente parecem sobressair os problemas de infraestrutura e escassez de recursos que existem na maioria dos serviços de saúde e o cuidado humanizado acaba sendo um dos aspectos mais importantes na avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

Diante de tudo que já foi discutido e dos resultados obtidos, pode-se aferir que os pacientes do LPDC apresentaram um alto nível de satisfação com o serviço de atenção farmacêutico prestado a eles, principalmente com relação ao cuidado humanizado que eles recebem durante os atendimentos. Que apesar das limitações como infraestrutura, falta de recursos financeiros, os pacientes são bem acolhidos pelo serviço e têm suas necessidades atendidas, portanto sentindo-se satisfeitos. Porém, não podemos esquecer que apesar do alto nível de satisfação dos pacientes, o LPDC precisa ser melhorado em relação a sua estrutura física para que possa atender a demanda de pacientes que cresce a cada dia. É necessária uma

sala maior e mais confortável para que os pacientes tenham conforto, maior privacidade e silêncio durante os atendimentos; uma sala de coleta contendo os equipamentos necessários, exclusiva para os pacientes do LPDC, dessa forma proporcionando uma maior agilidade nos atendimentos; financiamento tanto para compra de kits sorológicos e equipamentos modernos para o acompanhamento da doença de Chagas nesses pacientes, como para pesquisas relacionadas com a doença.

Durante a execução deste trabalho, não foi possível aplicar o questionário para um maior número de pacientes no período de abril/2014 a outubro/2014, pois houve à falta de médico cardiologista para o atendimento de pacientes com doença de Chagas no Hospital Universitário, de onde proveem a maior parte dos pacientes atendidos no serviço. Porém, o LPDC é responsável pela dispensação de mais da metade do benzonidazol prescrito no estado do Ceará, e, portanto, os dados são bastante representativos da população chagásica atendida nesta época.

Por ser um questionário com opções de respostas, o mesmo não permite ao pesquisador mostrar todas as impressões e depoimentos ouvidos durante as entrevistas. Outra limitação encontrada foi a ausência de trabalhos na área de atenção farmacêutica aos pacientes chagásicos, porém, mesmo diante dessas limitações foi possível mensurar o quanto os pacientes estão satisfeitos com o atendimento recebido por parte da equipe do LPDC.

O serviço de atenção farmacêutica aos pacientes com doença de Chagas deve servir como exemplo de cuidado humanizado para as unidades de saúde, melhorando a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, atingindo a satisfação da população que busca por atendimento nos serviços de saúde. Sabe-se que ainda há muito a ser trabalhado em termos de acesso e acolhimento nas unidades de saúde, principalmente, qualificar o atendimento e alcançar a integralidade e a resolutividade da assistência, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, centrado nas necessidades do paciente.

6 CONCLUSÃO

1. A população estudada é composta em sua maioria por mulheres, com média de idade 52,93 anos, provenientes principalmente da Microrregião do Baixo Jaguaribe, de baixa renda familiar e escolaridade, formada majoritariamente de agricultores e aposentados.
2. Os pacientes mostram-se satisfeitos com a infraestrutura, localização e funcionamento do LPDC, estando este, portanto, adequado para efetuar os atendimentos.
3. Foi observado um alto nível de satisfação dos pacientes com relação ao cuidado humanizado proporcionado pelos estudantes de Farmácia e farmacêuticos durante os atendimentos.
4. O serviço de atenção farmacêutica foi considerado muito importante pelos pacientes entrevistados, inclusive o indicando para outras pessoas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas de satisfação retratam resultados temporários e que precisam sempre estar em evidência, pois refletem as condições dos serviços que são oferecidos aos usuários, necessitando de contínuo aprimoramento até mesmo em razão do aumento do número de pacientes, sob pena de se tornarem ineficazes. Logo, essa pesquisa deve continuar, sendo aplicada em todos os atendimentos e constantemente avaliada, tornando-se padrão no LPDC.

Deve-se ter sempre em mente que satisfação do pacientes deve ser o objetivo final de qualquer serviço de saúde. Para isso, é necessário considerar alguns pontos importantes, como a percepção das pessoas, decorrente de inúmeros fatores socioeconômicos e culturais, condições de vida e, principalmente, a condição pessoal de cada um no momento em que foi entrevistado.

Como mostrado nos resultados, o serviço de atenção farmacêutica realizado no LPDC é de extrema importância para acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes, diante das complicações que a doença de Chagas provoca, proporcionando-lhe um maior cuidado com a saúde, com a farmacoterapia e conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida; sendo um exemplo de cuidado humanizado em saúde, apesar de todas as suas limitações.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, J. E. Estudo sobre a epidemiologia da Doença de Chagas no Ceará. III – Região do Baixo Jaguaribe. **Revista Brasileira de malariologia e doenças tropicais**, v.17, n. 2-3, p. 149-158, 1965.
- _____. **História natural da doença de Chagas no estado do Ceará**. Fortaleza. Imprensa Universitária da UFC, 1987. 341p.
- ALMEIDA, E. A. *et al.* Apresentação clínica da doença de Chagas crônica em indivíduos idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.40, n.3, p. 311-315, 2007.
- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.17, p. 333-340, 2005.
- ALVES, R. M. A. *et al.* Chagas' disease and ageing: the coexistence of other chronic disease with Chagas' disease in elderly patients. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.6, p. 622-628, 2009.
- ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.
- ARAÚJO, I. C. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. 2003. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ASSIS, G. F. M. **Avaliação laboratorial e clínica de indivíduos chagásicos tratados com o benzonidazol e não tratados residentes no Município de Berilo, Vale do Jequitinhonha, MG**. 2011. 146 f. Tese (Doutorado) Curso de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, 2011.
- BENEY, J; BERO, L. A.; BOND, C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilization, costs, and patient outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 3, 2000.
- BERGAMAN, A. *et al.* Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. **Scand J Prim Health Care**, v. 25, n 1, p. 9-14, 2007.
- BERN, C. *et al.* Evaluation and treatment of Chagas' disease in the United States: a systematic review. **JAMA**, v. 298, n. 18, p. 2171-2181, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador**

das práticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, 2008. p. 27-28.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8ª edição, pg 145-151, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Localidade: Não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde, 148 p, Brasília, 2011.

CAMPOS, S. **Diagnóstico Laboratorial na Doença de Chagas**. 2003. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

CANÇADO, J. R.. Long term evaluation of etiologial treatment of Chagas disease with benznidazole. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São Paulo, v.44, n.1, p. 29-37, 2002.

CÂNDIDO, D. S. **Avaliação das reações adversas ao tratamento com benzonidazol em pacientes chagásicos crônicos atendidos em um serviço de atenção farmacêutica no estado do ceará**. 2014. 77 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

CARLIER, Y. *et al.* Trypanosomiase americaine ou maladie de Chagas. **Enciclop Med-Chirurgic**, v.8, p. 505-520, 2002.

CARVALHO, R. B. *et al.* Perfil bio-social dos indivíduos portadores de doença de chagas atendidos no ambulatório de infectologia do hospital Couto Maia, Salvador, Bahia. **Revista Baiana de saúde pública**. v.37, Suplemento 1, p. 133-143. Jan/mar, 2013.

CASTRO, J.A.; MECCA, M.M.; BARTEL, L.C. Toxic side effects of drugs used to treat Chagas' disease (American Trypanosomiasis). **Hum Exp Toxicol**, v.25, n. 8, p. 471-479, 2006.

CHAGAS disease: the forgotten American neuroinfection. **The Lancet Neurology**, v. 8, p.501, 2009. Disponível em: <www.thelancet.com/neurology>. Acesso em: 20 abr. 2014.

CHAGAS, C. Nova tripanozomíase humana: estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen., n. sp., agente etiológico de nova entidade morbida do homem. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v.1, n. 2, p.159-218,1909.

CHINDIA, E.D. **Estudo exploratório sobre satisfação do usuário de consultas externas do Hospital Josina Machel Luanda, Angola**. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de

Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

CHOUDRY, N.K.; FLETCHER, R.H.; SOUMERAI, S.B. Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of health care. **Ann Intern Med**, v. 142, p. 260-273, 2005.

CIPOLLE, D.J; STRAND, L. M.; MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacêutica**. Madrid: McGraw Hill / Interamericana, 2000. p. 1-36.

CONSENSO Brasileiro em Doença de Chagas. Secretaria de vigilância em saúde do Ministério da Saúde, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**, v. 38, supl. 3, 2005.

COSTA, W. P. *et al.* Perfil sócio-cultural-econômico dos portadores de doença de Chagas em áreas endêmicas na zona rural do município de Mossoró-RN. **Revista Verde De Agroecologia E Desenvolvimento Sustentável Grupo Verde De Agricultura Alternativa (gvaa)**, Mossoró, p.101-106, dez. 2007.

COURA, J.R.; VIÑAS, P.A. Chagas disease: a new worldwide challenge. **Nature**, v. 465, p. S6-S7, 2010.

COUTINHO, C. F. S. **Fatores associados ao risco para doença de Chagas em área rural do Município de Russas – Ceará, Brasil**: abordagem especial. 2010. 75f. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Cien Sau Coletiva**, v. 9, p. 7-14, 2004.

DIAS, J. C. P. O Controle da doença de Chagas no Brasil. In: SILVEIRA, AC (ed) **O controle da doença de Chagas nos países do cone sul da América**: História de uma iniciativa internacional 1991-2001. Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, 2002. p. 145-250.

DIAS, J. C. P.; COURA, J. R. **Clínica e terapêutica da doença de Chagas**: uma abordagem prática para o clínico geral. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 486 p.

DIAS, J.C.P. *et al.* Inquérito nacional da prevalência de infecção chagásica em doadores de sangue. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v. 24, n.1, p. 47,1991.

DIAS, J.C.P. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, p. 43-59, 2000.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica - definición y métodos de evaluación. **Salud Pública de México**, v.32, n. 2, p.248-249, 1984.

_____. **The definition of quality**: approaches to its assesement. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v.114, n. 11, p. 1115-8, 1990.

ESTANI, S.S.; SEGURA, E. L. Etiological treatment in patients infected by *Trypanosoma cruzi*: Experiences in Argentina. **Current Opinion in Infections Disease**, v.19, p 583-587, 2006.

ESTANI, S.S.; VIOTTI, R.; SEGURA, E. L. Therapy, diagnosis and prognosis of chronic Chagas disease: insight gained in Argentina. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 104, supl. 1, p. 167-180, 2009.

FABBRO, D. *et al.* Trypanocide treatment among adults with chronic Chagas disease living in Santa Fe City (Argentina), over a mean follow-up of 21 years: parasitological, serological and clinical evolution. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.40, n.1, p. 1-10, 2007.

FARIAS, L.O; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, v. 8, n. 2, p.585-98, 2003.

FERNANDES, C. D *et al.* Efficacy of benzonidazol treatment for assymptomatic chagasic patients from state of Rio Grande do Sul evaluated during a three years follow-up. **Memorias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.104, n.1, p. 27-32, 2009.

FOX, J.G.; STORMS, D. M. A different approach to social demographic predictors for satisfaction with health care. **Soc Sci Med.**, v. 15, p. 557-67, 1981.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, 1998.

FREITAS, A.L.C.C. *et al.* Vigilância Entomológica dos Vetores da Doença de Chagas no Município de Farias Brito, estado do Ceará – Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.231- 240, 2007.

FREITAS, E. C. **Inquérito soroepidemiológico da Doença de Chagas na comunidade de Sapé, zona rural de Limoeiro do Norte, Ceará.** 2011. 44 p. Monografia (Curso de Farmácia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GASCON, J.; BERN, C.; PINAZO, M. J. Chagas disease in Spain, the United States and other non-endemic countries. **Acta Trop.**, v. 115, p. 22–27, 2010.

GOLDSTEIN, M.S.; ELLIOTT, S.D.; GUCCIONE, A.A. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. **Phys Ther.**, v.80, n.9, p.853-63, 2000.

GOMES, M.; BARBOSA, E.F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **Revista Educativa**, São Paulo, 1999.

GOMES, M.A.M. *et al.* Organização da Assistência Perinatal no Brasil. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 21-48, 2004.

GONÇALVES, J.R. *et al.* Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioter Mov.**, v. 24, n. 1, p. 47-56, 2011.

GONDIM, A.P.S.; ANDRADE, J.T. Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde – Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 61-68, 2014.

GONTIJO, E.D; GALVÃO, L.M.C; SANTOS, E. S. Chagas Disease: Criteria of Cure and Prognosis. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, v.94, p. 357-362, 2009.

GUARIENTO, M.E. *et al.* A. Perfil clínico de idosos portadores de doença de Chagas atendidos em serviço de referência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.9, n.1, p. 20-24, 2011.

HARALAMPIDOU, K. L. A saúde precisa de atenção farmacêutica. **Pharmácia Brasileira**, Brasília, v. 3, n. 24, p. 22, 2001.

HEPLER, C.D.; STRAND, L .M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm.**, v. 47, n.3, p.533-543, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Brasília, 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acessado em: maio/2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=2R&uf=23>. Acessado em: maio/2015.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). Governo do Estado do Ceará. **Perfil Básico Municipal 2013: Limoeiro do Norte**. 2013. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm2013/Limoeiro_do_Norte.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Governo do Estado do Ceará. **Precipitação Pluviométrica**. 2009. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/12/pdf/1_2_10_precipitacao_pluviometrica_2006.pdf>. Acesso em: 21 maio 2015.

JOHNSON, M.D. *et al.* The evolution and future of national customer satisfaction index models. **Journal of economic psychology**, v. 22, p 217-245, 2001.

JURBERG, J *et al.* Uma Iconografia dos Triatomíneos (Hemíptera: Reduviidae). **Entomologia e Vetores**, v. 11, n.3, p. 454-94, 2004.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primaria a saúde. A satisfação do usuário. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, 1998.

LABORATÓRIO DE PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇA DE CHAGAS - LAPCLIN-CHAGAS (Belo Horizonte). Fundação Oswaldo Cruz. **Atenção em saúde**, 2013. Disponível em: <<http://blog.ipecc.fiocruz.br/lapclin-chagas/atencao-em-saude/>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

LANSKY, S. *et al.* Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Caderno de Saúde Pública**, Minas Gerais, v. 22, p. 117-130, 2006.

LEÃO, A.L.M.S.; MELO, S.C.B.M.; LIMA, F. Qualidade percebida em um serviço de saúde: o caso de uma organização social. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 21, 2001, Salvador-BA, **Anais...**, Salvador-BA, 2001.

LEON, R. B. Chagas' disease in the Americas: an ecohealth perspective. **Cad Saude Publica**, v.25, n.1, p. S71-S82, 2009.

LEWIS, J.R. Patient views on quality care in general practice: literature review. **Soc Sci Med**, v. 39, p. 655-70, 1994.

LIMA, M.A.D.S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n.1, p.12-17, 2007.

LIN, B.; JONES, C.A. Some issues in conducting customer satisfaction surveys. **Journal of Marketing Science**, v.3, n.1, p.4-13, 1997.

LOPES, M.J.M.; SILVA, J.L.A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Rev Latinoam Enfermagem**, v. 12 n. 4, p. 683-688, 2004.

MACHADO, N.P.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Rev Bras Fisioter**, v. 12, n. 5, p. 401-408, São Carlos, 2008.

MEDEIROS, F.A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MELO, F.R.M. *et al.* Multiple causes of death related to Chagas' disease in Brazil, 1999 to 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 45, n. 5, 2012.

MELO, F.R.M. *et al.* Prevalence of Chagas disease in Brazil: A systematic review and meta-analysis. **Acta Tropica**. v. 130, p.167-74, 2013.

MENEGELLI, U. G.; EJIMA, F. H.; SILVA, L. R. Evidências do declínio da ocorrência do megaesôfago e do megacólon chagásicos: Estudo epidemiológico no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.24, p. 218-224, 1991.

MENEZES, C. *et al.* Clinical aspects of Chagas disease and implications for novel therapies. **Drug Development Research**, v.72, n.6, p. 471-479, 2011.

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n. 4, p. 1419-1440, Rio de Janeiro, 2010.

MOREIRA, C.F.; BORBA, J.A.M.; MENDONÇA, K.M.P.P. Instrumento para aferir a satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica na rede pública de saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 14, n.3, p. 37-43, 2007.

MOTA, D.C.G.D. *et al.* Estresse e resiliência em doença de Chagas. **Aletheia**, p.57-68, jul./dez. 2006.

MOTTA, M.G. Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 57, p. 758-760, 2004.

MUNOZ, J. *et al.* Clinical profile of Trypanosoma cruzi infection in a non-endemic setting: immigration and Chagas disease in Barcelona (Spain). **Acta Trop.**, v.11, p.51-55, 2009.

NEVES, D. P *et al.* **Parasitologia Humana**. 12. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

NEWSOME, P.R.H; WRIGHT,G.H. A review of patient satisfaction: 1 concepts of satisfaction. **Br Dent J, London**, v. 186, n. 4, p. 161-165, 1999.

NOVAES, H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20 ,Supl. 2, p.147-173, 2004.

OLIVEIRA, D. *et al.* Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. **Arq Bras Oftalmol**, v.65, n. 5, p. 731-736, 2006.

OLIVEIRA, F. A. S. *et al.* Características epidemiológicas dos pacientes com Doença de Chagas. **Rev Bras Med Fam e Com.** v.2, nº 6, jul / set , 2006.

OLIVEIRA, L. M. C. B. *et al.* Immunological and clinical Evaluation of Chagasic Patients Subjected to Chemotherapy during the Acute Phase of Trypanosoma cruzi Infection 14–30 Years Ago. **The Journal of Infectious Diseases**, Minas Gerais, v. 182, n. 2, p.634-638, 2000.

OLIVEIRA, R.B. *et al.* Gastrointestinal manifestations of Chagas' disease. **Am J Gastroenterol**, v. 93, p.884-889, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD(OMS). **El papel del farmacéutico en el sistema atención de la salud**: Declaração de Tokio. Genebra: OMS, 1993. p.37.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília, 2002.

_____. **Doença de Chagas, guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos**. Rio de Janeiro, 2009.

PEDROSA, R. C *et al.* Time-dependent oxidative stress caused by benznidazole. **Redox Report.**, v. 6, n. 4, 2001.

PEREIRA, J.B. *et al.* Epidemiologia da doença de Chagas em quatro localidades rurais de Jaguaruana, Estado do Ceará. Soroprevalência da infecção, parasitemia e aspectos clínicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.41, n.4, p. 345-351, 2008.

PEREIRA, V. L.; MARCOS, A. A.; BOAINAIN, E. Xenodiagnóstico, Hemocultura e teste de lise mediada pelo complemento como critérios de seleção de pacientes chagásicos crônicos para quimioterapia. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São Paulo, v.31, p. 301-307, 1989.

PICON, P.D; BELTRAME, A. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Medicamentos Excepcionais**. Porto Alegre: Gráfica e Editora Pallotti, 2002.

POLAK, A.; RICHLE, R. Mode of action of the 2-nitroimidazole derivative benznidazole. **Annals of Tropical Medicine and Parasitology**, v.72, p. 45-54, 1978.

PONTES, V. M. O. *et al.* Reações adversas em pacientes com doença de Chagas tratados com benzonidazol, no Estado do Ceará. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43, n.2, p. 182-187, 2010.

POSTAN, M; ARMENTI, A. Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole versus no treatment. **Annals of Internal Medicine**, v.144, p.724-734, 2006.

PRATA, A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. **The Lancet Infectious Diseases**, v.1, p. 92-100, 2001.

RASSI, A. JR. *et al.* Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas' heart disease. **The New England Journal of Medicine**, v.355, n.8, p.799-808, 2006.

RIZZOTTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras Enfermagem**, v.55, n. 2, p. 196-199, 2002.

ROSS, C.K; STEWARD, C.A; SINACOPE, J.M. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. **Med Care**, v.31, p.1138- 49, 1993.

SAMICO, I. *et al.* Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant.**, v. 5, p. 229-240, 2005.

SANTSCHI, V. *et al.* Impacto da atenção farmacêutica no tratamento de fatores de risco para doenças cardiovasculares:. Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos randomizados. **Arch. Intern. Med.**, v.171, n.16, p.1441-1453, 2011.

SARMENTO, R. R. **Interação do *Trypanosoma cruzi* com células da resposta imune inata**. 2008. 74f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Patologia Clínica. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2008.

SCHMUNIS, G. A. Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.102, p. 75-85, 2007.

SCHMUNIS, G. A.; YADON, Z. E. Chagas' disease: a Latin American health problem becoming a world health problem. **Acta Tropica**, v. 115, p. 14-21, 2010.

SCHUSTER, M.A.; MCGLYNN, E.A.; BROOK, R.H. How good is the quality of health care in the United States? **Milbank Q.**, v 83, p. 843-95, 2005.

SILVA, A. D. G. *et al.* Avaliação do Programa de Controle da doença de Chagas no estado do Ceará: período de gestão federal, 1975 a 2002. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 873-892, 2009.

SOUZA, A.; GRIEBELER, D.; GODOY, L. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos: estudo de caso sobre expectativas e percepções de clientes. **Produção**, v. 17, n. 3, p. 435-453, 2007.

SUASNABAR, D. F. *et al.* Evolutive behavior towards cardiomyopathy of treated (nifurtimox or benznidazole) and untreated chronic chagasic patients. **Revista do Instituto Medicina Tropical de Sao Paulo**, v.42, n.2, p. 99-109, 2000.

SUDA, E.Y.; UEMURA, M.D.; VELASCO, E. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.2, p.126-31, abr./jun. 2009.

TORANZO, E. G.D. *et al.* Interaction of benznidazole reactive metabolites with nuclear and kinetoplastic DNA, proteins and lipids from *Trypanosoma cruzi*. **Experientia**, v. 44, p. 880-881, 1988.

TORPY, J.M; BURKE, A.E; GLASS, R.M. Chagas disease. **JAMA**, v. 298, n. 18, p. 2222, 2007. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/collection.aspx?categoryid=6258>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

VASCONCELOS, A. S. O. B. **Índice de infestação e infecção de triatomíneos por Trypanosoma cruzi na região sudeste do Estado do Ceará**. 75p. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2013.

VIANA, C. E. M. **Perfil socioeconômico e epidemiológico de pacientes chagásicos atendidos no serviço de atenção farmacêutica no Ceará**. 2014. 57f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

VIEIRA, J. L. *et al.* Chagas disease centennial anniversary celebration: historical overview and prospective proposals aiming to maintain vector control and improve patient prognosis – a permanent challenge. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, v.104, n.1, p.5-7, 2009.

VIEIRA, P. F. C. **Proposta de um modelo de implantação de atenção farmacêutica a pacientes idosos chagásicos**. 2013. 66 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

VIOTTI, R. *et al.* A. Long term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole versus no treatment: a nonrandomized trial. **Annals of Internal Medicine**, v.144, p. 724-734, 2006.

VIOTTI, R *et al.* Side effects of benznidazole as treatment in chronic Chagas disease: fears and realities. **Expert Rev Anti Infect Ther**, v.7, p.157-63, 2009.

WEISS, G.L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. **Med Care**, v.26, p.383-92, 1988.

WENDELL, S. Doença de Chagas transfusional. In: DIAS, J. C. P.; COURA, J. R. (eds) **Clínica e terapêutica da doença de Chagas: Uma abordagem prática para o clínico geral**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997. p. 411-422.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Chagas disease: control and elimination**. Report of the Secretariat, EB124/17, nov. 2008.

_____. **First WHO Report on Neglected diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/en/>. Acesso em: 29 abr. 2014.

_____. **Chagas disease information**. 2014. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

WIJK, B.L.V. *et al.* Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication: a systematic review. **Ann Pharmacother**, v.39, n.2, p.319-28, 2005.

ZANON, U. **Qualidade da assistência Médico-Hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de Qualidade**. Rio de Janeiro: Ed Medsi, 2001.

ZULANTAY, I. *et al.* La mejoría electrocardiografica con el tratamiento de la enfermedad de Chagas cronica, es independiente de la persistencia de Trypanosoma cruzi. **Revista Medica Chile**, v.133, p. 1153-1160, 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: avaliação da satisfação dos pacientes chagásicos atendidos por um serviço de atenção farmacêutica no estado do ceará. O objetivo deste estudo é verificar se os usuários estão satisfeitos com a localização, estrutura física do Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas (LPDC) e com o atendimento farmacêutico fornecido pelo LPDC.

Se concordar em participar da pesquisa, o(a) Sr(a) terá que responder a um questionário com informações pessoais como idade, renda familiar, escolaridade, ocupação, estado civil e com informações sobre o acesso, instalações físicas do laboratório e sobre o atendimento farmacêutico. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados na monografia, eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, e a qualquer momento o (a) Sr(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar do estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados.

O(A) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação e trará muitos benefícios aos pacientes atendidos pelo serviço, pois mostrará o que deve ser aprimorado no serviço para que os pacientes tenham cada vez mais um atendimento de qualidade.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) Sr(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Dr(a) **Maria de Fátima Oliveira** que pode ser encontrada no endereço Avenida Bezerra de Menezes, 2500 apto 204, telefone(s) (85)32871737 e (85)96199395. Email: fatimaufc@hotmail.com.

“Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC – Rua Cel. Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8344 – E-mail: comepe@ufc.br”

Caso o (a) Sr(a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se o(a) Sr(a) concordar em participar, solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____.
Sujeito da pesquisa

Fortaleza, ____ de _____ de 20____.
Responsável pelo estudo

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS
PACIENTES CHAGÁSICOS ATENDIDOS POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
FARMACÊUTICA NO ESTADO DO CEARÁ**



1. IDENTIFICAÇÃO DE CONTROLE

CÓDIGO

1) Nº do programa	NP
2) Data da Entrevista	DATA
3) Entrevistador(a)	ENTREVISTA

2. INFORMAÇÕES GERAIS DO(A) ENTREVISTADO(A)

4) Sexo: Feminino=1 () Masculino=2 ()	SEXO
5) Procedência:	PROCED
6) Idade:	IDADE
7) Em que o(a) senhor(a) trabalha?	TRABALHO
8) Qual seu estado civil? Solteiro(a)=1 () Casado(a)=2 Separado(a)=3 () Divorciado(a)=4 () Desquitado(a)=5 Vive com o(a) companheiro(a)=6 () Viúvo(a)=7 ()	CIVIL
9) Escolaridade Analfabeto=1 () Fundamental inc.=2 () Fund. comp.=3 () Médio inc.=4 () Médio.Comp.=5 () Superior=6 ()	ESCOLAR
10) Renda Familiar < 1 SM=1 () 1 SM=2 () 2 a 4 SM=3 () ≥ 5 SM=4 ()	RENDA

3. INFRA-ESTRUTURA, LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO LPDC E DA SALA DE COLETA

11) Dê uma nota entre 0 e 10 quanto à infra-estrutura, localização e funcionamento do LPDC e da sala de coleta:

	Nota	
Limpeza dos espaços		LIMPEZA
Conforto do ambiente		CONFORT
Equipamentos em funcionamento		EQUIPAM
Silêncio durante atendimento		SILENCIO
Privacidade no atendimento		PRIVAC
Aparência do laboratório		APAREN
Iluminação		ILUMIN
Sinalização das salas		SINALIZ
Segurança do local		SEGURAN
Localização		LOCALIZ
Dia do atendimento		DIAATEND
Horário do atendimento		HORARIO

4. CUIDADO HUMANIZADO

12) Em relação ao respeito e educação por parte da equipe do LPDC, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	RESPEDUC
13) Em relação à atenção por parte da equipe do LPDC, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	ATENCAO
14) Em relação ao tempo de espera para receber atendimento, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	TEMPO
15) Para o(a) Sr(a), os farmacêuticos e estudantes de farmácia são: Muito preparados=1 () Preparados=2 () Pouco preparados=3 () Não são preparados=4 ()	PREPARAD
16) Em relação ao interesse pela sua saúde por parte da equipe do LPDC, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	INTERES
17) Em relação ao repasse de informações sobre a doença de chagas, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	INFORDOEN
18) Em relação ao repasse de informações sobre o tratamento da doença de chagas e sobre as reações adversas, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	INFORTRAT
19) Em relação ao repasse de informações sobre os resultados dos exames realizados, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	INFOREXAM
20) O(A) Sr(a) já sofreu algum tipo de discriminação e/ou preconceito no LPDC? Sim=1 () Não=2 () Não lembro=3 ()	PRECON
21) Se sim, qual tipo? Enfermidade=1 () Cor/etnia=2 () Situação financeira=3 () Orientação sexual=4 () Outros=5 () : _____	PRECONTIP

5. IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO

22) O(A) Sr.(a) indicaria o serviço para outras pessoas? Sim=1 () Não=2 () Não sei=3 ()	INDICSERV
23) Em relação ao serviço realizado pelo LPDC, o(a) Sr.(a) considera Muito importante=1 () Pouco importante=2 () Não é importante=3 ()	IMPORTSERV
24) O que o(a) Sr(a) acha importante no atendimento dos farmacêuticos e estudantes de farmácia? Ser ouvido pelo profissional e falar o que quiser=1 () Sentir-se bem aceito=2 () Compreender as orientações dadas=3 () Sentir competência por parte do profissional=4 () Ser bem acolhido pelo profissional=5 () Outro=6 () : _____	IMPORPROF