



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

NICIANE BANDEIRA PESSOA MARINHO

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO
INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO DE BARBALHA-CE

FORTALEZA
2014

NICIANE BANDEIRA PESSOA MARINHO

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO
INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO DE BARBALHA-CE

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Área temática: A enfermagem e as interfaces com a prevenção, controle e qualidade dos serviços que envolvem as condições crônicas de saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Maria Coelho Damasceno

FORTALEZA
2014

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

M291s Marinho, Niciane Bandeira Pessoa.
Satisfação dos usuários e dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-CE / Niciane Bandeira Pessoa Marinho. – 2014.
133f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno.

1. Avaliação em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Satisfação do Paciente. 4. Satisfação no Emprego. I. Título.

CDD 610.73

NICIANE BANDEIRA PESSOA MARINHO

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO
INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO DE BARBALHA-CE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marta Maria Coelho Damasceno (Presidente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva (1º Examinador)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Zanetti (2ª Examinadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo – EERP/USP

Prof.^a Dr.^a Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira (3ª Examinadora)
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert (4ª Examinadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo (1º Suplente)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Prof.^a Dr.^a Carla Regina de Souza Teixeira (2º Suplente)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo – EERP/USP

À minha avó, Iracema (*in memoriam*), meu exemplo de vida! Mulher desbravadora, que desafiou a sociedade machista da sua época em prol do conhecimento (graduou-se em direito em 1938).

Aos meus pais, Nicolau e Maryan, meus grandes incentivadores, por me fazerem compreender, desde cedo, que o estudo é a melhor herança que eles poderiam me dar. Obrigada por investirem em mim!

Ao meu esposo, Davi Júnior, por sua paciência, compreensão e apoio para o alcance dos meus objetivos profissionais. Obrigada pelo companheirismo!

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Pai Celestial, por me dar força nos momentos de fraqueza.

À Prof.^a Dr.^a Marta Maria Coelho Damasceno, pelo exemplo de pesquisadora. Com ela ensaiei meus primeiros passos no campo da pesquisa científica, como sua bolsista de iniciação científica, em 2005.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, estatístico responsável pelas análises dos dados, por sua disponibilidade e paciência durante as orientações.

Aos integrantes do grupo de pesquisa “Ações Integradas no Cuidado ao Diabetes *Mellitus* tipo 2”, por sermos uma família.

Aos colegas Hérica e Roberto Júnior, pela tríade sólida que formamos durante o doutorado e pelos artigos construídos e publicados juntos, frutos de dedicação mútua.

À turma de doutorado 2011.1 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelo espírito de equipe, criatividade e dedicação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelas competências e compromissos demonstrados no decorrer do curso e suas contribuições no meu processo de construção do conhecimento.

Às sempre amigas Hérica, Rafaella, Tahissa e Nirla, por compartilharmos uma amizade verdadeira. Há cerca de dez anos estávamos entrando, juntas, no mundo da pesquisa e hoje, já somos quase todas Doutoradas.

Ao Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão Dr. Giovanni Livônio Sampaio, na pessoa da coordenadora Adriana Rocha, pela autorização do campo de pesquisa.

À querida Ana Maria e família (Paulo, Natália e Lucas), por me acolherem com tanto amor e cuidado em sua casa, em Barbalha, no período da coleta de dados.

À Lindete, técnica de enfermagem e sujeito da pesquisa, que me ajudou no planejamento e execução da coleta de dados.

À Naftale, acadêmica de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, pelo auxílio na coleta de dados.

Aos profissionais de saúde e usuários do CIDH que prontamente participaram como sujeitos desta pesquisa.

À enfermeira e mestra Vanessa Pirani Gaioso, pelo apoio propiciado ao disponibilizar e autorizar a utilização da escala de satisfação dos usuários da sua autoria. Sua dissertação de mestrado norteou o desenvolvimento de parte desta pesquisa, possibilitando discussões acerca do objeto de estudo.

Ao Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, ligado à Fundação Oswaldo Cruz, por disponibilizar e autorizar o uso do questionário Índice de Percepções Organizacionais, para avaliação da satisfação dos profissionais.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, na pessoa do ex-secretário Paulo Ribeiro Barroso, por entender e contribuir com a qualificação dos servidores municipais.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Ceará, pela concessão de bolsa de pesquisa durante dois anos.

Aos membros da banca, Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Zanetti, Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, Prof.^a Dr.^a Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira, Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert e Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo, pela valiosa contribuição na minha banca de defesa.

"Encontrar respostas é satisfação temporária. O bom mesmo é a investigação que nos mobiliza".

(Fábio de Melo)

RESUMO

A avaliação em saúde tem sido um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde, não só no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, mas também de satisfazer os profissionais de saúde e a população usuária do sistema. Teve-se como objetivo geral avaliar a satisfação dos usuários e dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-CE. Utilizou-se como marco conceitual o modelo proposto por Avendis Donabedian para avaliar a qualidade em saúde a partir dos componentes estrutura, processo e resultado. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quanti-qualitativa que usou como estratégia de pesquisa o estudo de caso único. O estudo foi realizado com 97 usuários e 8 profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, e, a coleta de dados efetuou-se no período de fevereiro a março de 2012. Empregou-se, como instrumento para a coleta de dados dos usuários, um questionário semiestruturado, englobando as dimensões infraestrutura, acessibilidade e relação usuário-equipe. Para os profissionais, utilizou-se o Índice de Percepções Organizacionais, contendo as dimensões infraestrutura, gestão, clima e cultura organizacional. Os dados foram armazenados no programa Microsoft[®] Excel, sendo processados pelo *Statistical Package for the Social Sciences*. Para as análises de associação, optou-se pelos testes qui-quadrado e razão de verossimilhança. Os dados referentes às questões abertas foram analisados mediante a análise do conteúdo. Obteve-se aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará, nº 324/11. Conforme os resultados mostraram, a maioria dos usuários estava satisfeita com o Centro (63,9%). Quanto às dimensões, a relação usuário-equipe foi responsável pela maior prevalência de satisfação (92,8%) e a acessibilidade pela menor (67,0%). Na análise das falas observou-se que os usuários demonstravam insatisfação com alguns aspectos não verificados nas respostas fechadas: falta de adequação estrutural para usuários idosos e/ou com alguma deficiência física; precária infraestrutura do banheiro; falta de organização do agendamento das consultas médicas e de coleta de exames. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre satisfação dos usuários e variáveis sociodemográficas ou controle glicêmico. Quanto aos profissionais, a maioria (sete) estava satisfeita em trabalhar no Centro. No referente às dimensões, o clima/cultura

organizacional foi responsável pela maior frequência de satisfação entre os profissionais. Os aspectos relacionados à insatisfação foram observados nas dimensões infraestrutura, mais especificamente com a ambiência e a segurança; e na gestão, quando investigados os quesitos educação permanente e remuneração. Conclui-se que o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha possui aspectos positivos, os quais devem ser reforçados, e negativos, que precisam ser melhorados no tocante à avaliação da qualidade, especificamente à satisfação dos usuários e dos profissionais. Segundo evidenciado, alguns aspectos avaliados negativamente saem da governabilidade dos profissionais e do gestor local do serviço de saúde, logo, são de responsabilidade da gestão municipal. Por isso recomenda-se sensibilizá-la. Reforça-se a importância de pesquisas de satisfação profissional e de usuários como instrumento de gestão, pois poderão trazer melhoria para ambos.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Sistema Único de Saúde. Satisfação do Paciente. Satisfação no Emprego.

ABSTRACT

Health evaluation has been an important tool for the planning and management of health systems and services not only to assess the effectiveness of interventions and the efficient use of available resources, but also to satisfy health professionals and the population user of the system. The objective was to assess the satisfaction of users and professionals of the Integrated Center for Diabetes and Hypertension of Barbalha, Ceará, Brazil. The model proposed by Avendis Donabedian was used as a conceptual reference to assess the quality of healthcare from the components of structure, process and result. This is an evaluative study of quantitative and qualitative approach that used the single case study as a research strategy. The study was carried out with 97 users and eight professionals of the Center, and the data collection period was from February to March, 2012. The instrument applied for data collection of users was a semi-structured questionnaire encompassing the dimensions of infrastructure, accessibility and the user-staff relationship. For professionals it was used the Organizations Perception Index containing the dimensions of infrastructure, management, and organizational climate and culture. Data were stored in Microsoft® Excel, and processed by the Statistical Package for the Social Sciences. The chi-square and the likelihood ratio tests were used for the association analysis. The data related to the open questions were analyzed by content analysis. The study was approved by the Ethics Committee of Research in Human Beings of the Federal University of Ceará, nº 324/11. According to the results most users were satisfied with the Center (63.9%). As for the dimensions, the user-team relationship was responsible for the greatest prevalence of satisfaction (92.8%) and accessibility for the lowest (67.0%). In the analysis of the speeches, users showed dissatisfaction with some aspects not checked in closed responses: lack of structural adequacy for the elderly and/or those with a physical impairment; bathroom poor infrastructure, lack of organization for scheduling medical appointments and sample collection. There was no statistically significant association between user satisfaction and sociodemographic variables or glycemic control. As for professionals, the majority (seven) was satisfied with working in the Center. The dimension of organizational environment/culture was responsible for the highest frequency of satisfaction among professionals. The aspects related to dissatisfaction were observed in the dimension of infrastructure, more specifically with the ambience

and safety; and in management when investigating the aspects of continuing education and remuneration. The conclusion is that the Integrated Center for Diabetes and Hypertension has positive aspects that should be reinforced and negative aspects that need to be improved with regard to quality evaluation, more specifically with the satisfaction of users and professionals. According to evidences, some negatively reviewed aspects escape the competence of professionals and managers of the local health service, therefore are responsibility of the municipal management, hence the recommendation to sensitize it. Satisfaction surveys with professionals and users are extremely important management tools, because of the improvements it can bring to both, therefore these surveys should be encouraged.

Keywords: Health Evaluation. Unified Health System. Patient Satisfaction. Job Satisfaction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	Associação Americana de Diabetes
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
ATS	Atenção Terciária à Saúde
CIDH	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
CTTP	Comitê Técnico para a Operacionalização do Projeto Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HBA1C	Hemoglobina Glicada
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IPO	Índice de Percepções Organizacionais
ISSP	International Social Survey Program
LDL	Low-Density Lipoprotein
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes

SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2014.....	47
Tabela 2 –	Satisfação dos usuários com a escala total e com as dimensões infraestrutura, acessibilidade e relação usuário-equipe de saúde. Fortaleza, 2014.....	49
Tabela 3 –	Variáveis relacionadas à infraestrutura do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	49
Tabela 4 –	Variáveis relacionadas à acessibilidade ao Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	53
Tabela 5 –	Variáveis associadas ao relacionamento usuário-equipe de saúde do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	58
Tabela 6 –	Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a escala total. Fortaleza, 2014.....	60
Tabela 7 –	Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a dimensão infraestrutura. Fortaleza, 2014.....	61
Tabela 8 –	Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a dimensão acessibilidade. Fortaleza, 2014.....	62
Tabela 9 –	Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a dimensão relação usuário – equipe de saúde. Fortaleza, 2014.....	63
Tabela 10 –	Associação entre satisfação dos usuários e o controle glicêmico, através da hemoglobina glicada. Fortaleza, 2014.	64
Tabela 11 –	Satisfação dos profissionais quanto aos equipamentos e materiais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	65
Tabela 12 –	Satisfação dos profissionais com a ambiência do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha.	

	Fortaleza, 2014.....	66
Tabela 13 –	Satisfação dos profissionais quanto às rotinas de segurança e de biossegurança do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	66
Tabela 14 –	Satisfação dos profissionais quanto à realização de cursos, capacitações e treinamentos. Fortaleza, 2014.....	67
Tabela 15 –	Satisfação dos profissionais quanto aos resultados após realização de cursos, capacitações e treinamentos. Fortaleza, 2014.....	67
Tabela 16 –	Satisfação dos profissionais com a direção do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	68
Tabela 17 –	Opinião dos profissionais sobre a chefia do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	69
Tabela 18 –	Satisfação dos profissionais com o clima organizacional do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	70
Tabela 19 –	Satisfação dos profissionais em trabalhar no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	71
Tabela 20 –	Opinião dos profissionais quanto à cultura organizacional do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	71
Tabela 21 –	Opinião dos profissionais em relação aos usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.....	72

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 –	Mapa da localização de Barbalha no Ceará.....	38
Figura 2 –	Gráfico de distribuição normal das variáveis da escala dos usuários.....	45
Quadro 1 –	Distribuição numérica de prontuários de usuários com DM2 excluídos do estudo.....	39
Quadro 2 –	Dimensões e variáveis componentes do Índice de Percepções Organizacionais.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Estado-da-arte sobre satisfação dos usuários e dos profissionais dos serviços de saúde	20
1.2	Satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde no contexto das políticas públicas do SUS	24
2	QUESTÕES DE PESQUISA	32
3	OBJETIVOS	33
4	MARCO CONCEITUAL	34
5	METODOLOGIA	36
5.1	Tipo de estudo	36
5.2	Local e período	37
5.3	População e amostra	38
5.3.1	<i>Critérios de inclusão dos usuários</i>	38
5.3.2	<i>Critérios de exclusão dos usuários</i>	39
5.3.3	<i>Critérios de inclusão dos profissionais</i>	40
5.3.4	<i>Critérios de exclusão dos profissionais</i>	40
5.4	Instrumentos de coleta de dados	40
5.4.1	<i>Instrumento para mensurar a satisfação dos usuários</i>	40
5.4.2	<i>Instrumento para mensurar a satisfação dos profissionais</i>	42
5.5	Coleta de dados	44
5.6	Análise dos dados	45
5.7	Aspectos éticos	46
5.8	Financiamento da pesquisa	46
6	RESULTADOS	47
6.1	Satisfação dos usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, segundo as dimensões infraestrutura, acessibilidade e relação usuário - equipe de saúde	49
6.2	Associação entre satisfação dos usuários e variáveis sociodemográficas	60
6.3	Associação entre satisfação dos usuários e controle glicêmico	64

6.4	Satisfação dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, segundo as dimensões infraestrutura, gestão e clima/cultura organizacional.....	65
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
7.1	Satisfação dos usuários.....	73
7.2	Satisfação dos profissionais.....	87
8	CONCLUSÃO.....	95
9	RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	96
10	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	97
	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICES.....	110
	ANEXO.....	133

1 INTRODUÇÃO

A concepção da avaliação surgiu na década de 1930, nos Estados Unidos, como processo de quantificação, com os estudos de Edward L. Thorndike acerca dos testes educacionais. No final dessa década, destaca-se Ralph W. Tyler, ao considerar que a avaliação não deveria ser apenas uma unidade de medida, introduzindo novos conceitos associados à avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Após a Segunda Guerra Mundial, essa tendência ampliou-se aos programas públicos, sendo o corolário do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas da educação, do social, do emprego, da saúde, etc. A partir de então, era sua atribuição acompanhar os investimentos públicos, no sentido da otimização da alocação dos recursos públicos, em busca da eficiência. Nesse contexto, os economistas são os pioneiros da avaliação, pois desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas públicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Mas no decorrer dos anos 1970, a necessidade de avaliar as ações de saúde se impôs e teve como causa a diminuição do crescimento econômico, tornando indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, com conseqüente racionalidade imposta ao setor, sem que, por isso, uma acessibilidade suficiente de todos a serviços de qualidade fosse questionada (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Nos anos 1980, a qualidade tornou-se enfoque na avaliação dos serviços de saúde, sobretudo com os trabalhos de Donabedian (DONABEDIAN, 1980; 1984). Então, o conceito de qualidade foi sistematizado por uma série de atributos, relacionados aos efeitos do cuidado, à disponibilidade e distribuição dos recursos, aos custos, bem como à percepção dos usuários sobre a assistência recebida.

Conforme definido, o tema da qualidade da atenção à saúde envolve três etapas: até metade dos anos 1980, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde referia-se somente à qualidade na dimensão técnica, ou seja, à capacidade dos profissionais de saúde de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico; final dos anos 1980, incluíram-se os aspectos organizacionais e os processos gerenciais; e, já no começo dos anos 1990, a visão do paciente passou a ser tida como essencial, junto às perspectivas técnica e organizacional (SERAPIONE, 2009). Segundo este

pesquisador, a qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, mas é resultado de uma profícua integração e conexão entre eles.

Nos últimos anos, a avaliação em saúde configurou-se como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde, não só no intuito de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, como também de satisfazer o conjunto da população usuária do sistema (SANCHO; DAIN, 2012).

Particularmente, no respeitante à atenção em diabetes *mellitus* (DM), com a intenção de definir indicadores básicos para avaliar a qualidade do atendimento aos usuários, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda a monitorização do controle glicêmico mediante dosagem da glicemia (reflete a glicemia unicamente no momento da coleta da amostra de sangue) e da hemoglobina glicada (HbA1c) (reflete a glicemia média no intervalo de dois a três meses precedentes à coleta). Associados aos indicadores clínicos, a SBD sugere que sejam incluídos os indicadores de satisfação do cliente em relação ao serviço (SBD, 2012-2013).

Diabetes é tema de interesse particular da pesquisadora e essa tese faz parte de um projeto integrado de pesquisa, ligado à Universidade Federal do Ceará, intitulado “Avaliação da atenção em diabetes mellitus: a contribuição da enfermagem”, o qual se subdivide em dois subprojetos: “Avaliação da atenção em diabetes mellitus tipo 2 (DM2): o caso do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-CE” (subprojeto 1), e “Satisfação dos usuários e dos profissionais do Centro de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-CE” (subprojeto 2).

No subprojeto 1 procedeu-se à avaliação do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) de Barbalha quanto aos aspectos estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980), com foco nos parâmetros clínicos estabelecidos pela SBD (ALENCAR, 2013).

De forma complementar, no presente estudo fez-se um recorte da avaliação, porém com outro foco, qual seja, a satisfação dos usuários e dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha.

1.1 Estado-da-arte sobre satisfação dos usuários e dos profissionais dos serviços de saúde

Os estudos de satisfação de usuários tiveram destaque na literatura, sobretudo na década de 1970, na Inglaterra e nos Estados Unidos, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade (TURRIS, 2005; LINDERPELZ, 1982). Nesse âmbito, a satisfação do usuário é percebida como uma meta a ser alcançada pelos serviços. Logo, deve ser investigada com vistas ao aperfeiçoamento no sistema dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

No Brasil, os primeiros estudos ocorreram na década de 1990, mediante fortalecimento do controle social no contexto do SUS, por meio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

O interesse da pesquisadora pela temática ampliou-se em virtude da constatação, baseada em estudos, segundo a qual os usuários satisfeitos tendem à alta adesão ao tratamento prescrito, a oferecer informações importantes para o profissional, a um maior comparecimento aos serviços de saúde e a ser propensos a uma melhor qualidade de vida (WARE et al., 1983; WEISS, 1988; ZASTOWNY; ROGL; CAFFERATA, 1989; BERNHART et al., 1999; BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001; JOHANSSON; OLÉNI; FRIDLUND, 2002).

Em consonância com os direitos preconizados na Constituição de 1988, as organizações públicas devem estimular a participação efetiva do cidadão na avaliação dos serviços oferecidos. Cabe-lhes proporcionar meios para que eles possam expressar sua insatisfação e sugerir melhorias na prestação desses serviços. Como observado, a valorização do usuário pela instituição inicia-se quando esta demonstra o quanto sua opinião é significativa. Por meio da avaliação constante dos padrões de atendimento estabelecidos, a instituição poderá tomar conhecimento se os usuários estão satisfeitos ou não com o atendimento recebido (BRASIL, 2002a).

Mesmo que a satisfação do usuário seja englobada frequentemente no processo ou resultado final do cuidado, de acordo com Lebow (1974) vários fatores afetam a percepção do usuário. Entre eles destacam-se as experiências anteriores vivenciadas sobre o cuidado em saúde, em que condições elas aconteceram e seu estado atual de saúde.

Publicações nacionais (JORGE et al., 2007; SERAPIONI, SILVA, 2011; GOUVEIA et al., 2011) e internacionais (DOUBOVA et al., 2009; ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011; AL-BORIE; DAMANHOURI, 2013) confirmam a tendência da avaliação da satisfação dos usuários em unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais. Porém, ainda é escassa a publicação de estudos dessa temática em serviços ambulatoriais especializados.

No referente à avaliação da qualidade da assistência prestada aos usuários com DM, a publicação sobre satisfação destes usuários é ainda escassa, e a maioria dos estudos se verificam na Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006; BARROS; ROCHA; HELENA, 2008; SERAPIONI, SILVA, 2011). Contudo, não se encontrou nenhuma publicação de satisfação de usuários com serviços especializados em diabetes.

Para os profissionais da área de saúde, a busca pela excelência na prestação de serviços é uma preocupação contínua. Assim, avaliações sobre satisfação dos usuários com os serviços de saúde têm sido realizadas por médicos, dentistas, fisioterapeutas e enfermeiros (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008; MOIMAZ et al., 2010; GONÇALVES et al., 2011; GRONDAL et al., 2013).

No âmbito internacional, as pesquisas sobre a satisfação dos usuários com os serviços de saúde também vêm ganhando espaço nas áreas de administração, negócios e economia (ELLEUCH, 2008; NAIDU, 2009; ALRUBAIEE; ALKAA'IDA, 2011; AL-BORIE; DAMANHOUR, 2013).

Pesquisadores da área de administração investigaram, na Índia, os fatores que afetam a satisfação dos pacientes e a qualidade da saúde (NAIDU, 2009) e, na Arábia Saudita, a satisfação dos pacientes com os serviços prestados na rede hospitalar (AL-BORIE; DAMANHOUR, 2013). Na área de economia, estudo desenvolvido no Japão teve como objetivo conhecer a relação entre qualidade do cuidado e satisfação dos pacientes (ELLEUCH, 2008).

Ao verificar os temas investigados em pesquisas de avaliação de serviços de saúde sob a ótica dos usuários, a maioria deles procurou associá-la à adesão ao tratamento, à acessibilidade, à infraestrutura, ao tempo de espera, à relação com os profissionais de saúde e à resolutividade (GAIOSO; MISHIMA, 2007; BARROS; ROCHA; HELENA, 2008; GOUVEIA et al., 2011; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; LEÃO E SILVA et al., 2011). No presente estudo, optou-se por investigar a

satisfação dos usuários segundo as dimensões infraestrutura, acessibilidade e relação usuário-equipe (GAIOSO, 2007).

Uma revisão integrativa de 22 artigos, publicados por enfermeiros, que analisou como os usuários percebem os serviços de saúde pública no Brasil, identificou semelhanças nas temáticas de análise, quais sejam: acesso e acolhimento, organização do serviço de saúde e resolutividade. Além disso, todos traziam em seus títulos a percepção dos usuários dos serviços de saúde, com ênfase no acolhimento e na humanização, seguidos pela percepção da qualidade do serviço prestado à população (KEMPFER et al., 2011).

Consoante ressalta Donabedian (1984), a satisfação dos usuários é de fundamental importância como uma medida de qualidade da atenção, pois proporciona informações sobre o êxito do profissional em alcançar os valores e as expectativas daqueles atores. Portanto, representa um instrumento valioso para a investigação, a administração e a implementação do cuidado à saúde.

Contudo, as pesquisas sobre satisfação não podem ser confundidas com pesquisas de qualidade, pois a avaliação feita pelos usuários não se baseia na perspectiva da definição pelos saberes técnicos do que se deve entender por qualidade. Todavia, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, entendida na sua conexão com a percepção, pode ser considerada como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços (CASTRO et al., 2008).

Serapione e Silva (2011) ratificam que a qualidade em saúde não deve ser avaliada somente por um ponto de vista. Não pode ser reduzida às dimensões privilegiadas apenas pelos profissionais, nem às dimensões enfatizadas pelos gestores, e tampouco às dimensões percebidas pelos pacientes. Segundo os autores, o ponto de vista dos pacientes é parcial e incompleto se analisado sem considerar a visão de outros entes e fatores envolvidos.

Ademais, como destacam pesquisadores, existe o viés da gratidão entre os usuários dos serviços públicos de saúde (KEMPFER et al., 2011).

Conforme verificaram estudiosos, na visão dos pacientes, os aspectos que determinavam a qualidade do atendimento estavam relacionados à disponibilidade de remédios, à boa relação com os profissionais, ao fato de serem atendidos e à boa atitude do médico. Para os profissionais de saúde, esses aspectos estavam associados à estrutura física, à capacitação dos profissionais, ao

adequado número de profissionais, à relação profissional-paciente, à promoção e educação em saúde e ao compromisso profissional (SERAPIONI; SILVA, 2011).

Tal como a satisfação dos usuários, a satisfação do profissional é um fenômeno complexo e de difícil definição, pois trata-se de um estado subjetivo que varia de circunstâncias, de pessoa para pessoa e pode, ainda, variar ao longo do tempo para a mesma pessoa. Mas é imprescindível que o profissional propicie aos usuários dos serviços de saúde a promoção, o resgate e a manutenção da sua saúde. Porém, esses profissionais enfrentam situações ambientais e psicossociais ligadas ao seu ambiente de trabalho, às quais podem repercutir diretamente na qualidade dos serviços prestados (VOLPATO, 2010).

Segundo as pesquisas evidenciam, tanto no âmbito internacional como no nacional, as queixas do profissional de saúde estão voltadas principalmente à gestão/organização dos serviços e às condições de trabalho (PARIS; OMAR, 2008; JUNCO et al., 2009; GOULART; FREITAS, 2008; LIMA JÚNIOR; ALCHIERI; MAIA, 2009). Para investigar os aspectos relacionados à satisfação dos profissionais do CIDH, utilizou-se o Índice de Percepções Organizacionais (IPO), o qual envolve quatro dimensões: infraestrutura, gestão, clima e cultura organizacional (VAITSMAN et al., 2003).

Como mostram pesquisadores cubanos, embora a maioria dos esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde foquem o conhecimento e as habilidades dos profissionais na prestação do atendimento de saúde, deve-se envolver a satisfação dos clientes externos (usuários) e internos (profissionais), pois, nas instituições de saúde, a insatisfação dos profissionais com o trabalho pode influenciar o nível de desempenho individual e organizacional, e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado (JUNCO et al., 2009).

Cabe lembrar: até mesmo no meio acadêmico, poucas pesquisas envolveram, ao mesmo tempo, a satisfação do usuário e do profissional como indicadores de qualidade dos serviços de saúde. Entre elas, sobressai a de Souza et al. (2008) ao analisarem a percepção dos usuários e profissionais de saúde quanto ao acesso e acolhimento no serviço de saúde; e Machado (2009) e Serapione e Silva (2011), que foram ainda mais além ao pesquisar a satisfação dos usuários, de profissionais de saúde e dos gestores.

Nesse âmbito, Almeida (2007) ressalta o seguinte: pouco se sabe sobre os aspectos relacionados ao trabalho que podem vir a gerar satisfação em

servidores públicos. Consoante enfatiza, as pesquisas de satisfação profissional, além de funcionarem como poderoso instrumento de diagnóstico para avaliação de problemas com funcionários, poderão resultar em alívio emocional e chance de desabafo, ocasionando uma melhora nas atitudes, e possibilitando a identificação de necessidades de treinamento. Assim, trazem melhores respostas aos usuários.

Segundo mostram os estudos que investigaram a comparação entre o desempenho do serviço dos profissionais e as expectativas dos usuários, os resultados são bons quando a qualidade é percebida (SINGH; HAQQ; MUSTAPHA, 1999; ALDANA; PIECHULEK; AL-SABIR, 2001; MELÉNDEZ; ARTEAGA; HERNÁNDEZ, 2004; MARTÍN-FERNÁNDEZ, 2010). Isto pode ser constatado mediante aspectos tangíveis - aquilo que se pode ver ou sentir, como a ambiência do local - e intangíveis - ligados à relação dos profissionais com os usuários, como cordialidade e amabilidade (VOLPATO, 2010).

1.2 Satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde no contexto das políticas públicas do SUS

Como determinado, o cidadão tem o direito de receber atendimento público de qualidade e, conforme a Constituição de 1988, tem direitos civis, como liberdade de expressão, religião e movimentação; direitos sociais, referentes às condições de saúde, educação, trabalho, condições de vida e de assistência em situações de risco social. É nesse cenário, movido por lutas do movimento sanitário, que surge, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de facilitar o atendimento de saúde da população brasileira (BRASIL, 1988).

O SUS consagra princípios organizativos (regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular), inerentes às suas diretrizes políticas, organizativas e operacionais; e princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade), com o objetivo de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Entretanto, como garantir aos cidadãos saúde e bem-estar se não existiam padrões mínimos para um atendimento de qualidade?

Foi então instituído, pelo Ministério da Saúde (MS), o Comitê Técnico para a Operacionalização do Projeto Padrões de Qualidade do Atendimento ao

Cidadão, estabelecido pelo Decreto nº 3.507, de 13 de junho de 2000, o qual definiu as diretrizes normativas para os padrões de atendimento prestado pelos órgãos e entidades públicas que atendem diretamente ao cidadão. Essas diretrizes têm por finalidade promover a melhoria da qualidade do atendimento prestado e satisfazer as necessidades e desejos dos usuários. Os padrões devem especificar o nível de qualidade de determinado serviço a ser oferecido, como e em que condições (BRASIL, 2002a).

Criados os padrões de atendimento ao cidadão, foi preciso avaliar se estes estavam sendo seguidos. Particularmente no tocante aos serviços de saúde, o MS instituiu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Esse programa tem como objetivo avaliar os serviços de saúde do SUS em várias dimensões, dentre estas, a satisfação dos cidadãos em face dos serviços ofertados, as condições e as relações de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2006).

A avaliação dos serviços de saúde é uma tendência crescente no MS (BRASIL, 2007; 2011a). Com ela é possível dimensionar se os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população.

No Brasil, as últimas décadas estão pautadas pela temática dos indicadores sociais, sobretudo no referente à avaliação de políticas, destacando-se: a introdução do planejamento como ferramenta de gestão em um espaço de tempo plurianual; a importância dos relatórios de gestão; o foco na avaliação dos programas governamentais por parte das instituições de auditoria e de controle, além da avaliação da satisfação dos usuários; o aprimoramento do controle social; a necessidade de avaliação e monitoramento constantes; e a incorporação das várias modalidades de tecnologia da informação que permitem a transparência pública e rapidez no fluxo das informações (BRASIL, 2011a).

Em 2011, o MS lançou o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, destinado a avaliar o desempenho dos serviços de saúde, com vistas a identificar a qualidade pregressa recente e, ao mesmo tempo, subsidiar os gestores para imprimirem mais qualidade. Nesse prisma, deve-se levar em consideração o acesso às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, assim como a satisfação dos usuários (BRASIL, 2011a).

Também em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de ampliar o

acesso e melhorar a qualidade da atenção básica em todo o Brasil, por meio da transparência dos processos de gestão, da participação e controle social e da responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011b).

Outro mecanismo de avaliação do MS é o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), um indicador de síntese, destinado a avaliar o desempenho do SUS quanto ao acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações de saúde. Diferente dos programas de avaliação citados, não é seu objetivo avaliar tempo de deslocamento e de espera, satisfação do usuário, qualidade e custos dos serviços de saúde e eficiência do sistema (BRASIL, 2012).

O IDSUS avalia a saúde em todas as instâncias governamentais, no intuito de delinear um panorama de como estão sendo desenvolvidos os serviços de saúde. Como consequência, faz uma avaliação na qual mede em que grau ações de saúde estão atingindo a população (BRASIL, 2012). No Ceará, o município de Barbalha ficou em 2º lugar no *ranking*, com 6,47 pontos. Perdeu apenas para Pacajus, com 6,54 pontos, superando as médias do Nordeste e do Ceará, 5,28 e 5,14 pontos, respectivamente (IDSUS. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, 2012).

Segundo evidenciado, os diversos mecanismos de avaliação de serviços utilizam indicadores de saúde para obtenção de dados que influenciam a saúde do cidadão. Estes, após analisados, são divulgados pelo MS.

Todavia, as informações geradas pouco orientam a tomada das decisões, assim como pouco se prestam para a qualificação dos serviços e ações de saúde, pois são informações geradas por programas fragmentados. Dessa forma, há no SUS a necessidade de produção das informações estratégicas para a gestão. Entre essas, despontam os resultados de avaliações bem estruturadas, periódicas e contínuas, produtos de um sistema de avaliação (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Em face dessa lacuna na gestão do SUS, o MS vem sistematizando uma proposta de um “Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS”. Trata-se de um conjunto de programas de avaliação (IDSUS, PNASS, Pesquisas nacionais de avaliação de acesso e de satisfação dos usuários e PMAQ), relativamente independentes, mas relacionados e complementares entre si, de modo a formarem um complexo voltado a produzir, por meio de avaliações, uma série de informações

necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS quanto ao cumprimento dos seus princípios e diretrizes (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Conforme se observa, a cultura da avaliação pouco tem atingido a Atenção Secundária à Saúde (ASS), provavelmente porque o próprio MS não tem publicado nem incentivado pesquisas direcionadas a esses serviços especializados. Entretanto, em 2013, foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), o primeiro Programa de Avaliação lançado pelo MS voltado para serviços especializados. Nele serão avaliados tanto os componentes estrutura, processo e resultado, mediante observação e entrevista com profissionais e gestores, como a satisfação dos usuários. Espera-se que num futuro próximo esse programa estenda-se aos demais serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Inegavelmente, a avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensioná-los de forma a contemplar as necessidades do seu público, com maior racionalidade ao uso dos recursos. A abordagem para a avaliação da qualidade deve ser ampla, abrangendo a avaliação da estrutura (existência de recursos físicos, humanos e organizacionais adequados); a avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais (organização e documentação, protocolos, normas e rotinas); a avaliação dos resultados (impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente); e a avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos profissionais em relação aos seus ambientes de trabalho (BRASIL, 2007).

Estas diferentes abordagens estão associadas entre si e devem ser analisadas em conjunto. Nesse âmbito, a estrutura física e organizacional exerce impacto direto na qualidade do processo que, por sua vez, se reflete na melhoria dos resultados. Contudo, a satisfação dos pacientes e profissionais não pertence a esta cadeia linear, embora se relacione aos outros fatores de maneira mais sutil: a satisfação é diretamente influenciada pela estrutura e indiretamente pela relação médico-paciente, mas não pela qualidade técnica (acurácia do diagnóstico e do tratamento). Por sua vez, a satisfação dos pacientes e dos profissionais afeta a qualidade dos resultados obtidos por sua maior cooperação e boa vontade (BRASIL, 2007).

Pesquisas de avaliação (DOMINGUEZ, 2007; ALENCAR, 2013) têm evidenciado intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrado por lacunas assistenciais; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; pulverização dos serviços nos municípios; e pouca inserção da vigilância e promoção em saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

No caso de doenças crônicas, a exemplo do DM, como alerta a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não conseguem acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas.

No Brasil, uma pesquisa da Fiocruz da Bahia, em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, medindo a HbA1c de 6.700 pacientes com DM em 22 centros clínicos brasileiros, evidenciou que o nível glicêmico só estava controlado (valor igual ou inferior a 7%) em 10% das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) e em 25% das com DM2. Além disso, segundo verificou, 45% dos examinados apresentavam sinais de retinopatias, 44%, de neuropatias e 16%, de alterações renais (DOMINGUEZ, 2007).

Nos Estados Unidos, entre os diagnosticados com DM, 30% não estavam controlados, 35% desenvolveram nefropatias, 58% doenças cardiovasculares, 30 a 70% neuropatias e pouco mais de 50% se submeteram ao exame oftalmológico de rotina (BARR, 1996).

Apesar de dois países muito diferentes, em ambos os resultados dos desfechos clínicos do diabetes foram negativos. Cabe mencionar: o Brasil, nessa época, tinha um gasto *per capita* anual com a saúde pública aproximadamente 15 vezes inferior ao dos Estados Unidos. Portanto, o problema do manejo das condições crônicas não está no volume de recursos despendidos, mas na forma como se organizam os sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2009).

Esse quadro se repetiu em um estudo recente realizado em um centro de referência para o tratamento do diabetes e da hipertensão arterial no interior do Ceará. Ao analisar os registros dos prontuários dos usuários, conforme os indicadores da SBD (SBD, 2012-2013), a pesquisadora verificou que, no ano de 2009, em apenas 26,2% deles fora atingida a meta HbA1c < 7%; em apenas 35,1% a pressão arterial (PA) estava < 140/90 mmHg e em 28,7% < 130/80 mmHg; e somente em 33,8% fora alcançada *low-density lipoprotein* < 100mg/dl (ALENCAR, 2013).

Diante do exposto, como afirma Mendes (2010), os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, pois os pontos de atenção à saúde ficam isolados uns dos outros e, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a ASS e esses dois níveis também não se comunicam com a Atenção Terciária à Saúde (ATS) nem com os sistemas de apoio. Ou seja, o princípio da integralidade tem sido falho.

Mais de vinte anos após a implantação do SUS é possível observar avanços significativos no respeito às diretrizes de descentralização e universalização do acesso à saúde. Porém, o princípio da integralidade ainda encontra muitas barreiras para ser incorporado nas práticas do sistema (MATTOS, 2004).

Nesse aspecto, dentre os motivos pelos quais o princípio da integralidade ainda não se traduz plenamente no cotidiano dos serviços de saúde, destacam-se as práticas de saúde fragmentadas e descontextualizadas da realidade dos usuários, resultando em serviços com baixa resolutividade (DOMINGUEZ, 2007; ALENCAR, 2013).

Como evidenciado, os serviços de saúde são ofertados de modo descontínuo, a cada evento da doença e sem integração entre eles. O efeito desse arranjo sobre a saúde da população, notadamente sobre a DM, condição crônica dependente da atenção básica e/ou secundária, pode ser constatado ao se observar as proporções de mortalidade ascendentes (ROSA et al., 2009; SCHNEIDER, 2009).

No intuito de superar esse sistema fragmentado e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, foram estabelecidas as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. As RAS

são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, às quais, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Um dos fundamentos para assegurar resolutividade nas RAS é o acesso. Este pode ser analisado nas dimensões de disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários (BRASIL, 2010).

Enquanto a disponibilidade diz respeito à obtenção da devida atenção ao usuário e sua família nos serviços de saúde quando necessário, a comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros. Por sua vez, a aceitabilidade está associada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação deles quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

No caso de doenças crônicas, como o diabetes, instituiu-se, recentemente, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com a finalidade de implementar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, mediante realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013b).

Constituem-se princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: acesso e acolhimento aos usuários; modelo centrado nas necessidades de saúde do usuário e efetivado por equipes multiprofissionais; respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado; participação e controle social dos usuários sobre os serviços; autonomia dos usuários do SUS, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; formação profissional e educação permanente, mediante atividades voltadas à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado (BRASIL, 2013b).

Como se pode observar, a construção de uma RAS capaz de atender às novas necessidades de saúde, nas quais a prevalência das doenças crônicas é um

dos grandes desafios, já conta com propostas de organização explicitadas em publicações, manuais, legislações e documentos oficiais na área de saúde pública brasileira.

Especificamente em relação ao DM, os centros de atenção secundária em hipertensão e diabetes fazem parte de um processo maior, isto é, a busca de implantação de uma rede de atenção integral em saúde, que garanta um fluxo de atendimento adequado aos seus usuários. Deverão estar integrados aos pontos de atenção primária e terciária eletivos, como também ao atendimento de urgência e em emergência, com base em vínculos estabelecidos por meio de fluxos, prontuários eletrônicos, protocolos clínicos e de atenção integral, compartilhados e amplamente difundidos (FONSECA et al., 2008).

Por ser a avaliação da satisfação dos usuários e dos profissionais um passo para o desenvolvimento de ações que levarão à melhoria da assistência, reitera-se o interesse pela avaliação da atenção em diabetes *mellitus* no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, no Ceará, utilizando como indicadores a satisfação dos usuários e dos profissionais.

2 QUESTÕES DE PESQUISA

- Variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação dos usuários do CIDH?
- Que dimensão está mais relacionada à maior e menor satisfação entre os usuários do CIDH?
- Usuários satisfeitos têm melhor controle glicêmico?
- Qual a dimensão que mais influencia a satisfação dos profissionais do CIDH?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a satisfação dos usuários e dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-CE.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a satisfação dos usuários quanto à acessibilidade, à relação equipe de saúde-usuário e à ambiência para a assistência no CIDH;
- Verificar se há relação entre a satisfação dos usuários no tocante à escala total, à acessibilidade, à relação equipe de saúde-usuário e à ambiência e as variáveis sociodemográficas;
- Verificar se há relação entre satisfação dos usuários e o controle glicêmico;
- Descrever a satisfação dos profissionais segundo as dimensões infraestrutura, gestão e clima/cultura organizacional.

4 MARCO CONCEITUAL

Utilizou-se o modelo proposto por Avendis Donabedian (1980) para avaliar a qualidade em saúde com base nos componentes estrutura, processo e resultado, considerados um tripé correspondente às noções de enfoque sistêmico de entrada-processo-saída.

Como propõe o estudioso (1980), a estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais, financeiros e equipamentos necessários para a assistência em saúde. Dito de outra forma, são todos os recursos usados na assistência, porquanto envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos, o financiamento até a disponibilidade de pessoas qualificadas que prestam o atendimento, passando pela organização dos serviços.

No processo deve se descrever o conjunto de todas as atividades executadas pelos profissionais de saúde e a relação interpessoal entre estes e os usuários dos serviços consoante padrões aceitos. No processo, entre outros fatores, constam os aspectos éticos e os da relação entre os profissionais. O foco do componente processo se atém à análise da competência da equipe de saúde no manejo do processo saúde-doença. Ainda, pode ser considerado como processo tudo o que diz respeito diretamente ao tratamento de saúde e ao momento em que ele está acontecendo. Conforme a mesma fonte, a análise do processo pode ser realizada do ponto de vista técnico ou administrativo.

Nesse âmbito, afirma o autor, o resultado refere-se aos efeitos que as ações e os procedimentos provocam na clientela assistida. Avaliar resultado é investigar o que ocorre com as pessoas após passarem por um serviço de saúde. Também, refere-se à satisfação dos usuários quanto ao atendimento em saúde prestado e à alteração nos níveis de saúde-doença das pessoas e da coletividade.

Ainda segundo Donabedian (1980), a satisfação do usuário permeia o componente estrutura, pois a satisfação serve para avaliar o contexto e os insumos; envolve o componente processo, visto que serve para avaliar a relação profissional/usuário, bem como o resultado, pois a satisfação está associada à efetividade do cuidado.

Posteriormente, Donabedian (1990) ampliou o conceito de qualidade, utilizando-se de dimensões de qualidade. Denominou-os de “sete pilares da qualidade”, os quais podem ser usados como critérios de avaliação. São eles:

eficácia – competência com que se produz o cuidado para melhorar a saúde; efetividade - melhoria na saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana; eficiência – máximo cuidado obtido com o menor custo financeiro; otimização – melhor cuidado efetivo, possível de ser obtido por meio da relação custo/benefício mais favorável; aceitabilidade – adaptação do cuidado às expectativas, aos desejos e valores do paciente; legitimidade – conformidade das preferências sociais quanto à aceitabilidade; e equidade – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado.

Dentre as dimensões ora citadas, a aceitabilidade é a que diretamente se relaciona com as expectativas e satisfações dos usuários. Envolve as expectativas e valores dos pacientes e das suas famílias; depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado (DONABEDIAN, 1990).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quanti-qualitativa. A estratégia de pesquisa selecionada constituiu-se no estudo de caso único, que consiste em esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões tomadas e implementadas, bem como seus resultados. Ainda, intenciona contribuir para o conhecimento acerca dos processos organizacionais e de outros fenômenos inseridos em contextos complexos (YIN, 2010).

Tomou-se o conceito de Contandriopoulos et al. (1997) de pesquisa avaliativa no qual são utilizados métodos científicos para se proceder com um julgamento *ex-post* de uma intervenção, propiciando instrumentos para ajudar na tomada de decisões. Avaliar é medir, comparar e ter fundamentos para emitir juízo de valor.

Segundo Tanaka e Melo (2004), é aconselhável adotar, nos processos avaliativos, o uso simultâneo das abordagens quantitativa e qualitativa, pois, diante da heterogeneidade e complexidade dos serviços de saúde, possibilitará compreender, em maior profundidade, a dinâmica interna do fenômeno avaliado e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos envolvidos.

Com a finalidade de trabalhar melhor o viés da “naturalização” para a baixa qualidade na ótica de alguns usuários, determinados autores destacam a importância de se comparar as respostas abertas e fechadas do questionário, pois é comum o usuário atribuir uma alta avaliação nas respostas fechadas e nas abertas incluir restrições e recomendações sobre o mesmo item. Daí a relevância de se conjugar métodos qualitativos e quantitativos (KOTAKA et al., 1997).

Serapioni e Silva (2011) ressaltam as dificuldades metodológicas para pesquisas focadas em mensurar a satisfação dos usuários. Segundo os autores, apesar das técnicas de pesquisa qualitativa do tipo grupo focal ou entrevista serem mais proveitosas para alcançar esse objetivo, elas só permitiriam abranger um pequeno número de usuários.

5.2 Local e período

O estudo tomou para avaliação o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão Dr. Giovanni Livônio Sampaio, no município de Barbalha, e iniciou-se em fevereiro de 2011. Trata-se de um serviço da ASS, inaugurado em 17 de agosto de 1999, cuja filosofia de trabalho é o atendimento humanizado e integrado aos usuários com diabetes, hipertensão arterial e intolerância à glicose, bem como aos seus familiares, com vistas ao controle destes agravos e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

O local de pesquisa foi sugerido por uma enfermeira do próprio serviço, a qual é integrante do mesmo grupo de pesquisa da então pesquisadora dessa tese. Segundo a profissional, apesar do CIDH funcionar há cerca de 15 anos, nele não havia acompanhamento de indicadores de resultado, nem cumprimento de metas, necessitando de uma avaliação.

Mediante diagnóstico de DM, HA, DM gestacional e intolerância à glicose, os usuários eram encaminhados pela atenção básica ou hospitais da região. Esse processo respeitava os critérios de encaminhamento preconizados pelo MS no tocante à referência dos usuários para a ASS (BRASIL, 2013c).

O serviço desenvolvia atividades educativas e assistenciais por meio de equipe multiprofissional de saúde, composta por dois médicos (endocrinologista e oftalmologista), duas enfermeiras, duas nutricionistas, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. Contava também com uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais que não prestavam atendimento direto ao usuário.

Todos os profissionais assistenciais, com nível superior, tinham carga horária semanal de 20 horas, e atendiam em dois ou três turnos por semana, conforme acordo estabelecido com a gestora do CIDH.

Situada na região metropolitana do Cariri, Barbalha encontra-se a 610 km de Fortaleza, e está encravada junto às cidades de Crato e Juazeiro do Norte (Figura 1). Possui uma população de, aproximadamente, 55 mil habitantes. No referido município, ainda são desconhecidos os dados relativos à incidência e à prevalência do DM.

Figura 1 – Mapa da localização de Barbalha no Ceará



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbalha>

5.3 População e amostra

No CIDH havia 1.076 usuários cadastrados com DM. Entretanto, nessa pesquisa, partiu-se da amostra de 108 usuários, cujos prontuários foram selecionados no subprojeto 1, mediante os critérios de inclusão e exclusão a seguir (ALENCAR, 2013).

5.3.1 Critérios de inclusão dos usuários

- Usuários com diagnóstico médico de DM2, registrado no prontuário de saúde;
- Usuários com DM2 com registro de, pelo menos, duas ou mais consultas médicas por ano, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009. A opção por este intervalo cronológico justifica-se pelo tempo despendido para a implantação total do Protocolo de Atendimento em Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, em 2003. Quanto ao critério de frequência dos usuários às consultas médicas, baseou-se no referido protocolo, o qual preconiza a frequência de pelo menos duas consultas médicas por ano aos usuários cadastrados (BARBALHA, 2003).

5.3.2 Critérios de exclusão dos usuários

- Usuários com diagnóstico médico de DM1, registrado no prontuário de saúde;
- Usuários com DM2 que foram a óbito de janeiro de 2007 a dezembro de 2009;
- Usuários com DM2 que abandonaram o tratamento no CIDH. Considerou-se abandono aquele usuário que não compareceu ao referido serviço no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009;
- Usuários com DM2, com acompanhamento no serviço, no período do estudo, porém sem registro de duas ou mais consultas médicas por ano, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2009.

Após o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, dos 1.076 prontuários de saúde excluíram-se 968. Como identificado, a principal perda esteve relacionada ao abandono do tratamento, cerca de 57% (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição numérica de prontuários de usuários com DM2 excluídos do estudo.

Critérios de exclusão dos prontuários clínicos	n
Usuários com diagnóstico médico de DM1 registrado no prontuário de saúde	71
Usuários DM2 com registro de óbito	77
Usuários DM2 que abandonaram o tratamento no CIDH	613
Usuários DM2 sem registro de duas ou mais consultas médicas	207
Total	968

Fonte: Alencar (2013).

Dos 108 usuários cujos prontuários foram selecionados por Alencar (2013), oito foram a óbito, dois mudaram de cidade e um encontrava-se hospitalizado no período da coleta de dados dessa pesquisa. Assim, a amostra se reduziu a 97 usuários.

Em relação aos profissionais, como referido, existiam dez no CIDH: um médico endocrinologista, um oftalmologista, duas enfermeiras, duas nutricionistas, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais.

Como critérios de inclusão e de exclusão dos profissionais, adotaram-se os seguintes:

5.3.3 Critérios de inclusão dos profissionais

- Profissionais que prestavam atendimento direto e indireto aos usuários no CIDH.

5.3.4 Critérios de exclusão dos profissionais

- Profissionais que estivessem de férias, de licença/afastados ou aposentados no período da coleta de dados.

Foram excluídos dois profissionais, o oftalmologista, o qual na época da coleta de dados estava aposentado, e uma nutricionista, que se encontrava com o contrato suspenso. Totalizou-se, então, uma amostra de oito profissionais.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a obtenção dos dados utilizaram-se dois instrumentos que proporcionaram a avaliação da satisfação dos usuários e dos profissionais do CIDH.

5.4.1 Instrumento para mensurar a satisfação dos usuários

Para verificar a satisfação do usuário, aplicou-se o questionário semiestruturado de Gaioso (2007) (Apêndice A). Segundo a autora, o instrumento passou por validação de conteúdo, e foi analisado por três docentes (juízes) especialistas em avaliação de serviços de saúde.

O instrumento consta, primeiramente, de questões gerais, relativas à caracterização do respondente. Entre estas: tempo de residência na área, número de pessoas na família, sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, situação laboral, renda familiar, condição da residência, plano de saúde e frequência de utilização deste, utilização dos serviços públicos de saúde existentes no município, motivo de procurar um serviço de saúde, ocorrência de pelo menos uma experiência de atendimento administrativo ou de saúde no CIDH em no máximo seis meses antes da realização da entrevista, frequência de utilização e o que mais usa no serviço.

A segunda parte do instrumento constam questões relativas à satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade. São questões fechadas em

forma de escalas (excelente, bom, regular, ruim, péssimo, não sei) e uma questão aberta (que funcionou como disparadora do aspecto inerente à questão) após cada dimensão. Empregou-se como dimensões: infraestrutura, acessibilidade e relação usuário-equipe, além de um item sobre resolutividade e outro para sugestões.

Em referência à dimensão infraestrutura, adotaram-se, nas questões fechadas, indicadores como ambiente físico (percepção visual, sonora, olfativa, limpeza, luminosidade, conforto), qualidade e quantidade dos equipamentos, disponibilidade de medicamentos, disponibilidade para coleta de exames na unidade, disponibilidade para execução de procedimentos na unidade (aplicação de vacinas, curativo e medicamentos). Na questão aberta pediu-se que descrevesse a infraestrutura do CIDH. Como lembrete do que era importante saber sobre esta dimensão, incluíram-se: o estado da conservação do CIDH no concernente à limpeza, pintura, mobília, conforto, organização, espaço físico (tamanho e disposição de salas), trânsito interno, presença de rampas e escadas, acesso a deficientes como trânsito de cadeiras de rodas, equipamentos, privacidade, disponibilidade de realizar procedimentos em geral, como vacinas, administração e dispensação de medicamentos, coleta de exames e espaços adequados para atendimentos.

Sobre a dimensão acessibilidade, foram utilizados, nas questões fechadas, indicadores como acesso à consulta agendada, acesso à consulta eventual, tempo de espera nas consultas agendadas, tempo de espera nas consultas eventuais, tempo dispendido dentro do consultório, acesso a exames complementares, acesso a encaminhamentos, horário de funcionamento, distância da unidade à sua casa. Na questão aberta pediu-se que descrevesse como ele percebe o acesso a esses serviços oferecidos pelo CIDH e usou-se como lembrete exemplificações nas três classificações definidas por Fekete (1997): acessibilidade geográfica, organizacional e sociocultural.

No tocante à dimensão relação usuário-equipe de saúde, empregaram-se, nas questões fechadas, indicadores como competência e qualidade técnica da equipe, atendimento por parte da recepção, atendimento por parte da equipe de enfermagem, atendimento médico e explicações oferecidas pelos profissionais. Na questão aberta solicitou-se ao usuário descrever como ele percebia o relacionamento existente entre ele e a equipe de saúde. Como lembrete, mencionaram-se a cordialidade, a gentileza, a atenção, a preocupação, a

demonstração de interesse e a responsabilidade pelas queixas, respeito, vínculo, amizade, confiança e liberdade para expor seus problemas.

No relacionado à resolutividade, utilizou-se apenas questões abertas. Perguntou-se ao usuário se ele conseguia ter seu problema resolvido, e pediu-se a ele que exemplificasse, indagando se indicaria o CIDH para algum parente ou amigo. Também foi-lhe solicitado explicar o porquê.

Esse instrumento foi escolhido porque suas dimensões e seus indicadores (dentro de cada dimensão foram empregados indicadores propostos em forma de questões) contemplam o referencial teórico de Donabedian (1980) e estão de acordo com a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006).

Consoante mencionado, a utilização desse instrumento foi autorizada pela pesquisadora Vanessa Pirani Gaioso.

5.4.2 Instrumento para mensurar a satisfação dos profissionais

Acerca da satisfação do profissional adotou-se o Índice de Percepções Organizacionais (IPO), o qual foi desenvolvido e validado pelo Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, ligado à Fundação Oswaldo Cruz (VAITSMAN et al., 2003) (Apêndice B).

Definiram-se na metodologia de elaboração do IPO quatro grandes dimensões a serem pesquisadas no âmbito da organização. São elas: infraestrutura, gestão, clima e cultura organizacional. Para melhor compreensão, os dois últimos foram integrados (Quadro 2). A cada dimensão corresponde um conjunto específico de variáveis, como pode ser visto nos quadros a seguir. O IPO consiste num conjunto de questões fechadas, em forma de escalas (sempre, muitas vezes, raramente, nunca, não sei), que exprime as percepções e avaliações dos funcionários sobre o cotidiano organizacional, mais especificamente, sobre os aspectos cobertos pelas dimensões mencionadas.

Quadro 2 - Dimensões e variáveis componentes do Índice de Percepções Organizacionais.

Dimensões	Variáveis relacionadas
<p>Infraestrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> → Equipamentos → Materiais → Instalações → Segurança 	Tabelas 11, 12 e 13
<p>Gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> → Desenvolvimento de RH → Preocupação com os usuários → Carga de trabalho → Qualidade da gestão → Autonomia → Remuneração 	Tabelas 14, 15, 16 e 17
<p>Clima e cultura organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> → Comunicação → Participação → Satisfação dos funcionários → Cooperação e integração → Universalismo 	Tabelas 18, 19, 20 e 21

Segundo os autores, o questionário foi desenvolvido como um modelo para aplicação em uma unidade hospitalar pública, mas pode ser ajustado para outros tipos de organização do setor de assistência à saúde e adequado a situações e necessidades específicas. O acesso ao questionário e a autorização para uso foram obtidos junto à Coordenação de Desenvolvimento Tecnológico da Escola de Governo em Saúde, da ENSP/FIOCRUZ, via e-mail: escgov@ensp.fiocruz.br.

Para a classificação dos profissionais em satisfeitos ou insatisfeitos, considerou-se a resposta “sim” ou “não”, respectivamente, ao item “c” da questão “nº 27” do questionário dos profissionais: “O CIDH é um lugar onde você se sente satisfeito em trabalhar”?

5.5 Coleta de dados

Começou-se o preparo da coleta de dados dos usuários em dezembro de 2011, em Barbalha, quando foram separados os prontuários, e, então, conferidos e atualizados os endereços e os telefones, por meio de visitas domiciliares e/ou de ligações telefônicas.

Uma semana antes da coleta de dados, fez-se o agendamento das entrevistas, mediante busca ativa nos domicílios e ligações telefônicas. Para os faltosos e os impossibilitados de vir ao CIDH, a entrevista ocorreu no domicílio. Ao final, 88 entrevistas foram realizadas no CIDH, sete em visita domiciliar e duas numa clínica de nefrologia, antes do início da sessão de hemodiálise.

Procedeu-se à coleta de dados no próprio serviço, no período de fevereiro a março de 2012.

Coube à pesquisadora a aplicação do instrumento dos usuários, juntamente com uma acadêmica de enfermagem, enquanto os próprios profissionais respondiam seu questionário.

O treinamento da acadêmica deu-se na semana anterior ao início da coleta de dados, sendo-lhe explicados cada item do instrumento, a técnica de entrevista e a utilização do gravador. Além disso, ao final dos turnos de coleta eram compartilhadas as facilidades e dificuldades entre a pesquisadora e a acadêmica para uma melhor adequação da técnica de entrevista, se necessário.

Trabalhou-se com dois gravadores da marca Sony® para as respostas verbais às questões abertas do instrumento dos usuários, sendo o tempo de duração da entrevista de vinte a trinta minutos.

Para a obtenção da HbA1c, coletaram-se os valores registrados nos prontuários dos usuários nos três últimos anos (2009, 2010 e 2011) que antecederam a realização da entrevista. Para a associação das variáveis satisfação do usuário e controle glicêmico, calculou-se a média dos valores da HbA1c desses três anos. Considerou-se controle glicêmico HbA1c < 7% (SBD, 2013-2014).

5.6 Análise dos dados

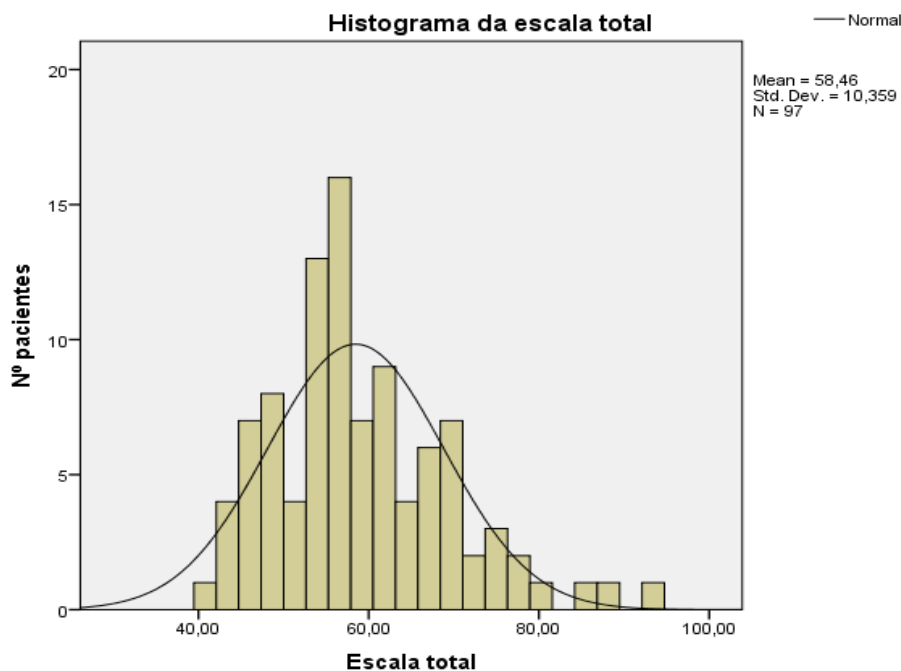
Os dados passaram por dupla digitação, foram armazenados em um banco de dados construído no programa Microsoft® Excel, e processados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0.

No intuito de analisá-los, calcularam-se as medidas estatísticas média, mediana e desvio padrão e seus respectivos intervalos de confiança (IC=95%). Para as análises de associação entre variáveis, optou-se pelos testes não paramétricos qui-quadrado (χ^2) e razão de verossimilhança.

Como mostra a Figura 2, o questionário dos usuários foi transformado em uma escala de 0 a 100, quando se verificou sua normalidade por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Sendo assim, estabeleceu-se como ponto de corte para a classificação dos usuários como satisfeitos valor superior a 50.

Os resultados foram analisados com base na literatura específica, e apresentados em tabelas.

Figura 2 – Gráfico de distribuição normal das variáveis da escala dos usuários



Analisaram-se os dados referentes às questões abertas mediante a análise do conteúdo, sendo esta um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto

das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações (BARDIN, 2011).

Para atingir mais precisamente os significados manifestos trazidos pelos usuários foi utilizada a análise temática do conteúdo. Esta, segundo Minayo (2010), é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente a saúde, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

Para proceder à análise temática, o conteúdo foi organizado e estruturado de acordo com as fases sequenciais: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

Por fim, os resultados dos dados quantitativos e qualitativos relacionados aos usuários foram apresentados simultaneamente, de forma que se complementaram.

Para cálculo da mediana das respostas dos profissionais, enumeraram-se de 1 a 5 os conceitos: sempre (1), muitas vezes (2), raramente (3), nunca (4) e não sei (5); muito boa (1), boa (2), razoável (3), ruim (4) e muito ruim (5); ideal (1), suficiente (2), insuficiente (3), não há material (4) e não sei (5); e por todos (1), pela maioria (2), por poucos (3), por ninguém (4) e não sei (5).

5.7 Aspectos éticos

Como determinado, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo nº 324/11. Tanto os usuários/responsáveis legais destes, como os profissionais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices C e D). Para preservar o anonimato dos participantes, atribuiu-se-lhes a letra E (entrevistado), seguida de número (1 a 97), para diferenciá-los.

5.8 Financiamento da pesquisa

Todas as despesas foram de responsabilidade da pesquisadora.

6 RESULTADOS

De acordo com as variáveis sociodemográficas (Tabela 1), dos 97 usuários, 86 (88,7%) eram do sexo feminino; a maioria era composta por idosos, (n=75; 77,3%), estando as idades numa crescente, quando categorizadas em faixas etárias: 22 (22,7%) usuários tinham idades entre 41 e 59 anos, 27 (27,8%) entre 60 e 69 anos e 48 (49,5%) entre 70 e 89 anos. Entre eles, a média das idades foi de 68,7 anos, com desvio padrão de 10,2; 63 (64,9%) tinham companheiro, 55 (56,7%) cursaram até o ensino fundamental incompleto, 82 (84,5%) residiam em casa própria e apenas oito possuíam plano de saúde particular.

Sobre a ocupação, 92 (94,8%) não exerciam atividades laborais. Desses, grande parcela (n=78; 84,8%) era composta por aposentados, seguida daqueles que exerciam atividades do lar, 10 (10,9%). Apenas três usuários estavam afastados do trabalho por licença médica e um declarou-se pensionista.

Quanto à renda familiar, a maioria (n=61; 62,9%) recebia dois salários mínimos. Em relação ao número de pessoas que residiam na casa, a maior parte morava com outros familiares, além do (a) companheiro (a). Destas, 42 (43,3%) com 2 a 3 pessoas e 35 (36,1%) com 4 a 8 pessoas.

Referente a outros serviços públicos de saúde, a maioria (n=91; 93,8%) afirmou utilizá-los. Desses, 85 (87,6%) também eram usuários dos hospitais, 74 (76,3%) das UBS e três do CAPS.

Quando perguntados se tiveram algum atendimento no CIDH nos últimos seis meses, 69 (71,1%) afirmaram que sim. A maioria referiu que utilizava, com maior frequência, a dispensação de medicamentos (n=96; 99,0%), seguida das consultas médicas (n=87; 89,7%), de enfermagem (n=12; 12,4%) e de nutrição (n=6; 6,2%).

Tabela 1 – Caracterização dos usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2014.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	86	88,7
Masculino	11	11,3
Faixa etária		
41 – 59 anos	22	22,7
60 – 69 anos	27	27,8
70 – 89 anos	48	49,5
Estado civil		
Com companheiro	63	64,9
Sem companheiro	34	35,1
Escolaridade		
Analfabeto	31	32,0
Fundamental incompleto	55	56,7
Fundamental completo	11	11,3
Possui plano de saúde		
Sim	8	8,2
Não	89	91,8
Atividade laboral		
Sim	5	5,2
Não	92	94,8
Renda familiar		
1 salário mínimo	20	20,6
2 salários mínimos	61	62,9
3 a 5 salários mínimos	15	15,5
Reside em casa própria		
Sim	82	84,5
Não	15	15,5
Nº de pessoas que residem com você		
0 a 1	20	20,6
2 a 3	42	43,3
4 a 8	35	36,1

6.1 Satisfação dos usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, segundo as dimensões infraestrutura, acessibilidade e relação usuário-equipe de saúde

Conforme se observou, mais da metade dos usuários estava satisfeita com o CIDH (n=62; 63,9%). Quanto às dimensões, a maioria encontrava-se satisfeita com a infraestrutura (n=70; 72,2%), com a acessibilidade (n=65; 67,0%) e com a relação usuário-equipe de saúde (n=90; 92,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Satisfação dos usuários com a escala total e com as dimensões infraestrutura, acessibilidade e relação usuário-equipe de saúde. Fortaleza, 2014.

Dimensões	Satisfeito		Insatisfeito	
	n	%	n	%
Escala total	62	63,9	35	36,1
Infraestrutura	70	72,2	27	27,8
Acessibilidade	65	67,0	32	33
Relação usuário-equipe	90	92,8	7	7,2

Quanto à aparência física do CIDH, grande parcela dos usuários atribuiu conceito “bom” (n=62; 63,9%), seguido do “regular” (n=23; 23,7%) e do “excelente” (n=8; 8,2%). Apenas para dois usuários o conceito foi “ruim” e “péssimo” (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis relacionadas à infraestrutura do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Variáveis relacionadas à infraestrutura	Excelente		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não sei	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Aparência física do CIDH	8	8,2	62	63,9	23	23,7	2	2,1	2	2,1	-	-
b) Qualidade e quantidade dos equipamentos	14	14,4	70	72,2	12	12,4	1	1,0	-	-	-	-
c) Disponibilidade de medicamentos	18	18,6	43	44,3	22	22,7	12	12,4	2	2,1	-	-
d) Disponibilidade para coleta de exames	-	-	26	26,8	24	24,7	39	40,2	6	6,2	2	2,1
e) Disponibilidade para procedimentos	3	3,1	23	23,7	14	14,4	14	14,4	-	-	43	44,3

No respeitante à qualidade e quantidade dos equipamentos, a maioria conferiu conceito “bom” (n=70; 72,2%), seguido do “excelente” (n=14; 14,4%), e do “regular” (n=12; 12,4%). Somente um usuário atribuiu conceito “ruim”.

No quesito disponibilidade de medicamentos, para a maior parte o conceito foi “bom” (n=43; 44,3%), seguido do “regular” (n=22; 22,7%), do “excelente” (n=18; 18,6%), e do “ruim” (n=12; 12,4%). Segundo dois usuários o conceito foi “péssimo”.

Já para a disponibilidade de coleta de exames, a maioria conferiu conceito “ruim” (n=39; 40,2%), seguido do “bom” (n=26; 26,8%), do “regular” (n=24; 24,7%) e do “péssimo” (n=6; 6,2%). Somente dois usuários atribuíram conceito “não sei”.

Quanto à disponibilidade de procedimentos, boa parte elegeu o conceito “não sei” (n=43; 44,3%), seguido do “bom” (n=23; 23,7%) e do “regular” e “ruim”, ambos 14 (14,4%). Apenas três usuários opinaram pelo conceito “excelente”.

Aqueles que responderam “não sei” ao item disponibilidade de procedimentos consideraram esse conceito porque, segundo eles, nunca realizaram procedimentos gerais, tais como vacinas, curativos, etc.

Na análise das falas, segundo observado, alguns usuários avaliaram positivamente o estado de conservação do CIDH:

“Bom. Tudo é bom, eu acho” (E54).

“É ótimo! Do jeito que tá pra mim tá ótimo! É ventilado [...]” (E66).

“Eu acho o espaço bom. Não tenho o que dizer nada daqui. Tem várias salas, tem espaço bastante” (E94).

Algumas falas demonstraram conformismo pelo simples fato de serem atendidos no CIDH:

“O que importa é o atendimento, a medicação e o asseio. Pra mim tá bom né?” (E10).

“Eu acho regular. Não é tão ótimo, mas dá pra ser bem atendido” (E34).

“Acho bom. Só o banheiro que tá meio fraco, mas é assim mesmo” (E40).

Outros mostraram-se satisfeitos pelo fato de ser um ambiente limpo:

“É bom. A casa é limpinha, mas está meio estragada” (E76).

“Eu acho que seja bom. Eu não entendo dessas coisas [...] de pintura. Pra mim estando limpim tá bom” (E97).

Percebeu-se a dificuldade dos usuários expressarem sua insatisfação, como evidenciado quando alguns deles, mesmo manifestando sua insatisfação, classificaram como bom ou excelente o estado de conservação do CIDH.

“Eu acho bom. Falta uma boa pintura, falta equipamentos para coleta de exames” (E11).

“Eu acho excelente! A pintura mais ou menos” (E48).

“Acho bom. O banheiro é horrível!” (E65).

“Tá bom. Poderia ser melhor, mas não deixa muito a desejar” (E80).

Em contraposição a esta percepção de satisfação e conformismo sobre o espaço físico, vários usuários apontaram que a infraestrutura do CIDH não era apropriada, necessitando de reformas e melhorias nos equipamentos e consultórios:

“Eu acho que poderia ser melhor. Bem mais organizado, um local mais aconchegante, porque o prédio não é bom não” (E7).

“O prédio não tem muita estrutura. Podia ser um prédio mais moderno, mais bem dividido” (E17).

“Não é muito bom não. Tem muita coisa para melhorar. Aumentar as salas, melhorar os móveis” (E28).

“O prédio não é bom. É um prédio mais antigo. Deveria ser um prédio mais apropriado, porque lá é uma casa. Deveria ter consultórios bem equipados” (E43).

Numa mesma resposta, um usuário avaliou o CIDH negativamente, no tocante à infraestrutura, à organização e à limpeza:

“Gosto não. Era pra ser mais organizado, mais asseado” (E5).

Ao serem questionados sobre o estado de conservação do CIDH quanto ao trânsito interno, segundo a grande maioria identificou, o CIDH não tinha acessibilidade adequada para usuários idosos e/ou pessoas com alguma deficiência física:

“Precisa de uma rampa, porque eu mesma tenho dificuldade. Só subo segurada nas paredes” (E10).

“O acesso de início já é ruim. Não tem rampa” (E33).

“Não é apropriado pra deficiente físico. Não tem rampa. Tem batente um pouco alto” (E43).

“Não tem acesso a cadeira de rodas. Não tem rampa. É estreito” (E46).

“Deveria ter uma rampa com aqueles ferrim [corrimão]” (E83).

“Pra quem tem deficiência não é bem bom não, porque tem aqueles degraus. Se tivesse uma entrada pra arrodar e entrar com a cadeira de rodas [...]” (E97).

Outro aspecto negativo relacionado à infraestrutura bastante citado pelos usuários foi o banheiro dos pacientes, seja pelo acesso ou pela precária infraestrutura, como se nota nas falas a seguir:

“Eu acho um pouco ruim é a instalação do banheiro” (E8).

“Só o banheiro que eu acho que tem dificuldade. Ele fica longe e se a pessoa passa mal, como eu mesma já me senti, eu não tinha por quem chamar” (E10).

“O acesso não é bom não. Não tem rampa. O banheiro fica muito distante pras pessoas que não tem muita condição de tá se locomovendo” (E52).

“O banheiro tá todo estragado, não tem asseio, a bacia é ruim, encardida” (E86).

Contudo, conforme alguns usuários reconheciam, o prédio onde funcionava o CIDH era tombado como patrimônio do município. Logo, não podia passar por reformas estruturais:

“[...] Ele é uma obra antiga e precisa dar uma reformulada. Talvez não possa mudar o aspecto por causa daquele tipo de conservação da cidade [...]” (E68).

“[...] Aqui é um prédio que não pode mexer” (E77).

No relacionado à dispensação de medicamentos, o CIDH disponibilizava aos usuários os hipoglicemiantes orais glibenclamida 5mg, cloridrato de metformina 500mg e glicazida 30mg, assim como as insulinas *Neutral Protamine Hagedorn* e regular, bem como análogos de insulina de ação ultrarrápida e de longa duração.

Apesar da grande parcela dos usuários está satisfeita com o quesito disponibilidade de medicamentos, 37,2% deles atribuíram conceito “regular”, “ruim” ou “péssimo”. Estes demonstravam insatisfação com a falta de alguns medicamentos:

“Não tem tudo. Sempre tem insulina e seringa, mas o restante dos remédios estão faltando” (E33).

“A insulina é difícil faltar, mas a metformina às vezes falta” (E39).

“Remédio eu não tô pegando mais não. O que a doutora passou não tem lá” (E57).

“Tem a entrega do remédio, mas às vezes falta um ou dois” (E67).

Quanto à disponibilidade para coleta de exames, item gerador de maior insatisfação entre os usuários, o CIDH não possuía infraestrutura compatível para realização de exames laboratoriais, nem mesmo disponibilizava a coleta dos exames solicitados pelos profissionais. Os exames eram solicitados no CIDH, sendo marcados nos postos de saúde e efetivados em laboratórios e hospitais públicos e/ou conveniados com a prefeitura de Barbalha. Essa foi a grande queixa evidenciada nas falas dos pacientes:

“Não é feito exame. O ideal é que fosse pelo menos marcado lá” (E33).

“Coleta de exame não tem. Deveria ter uma equipe que já colhesse sangue lá” (E39).

“Tem remédio, mas não faz exame. Não acho bom porque a gente tem que ir pro posto marcar o exame, aí tem que ir pro hospital fazer exame. Se fizesse aqui seria melhor” (E84).

“Exame não tem. Eu acho ruim porque a consulta é num canto, o exame em outro” (E54).

“Se tivesse tudo aqui eu achava bom. Não tem pra fazer exame, né? Se tivesse pra gente fazer exame aqui a gente não andava daqui pra acolá” (E85).

Foi a disponibilidade de procedimentos outro item gerador de insatisfação entre os usuários. Eles gostariam que no CIDH fossem realizados serviços ambulatoriais em geral, tais como curativos e vacinas, conforme mostram as falas a seguir:

“Não faz exame aqui, vacina, fazer curativo, merecia ter” (E19).

“[...] Se tivesse vacina era melhor [...]” (E74).

Tabela 4 – Variáveis relacionadas à acessibilidade ao Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Variáveis relacionadas à acessibilidade	Excelente		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não sei	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Acesso à consulta agendada	7	7,2	35	36,1	24	24,7	28	28,9	3	3,1	-	-
b) Acesso à consulta eventual	6	6,2	21	21,6	5	5,2	11	11,3	5	5,2	49	50,5
c) Tempo de espera para consulta agendada	5	5,2	40	41,2	33	34,0	15	15,5	4	4,1	-	-
d) Tempo de espera para consulta eventual	4	4,1	18	18,6	5	5,2	5	5,2	4	4,1	61	62,9
e) Tempo gasto durante a consulta	14	14,4	77	79,4	5	5,2	-	-	1	1,0	-	-
f) Acesso a exames complementares	2	2,1	42	43,3	18	18,6	15	15,5	5	5,2	15	15,5
g) Acesso às consultas especializadas	7	7,2	43	44,3	12	12,4	13	13,4	7	7,2	15	15,5
h) O que acha do horário de funcionamento	10	10,3	81	83,5	4	4,1	2	2,1	-	-	-	-
i) O que acha do deslocamento ao CIDH	5	5,2	40	41,2	24	24,7	23	23,7	4	4,1	1	1,0

No referente ao acesso à consulta agendada, boa parte dos usuários atribuiu conceito “bom” (n=35; 36,1%), seguido do “ruim” (n=28; 28,9%), e do “regular” (n=24; 24,7%). Sete usuários conferiram conceito “excelente” e três “péssimo”.

Para o acesso à consulta eventual, grande parte optou pelo conceito “não sei” (n=49; 50,5%), seguido do “bom” (n=21; 21,6%), e do “ruim” (n=11; 11,3%). Somente para seis o conceito foi “excelente” e para cinco os conceitos foram “regular” e “péssimo”.

Em relação ao tempo de espera para consulta agendada, parcela significativa atribuiu conceito “bom” (n=40; 41,2%), seguido do “regular” (n=33; 34,0%), e do “ruim” (n=15; 15,5%). Cinco atribuíram conceito “excelente” e quatro “péssimo”.

Já para o tempo de espera para consulta eventual, mais da metade decidiu-se pelo conceito “não sei” (n=61; 62,9%), seguido do “bom” (n=18; 18,6%). Somente quatro usuários se decidiram pelos conceitos “excelente” e “péssimo” e cinco pelos conceitos “regular” e “ruim”.

Sobre o tempo de espera despendido durante a consulta, a maioria deles elegeu conceito “bom” (n=77; 79,4%), seguido do “excelente” (n=14; 14,4%). Apenas cinco deles atribuíram conceito “regular” e um “péssimo”.

Quanto ao acesso a exames complementares, quase a metade conferiu conceito “bom” (n=42; 43,3%), seguido do “regular” (n=18; 18,6%), e do “ruim” e “não sei”, ambos 15 (15,5%). Para dois usuários o conceito foi “excelente” e para cinco “péssimo”.

Ao acesso às consultas especializadas, boa parte decidiu-se pelo conceito “bom” (n=43; 44,3%), seguido do “não sei” (n=15; 15,5%), do “ruim” (n=13; 13,4%) e do “regular” (n=12; 12,4%). Sete usuários atribuíram conceitos “excelente” e “péssimo”.

Perguntados sobre o horário de funcionamento, a grande maioria dos usuários atribuiu conceito “bom” (n=81; 83,5%) ou “excelente” (n=10; 10,3%). Somente quatro optaram pelo conceito “regular” e dois pelo “ruim”.

No item sobre o deslocamento ao CIDH foi atribuído, por boa parte, conceito “bom” (n=40; 41,2%), seguido do “regular” (n=24; 24,7%), e do “ruim” (n=23; 23,7%). Apenas cinco usuários elegeram conceito “excelente”, quatro “péssimo” e um “não sei”.

Vale destacar: o conceito “não sei” relacionado ao acesso (n=49; 50,5%) e ao tempo de espera para consulta eventual ou de urgência (n=61; 62,9%), provavelmente, explica-se pelo fato de o CIDH ser um serviço ambulatorial que não disponibiliza atendimento de urgência/emergência. Os pacientes que procuram o CIDH nessa condição são encaminhados ao hospital de referência do município de Barbalha.

Sobre o agendamento das consultas do CIDH, não havia uma padronização. Todos os pacientes que eram encaminhados para consulta de enfermagem e de nutrição já saíam com o retorno agendado, sendo-lhes garantido o dia do atendimento. Quanto às consultas médicas, eles eram avisados verbalmente com quanto tempo deveriam marcar a consulta subsequente.

Como observado, o agendamento das consultas médicas era realizado em apenas um dia no mês (primeiro dia útil). Segundo os pacientes e/ou acompanhantes relataram, eles precisavam chegar de madrugada e ficar numa fila que se formava na calçada do CIDH, com o objetivo de garantir o agendamento da consulta naquele mês. Porém, não era garantido conseguir.

“Se eu chegar no dia primeiro eu marco, mas se não for dia primeiro não marco” (E16).

“Consulta é difícil. Se vir no dia errado aí já não tem mais. Só marca dia primeiro. Já vim duas vezes e não consegui” (E28).

“Se for no dia primeiro, às cinco horas da manhã você consegue. Você vem um mês pra marcar pro outro. Acho péssimo isso” (E36).

“Para marcar agora tá sendo mais difícil. Eu tenho que vir, é só no primeiro dia do mês, tem que ser cedo, de madrugada, quatro horas. Aí tô achando ruim por isso” (E80).

Em virtude dessa situação, os retornos dos pacientes eram aleatórios, não seguiam as recomendações de acompanhamento, especificadas no Protocolo de Atendimento em Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial do CIDH (2003). Em consequência de tal dificuldade, observou-se, nas falas dos usuários, certa insatisfação quando questionados sobre o tempo de espera para agendar uma consulta de retorno.

“Se tiver vaga, sempre no início do mês a pessoa vem e agenda. Às vezes, demora uns trinta, quarenta, até sessenta dias” (E10).

“Demora demais! Não dá nem pra dizer o tempo. Faz quatro meses que espero” (E33).

“Eu passo um mês ou dois. Eu acho ruim porque antes a gente só chegava e já marcava” (E50).

“Passa até de um mês. Era bom se já saísse daqui marcado, né? Se tornaria bem mais fácil o tratamento, bem mais adequado” (E51).

“Aí é difícil demais! Faz dois anos que tento uma consulta. Eu tento e não consigo” (E61).

“Às vezes tá cheio. Já tá com uns três ou quatro meses que não consigo consulta” (E78).

“Uns dois a três meses. Às vezes, a gente vem e não tem vaga” (E83).

Vale ressaltar: em relação às consultas médicas, no CIDH só havia um médico, endocrinologista, que trabalhava dois turnos por semana. Este, provavelmente, era o motivo de tanta demora nos agendamentos.

Referida carência de profissionais, principalmente de médicos, foi bastante relatada pelos usuários, sendo o aumento do número de profissionais uma das principais sugestões dadas por eles. Como os usuários reconheciam, eram muitos pacientes para poucos profissionais.

“Melhorar só na parte da consulta que é demorada. É muita gente pra pouco médico” (E36).

“Ter mais dias de médicos” (E71).

“Deveria colocar algumas pessoas pra trabalhar aqui. Não ser só dois médicos [paciente acha que a enfermeira é médica]” (E72).

“Devia ter mais médicos” (E75).

“Tivesse mais médicos” (E92).

“Que tivesse mais consultas, mais médicos” (E95).

Em suas falas, os usuários demonstraram ter conhecimento tanto sobre o diabetes, como sobre suas complicações micro e macrovasculares, ao sugerirem que no CIDH deveria ter mais especialistas, tais como cardiologista e oftalmologista.

“Se tivesse cardiologista aqui dentro era melhor (E2).

[...] Mais especialistas, mais profissionais de saúde (E11).

“Se tivesse mais médicos especialistas” (E39).

“Seria bom um oculista” (E41).

“Seria bom que tivesse outras especialidades porque o diabetes dá problema de vista [...]” (E69).

No tocante ao acesso às consultas eventuais ou de urgência/emergência, na ótica de quase todos os usuários, o CIDH não atendia esses casos por ser um serviço de referência para o acompanhamento clínico-ambulatorial de pacientes com diabetes e hipertensão, além de não ter suporte de urgência/emergência. Ademais, reconheciam haver um fluxo de encaminhamento ao hospital nessas situações, garantindo a continuidade da assistência à saúde.

“Quando não atende encaminha pro hospital (E8).

“Eles mandam logo pro hospital” (E20).

“No caso de emergência vou direto pro hospital” (E44).

“Nunca vim. Vai pro hospital” (E51).

Mesmo assim, alguns usuários gostariam que o CIDH disponibilizasse um serviço de urgência/emergência. Ressalta-se a sugestão de um usuário segundo o qual o CIDH deveria ser um hospital para diabéticos.

“Melhorar o horário [sábado, domingo, dia e noite]; fazer um mini-hospital pra diabético” (E28).

“Era pra funcionar mais tempo. Num fim de semana, urgência, num feriado (E33).

Em relação ao horário de funcionamento, consoante alguns pacientes relataram, gostariam que suas consultas fossem marcadas pela manhã, por conta da dificuldade de transporte no turno da tarde, para a zona rural.

“Pela manhã eu gosto, mas de tarde é ruim” (E16).

“É bom. Mas pra quem vem pro médico [paciente diz o nome do médico], que só atende à tarde, aí fica mais difícil por causa da dificuldade dos carros pra voltar” (E51).

“Se tivesse o médico para atender de manhã seria melhor porque já tirava aquela dificuldade de carro que a gente sente quando vem pra cá” (E52).

No inerente ao deslocamento ao CIDH, no geral, a maioria achava o acesso bom. A maior parte vinha de transporte coletivo [ônibus], já que a cidade de Barbalha dispunha de linhas de ônibus para várias localidades. Segundo relataram alguns pacientes que vinham a pé, no caminho havia trechos íngremes. Isto, porém, não era motivo de insatisfação.

“Tô. É perto da parada para o ônibus de linha” (E2).

“Tem uma ladeirinha” (E25).

“Tem só uma subidinha, mas não tem dificuldade não” (E44).

“O caminho é bom” (E74).

Tal como outras circunstâncias, a demora no acesso a exames complementares e às consultas especializadas também foi descrita pelos usuários, refletindo um problema nacional de baixa capacidade instalada de serviços especializados no âmbito do SUS.

“Às vezes passa dois, passa três meses. Teve exame que passou um ano” (E3).

“Sei nem quantos meses. Demora muito!” (E75).

“Tá complicado. Às vezes não consegue. Tô esperando mais de quatro meses” (E88).

“Ele passou consulta do olho e eu consegui o exame. Foi bom, só custou pra marcar lá no Juazeiro. Custou porque foi do fundo de olho” (E91).

Tabela 5 – Variáveis associadas ao relacionamento usuário-equipe de saúde do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Variáveis associadas à relação usuário-equipe	Excelente		Bom		Regular	
	n	%	n	%	n	%
a) Competência/qualidade técnica da equipe de saúde	29	29,9	66	68,0	2	2,1
b) Atendimento por parte da recepção	32	33,0	62	63,9	3	3,1
c) Atendimento por parte da equipe de enfermagem	30	30,9	66	68,0	1	1,0
d) Atendimento médico	35	36,1	59	60,8	3	3,1
e) Explicações oferecidas pelos profissionais	26	26,8	67	69,1	4	4,1

Sobre a competência e qualidade técnica da equipe de saúde do CIDH, a maioria dos usuários atribuiu conceito “bom” (n=66; 68,0%) ou “excelente” (n=29; 29,9%). Para dois usuários este conceito foi “regular”.

Em relação ao atendimento por parte da recepção, mais da metade deles julgou o conceito “bom” (n=62; 63,9%) ou “excelente” (n=32; 33,0%). Três usuários julgaram o conceito “regular”.

Quanto ao atendimento pela equipe de enfermagem, mais da metade dos usuários também se decidiu pelo conceito “bom” (n=66; 68,0%) ou “excelente” (n=30; 30,9%). Apenas um usuário decidiu-se pelo conceito “regular”.

Ao atendimento médico, a maioria deles atribuiu conceito “bom” (n=59; 60,8%) ou “excelente” (n=35; 36,1%). Três atribuíram conceito “regular”.

No respeitante às explicações oferecidas pelos profissionais, a maior parte dos usuários conferiu conceito “bom” (n=67; 69,1%) ou “excelente” (n=26; 26,8%). Quatro usuários conferiram conceito “regular”.

Como se pode observar, esta foi a dimensão que obteve mais aprovação pelos usuários do CIDH. Nos cinco itens avaliados foram atribuídos conceitos “bom” e “excelente” pela grande maioria. Nenhum usuário respondeu “ruim”, “péssimo” ou “não sei”.

Segundo comprovam os dados e as falas, o CIDH tinha aprovação dos seus usuários, estando a maioria satisfeita com esse serviço de saúde. Todos afirmaram que indicariam o CIDH para outras pessoas, por ser um serviço resolutivo:

“[...] Porque foi aqui que eu descobri minha saúde [...]” (E6).

“[...] Se não fosse o centro aqui eu tava debaixo do chão” (E35).

“Já indiquei pra muita gente porque a gente acha que é o ponto certo pra quem tem esses problemas” (E38).

“Se não fosse isso aqui minha mãe já tinha morrido há muito tempo” (E64).

“Indicaria, como muitas vezes já indiquei. Aqui é uma coisa mais abrangente, questão de nutricionista, enfermeira, médico especialista” (E83).

“É o único lugar que trata bem o problema do diabetes e hipertensão” (E90).

6.2 Associação entre satisfação dos usuários e variáveis sociodemográficas

De acordo com a tabela a seguir, a maioria dos usuários satisfeitos em relação à escala total era do sexo masculino (n=8; 72,7%), cursou até o ensino fundamental incompleto (n=13; 72,2%) e não exercia atividades laborais (n=59; 64,8%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a escala total. Fortaleza, 2014.

Variáveis sociodemográficas	Escala Total				valor p*
	Satisfeito		Insatisfeito		
	n	%	n	%	
Sexo					0,518
Feminino	54	62,8	32	37,2	
Masculino	8	72,7	3	27,3	
Faixa etária					0,513
41-59 anos	12	54,5	10	45,5	
60-69 anos	17	63,0	10	37,0	
70-89 anos	33	68,8	15	31,3	
Escolaridade					0,928
Analfabeto	7	46,7	8	53,3	
Fundamental incompleto	13	72,2	5	27,8	
Fundamental completo	39	63,9	22	36,1	
Atividade laboral					0,464
Sim	3	50,0	3	50,0	
Não	59	64,8	32	35,2	
Renda familiar					0,680
1 salário mínimo	12	60,0	8	40,0	
2 salários mínimos	38	62,3	23	37,7	
3 a 5 salários mínimos	11	73,3	4	26,7	

* Teste qui-quadrado

Quanto à faixa etária, as frequências de satisfação apresentaram-se diretamente proporcionais ao aumento da idade, sendo 54,5%, 63,0% e 68,8% nas faixas etárias 41-59, 60-69 e 70-89, respectivamente.

De forma semelhante, quanto maior a renda familiar, maior a frequência de usuários satisfeitos, sendo 60,0%, 62,3% e 73,3% para aqueles que recebiam 1 salário, 2 salários e de 3 a 5 salários, respectivamente.

Tabela 7 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a dimensão infraestrutura. Fortaleza, 2014.

Variáveis sociodemográficas	Infraestrutura				valor p*
	Satisfeito		Insatisfeito		
	n	%	n	%	
Sexo					0,448
Feminino	61	70,9	25	29,1	
Masculino	9	81,8	2	18,2	
Faixa etária					0,560
41-59 anos	15	68,2	7	31,8	
60-69 anos	18	66,7	9	33,3	
70-89 anos	37	77,1	11	22,9	
Escolaridade					0,500
Analfabeto	20	64,5	11	35,5	
Fundamental incompleto	42	76,4	13	23,6	
Fundamental completo	8	72,7	3	27,3	
Atividade laboral					0,760
Sim	4	66,7	2	33,3	
Não	66	72,5	25	27,5	
Renda familiar					0,619
1 salário mínimo	13	65,0	7	35,0	
2 salários mínimos	44	72,1	17	27,9	
3 a 5 salários mínimos	12	80,0	3	20,0	

* Teste qui-quadrado

Sobre a associação das variáveis sociodemográficas com a infraestrutura, a maioria dos usuários satisfeitos era do sexo masculino (n=9; 81,8%), tinha idade entre 70 e 89 anos (n=37; 77,1%), cursou até o ensino fundamental incompleto (n=42; 76,4%) e não exercia atividades laborais (n=66; 72,5%).

Quanto à renda familiar, manteve-se a tendência anterior: quanto maior a renda familiar, maior a frequência de usuários satisfeitos, sendo 65,0%, 72,1% e 80,0%, para aqueles que recebiam 1 salário, 2 salários e de 3 a 5 salários, respectivamente.

Tabela 8 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a dimensão acessibilidade. Fortaleza, 2014.

Variáveis sociodemográficas	Acessibilidade				valor p*
	Satisfeito		Insatisfeito		
	n	%	n	%	
Sexo					0,267
Feminino	56	65,1	30	34,9	
Masculino	9	81,8	2	18,2	
Faixa etária					0,151
41-59 anos	11	50,0	11	50,0	
60-69 anos	19	70,4	8	29,6	
70-89 anos	35	72,9	13	27,1	
Escolaridade					0,538
Analfabeto	20	64,5	11	35,5	
Fundamental incompleto	39	70,9	16	29,1	
Fundamental completo	6	54,5	5	45,5	
Atividade laboral					0,374
Sim	3	50,0	3	50,0	
Não	62	68,1	29	31,9	
Renda familiar					0,442
1 salário mínimo	12	60,0	8	40,0	
2 salários mínimos	40	65,6	21	34,4	
3 a 5 salários mínimos	12	80,0	3	20,0	

* Teste qui-quadrado

No referente à dimensão acessibilidade, a maior parte dos usuários satisfeitos era do sexo masculino (n=9; 81,8%), cursou até o ensino fundamental incompleto (n=39; 70,9) e não exercia atividades laborais (n=62; 68,1%).

Quanto à faixa etária, as maiores frequências de satisfação evidenciaram-se diretamente proporcionais ao aumento da idade, sendo 50,0%, 70,4% e 72,9% nas faixas etárias 41-59, 60-69 e 70-89, respectivamente.

De forma semelhante, quanto maior a renda familiar, maior a frequência de usuários satisfeitos, sendo 60,0%, 65,6% e 80,0%, para aqueles que recebiam 1 salário, 2 salários e de 3 a 5 salários, respectivamente.

Tabela 9 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação, de acordo com a dimensão relação usuário-equipe de saúde. Fortaleza, 2014.

Variáveis sociodemográficas	Relação usuário-equipe				valor p*
	Satisfeito		Insatisfeito		
	n	%	n	%	
Sexo					0,805
Feminino	80	93,0	6	7,0	
Masculino	10	90,9	1	9,1	
Faixa etária					0,673
41-59 anos	20	90,9	2	9,1	
60-69 anos	26	96,3	1	3,7	
70-89 anos	44	91,7	4	8,3	
Escolaridade					0,378
Analfabeto	29	93,5	2	6,5	
Fundamental incompleto	50	90,9	5	9,1	
Fundamental completo	11	100,0	0	0,0	
Atividade laboral					0,048
Sim	4	66,7	2	33,3	
Não	86	94,5	5	5,5	
Renda familiar					0,281
1 salário mínimo	18	90,0	2	10,0	
2 salários mínimos	56	91,8	5	8,2	
3 a 5 salários mínimos	15	100,0	0	0,0	

* Teste qui-quadrado

No tangente à dimensão relação usuário-equipe de saúde, a maioria dos usuários satisfeitos era do sexo feminino (n=80; 93,0%), tinha idade entre 60 e 69 anos (n=26; 96,3%), cursou o ensino fundamental completo ou mais (n=11; 100,0%) e não exercia atividades laborais (n=86; 94,5%).

Em relação à renda familiar, a prevalência de satisfação apresentou-se diretamente proporcional ao número de salários, sendo 90,0%, 91,8% e 100,0%, para aqueles que recebiam 1 salário, 2 salários e de 3 a 5 salários, respectivamente.

6.3 Associação entre satisfação dos usuários e controle glicêmico

No referente aos valores da HbA1c, as médias foram 8,13, 8,53 e 8,47, nos anos de 2009, 2010 e 2011, respectivamente.

Quanto ao controle glicêmico, 19 (26,03%) usuários estavam dentro da meta em 2009, 16 (23,2%) em 2010 e 15 (22,7%) em 2011. Contudo, não havia registros de HbA1c em 24 (24,7%), 28 (28,9%) e 13 (13,4%) prontuários, nos anos de 2009, 2010 e 2011, respectivamente.

No geral, apenas 13 (14,1%) usuários encontravam-se com a média da HbA1c desses três anos dentro do limite de normalidade. Cinco não tinham registro.

Tabela 10 - Associação entre satisfação dos usuários e o controle glicêmico, através da hemoglobina glicada. Fortaleza, 2014.

Dimensões	Hemoglobina glicada				valor p*
	< 7% (meta)		≥ 7% (risco)		
	n	%	n	%	
Escala total					0,173
Satisfeito	6	10,3	52	89,7	
Insatisfeito	7	20,6	27	79,4	
Infraestrutura					0,027
Satisfeito	6	9,1	60	90,9	
Insatisfeito	7	26,9	19	73,1	
Acessibilidade					0,810
Satisfeito	9	14,8	52	85,2	
Insatisfeito	4	12,9	27	87,1	
Relação usuário-equipe					0,990
Satisfeito	12	14,1	73	85,9	
Insatisfeito	1	14,3	6	85,7	

* Teste qui-quadrado

Conforme se observou, a maior parcela dos usuários cuja média da HbA1c estava dentro da meta era insatisfeita com a escala total (n=7; 20,6%) e com a dimensão infraestrutura (n=7; 26,9%). Em contrapartida, era satisfeita com a dimensão acessibilidade (n=9; 14,8%).

Para associação entre o controle glicêmico e a dimensão relação usuário-equipe houve uma equiparação, estando 14,1% versus 14,3% satisfeitos e insatisfeitos, respectivamente.

6.4 Satisfação dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, segundo as dimensões infraestrutura, gestão e clima/cultura organizacional

O quadro funcional do CIDH era composto, na sua maioria, por profissionais do sexo feminino (sete), com idades ≥ 35 anos (seis), com tempo de serviço no CIDH ≥ 5 anos (cinco) e servidor público (sete); quatro tinham o ensino médio completo e quatro o nível superior completo.

Seguem, abaixo, os aspectos relacionados à satisfação dos profissionais.

Tabela 11 – Satisfação dos profissionais quanto aos equipamentos e materiais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Você diria que CIDH possui:	Ideal	Suficiente	Insuficiente	Mediana
Equipamentos em...				
Quantidade	1	5	2	2
Disponibilidade	2	5	1	2
Qualidade	4	4	-	1,5
Manutenção	1	4	3	2
Materiais em...				
Quantidade	1	4	3	2
Qualidade	2	6	-	2

Em relação aos equipamentos e materiais necessários para o desempenho das funções dos profissionais do CIDH, a maioria atribuiu conceito “ideal” ou “suficiente” aos itens inerentes aos equipamentos quanto à quantidade, disponibilidade, qualidade e manutenção; e aos materiais necessários para o trabalho em quantidade e qualidade. Ou seja, a maior parte dos profissionais encontrava-se satisfeita com esses quesitos.

Tabela 12 – Satisfação dos profissionais com a ambiência do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

A ambiência do CIDH quanto à	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim	Muito ruim	Mediana
Limpeza	1	3	4	-	-	2,5
Temperatura	-	1	3	3	1	3,5
Ventilação	-	1	3	4	-	3,5
Espaço para trabalho	-	2	3	3	-	3
Mobiliário	-	3	2	3	-	3
Barulho	-	2	3	2	1	3
Segurança	-	-	4	1	3	3,5
Iluminação	-	2	4	2	-	3

Sobre o fator ambiência do CIDH, os resultados evidenciaram insatisfação entre os profissionais quando a maioria atribuiu conceito “razoável” ou “ruim” aos itens temperatura, ventilação, espaço para trabalho, mobiliário, barulho, segurança e iluminação. O aspecto limpeza foi o melhor avaliado no tocante à ambiência, sendo-lhe conferido, pela maioria, conceito “bom” ou “razoável”.

Tabela 13 – Satisfação dos profissionais quanto às rotinas de segurança e de biossegurança do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Em seu setor de trabalho existem	Sim	Não
a) Rotinas de segurança para prevenção de acidentes e de incêndios?	1	7
b) Rotinas para evitar contaminação?	5	3
c) Rotinas para assegurar segurança pessoal contra roubo, agressão?	-	8

Ao serem questionados sobre o quesito segurança no trabalho, no qual lhes foram feitas três perguntas, a maior parcela dos profissionais respondeu que no CIDH não havia rotina de segurança para prevenção de acidentes e de incêndios; todos também afirmaram que não havia rotina para garantir segurança pessoal contra roubo ou agressão. Ainda segundo a maioria, existia rotina para evitar contaminação.

Tabela 14 – Satisfação dos profissionais quanto à realização de cursos, capacitações e treinamentos. Fortaleza, 2014.

Em relação a cursos, com que frequência...	Muitas			Não		Mediana
	Sempre	vezes	Raramente	Nunca	sei	
a) São oferecidos cursos/capacitação/treinamento?	1	-	3	4	-	3,5
b) Há possibilidade de fazer cursos fora do CIDH?	-	1	3	2	2	3
c) Os funcionários frequentam/concluem os cursos?	-	1	3	2	2	3
d) São proveitosos para seu desenvolvimento pessoal?	2	1	1	1	3	2
e) São proveitosos para seu desenvolvimento do setor?	2	2	1	-	3	2
f) São avaliados em relação aos seus efeitos para o setor?	-	2	1	1	4	2,5

No concernente à realização de cursos, capacitações e treinamentos, os dados mostraram insatisfação dos profissionais, os quais conferiram conceito “raramente” ou “nunca” quando questionados se no CIDH eram oferecidos cursos, capacitações ou treinamentos; se havia possibilidade de fazer cursos fora; e se os funcionários frequentavam/concluíaam os cursos.

Ao serem perguntados se os cursos, as capacitações e os treinamentos eram proveitosos para seu desenvolvimento pessoal e se eles eram avaliados em relação aos seus efeitos para o setor, a maioria conferiu conceito “raramente”, “nunca” ou “não sei”.

Tabela 15 – Satisfação dos profissionais quanto aos resultados após realização de cursos, capacitações e treinamentos. Fortaleza, 2014.

A realização de cursos teve como resultado...	Sim	Não	Não sei
Maior salário?	1	5	2
Progressão funcional?	2	4	2
Aumento de conhecimento?	4	2	2
Aplicação do conhecimento no trabalho?	5	1	2

De acordo com a maioria dos profissionais, a realização de cursos não teve como resultado maior salário, nem progressão funcional. No entanto, aqueles que fizeram algum curso reconheceram terem adquirido novos conhecimentos, podendo aplicá-los no trabalho.

Tabela 16 – Satisfação dos profissionais com a direção do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Mediana
Com que frequência no CIDH...						
a) O planejamento e a tomada de decisões são tarefas exclusivas do chefe?	2	3	3	-	-	2
b) A decisão é delegada ao responsável pela ação?	3	2	2	1	-	2
c) Os funcionários são tratados com respeito?	5	2	1	-	-	1
d) Quem é comprometido com o trabalho é reconhecido?	3	3	1	1	-	2
e) O desempenho dos profissionais é avaliado adequadamente?	1	3	1	3	-	2,5
f) O horário de trabalho é igualmente cumprido por todos?	4	3	1	-	-	1,5
g) Há orientações claras de como proceder no desempenho das tarefas?	2	4	1	1	-	2
Com que frequência a direção do CIDH...						
a) Estimula o trabalho em equipe?	4	2	1	1	-	1,5
b) Valoriza seu trabalho?	5	1	1	1	-	1
c) Está disponível quando necessário?	6	1	-	1	-	1
d) Ouve queixas e acata soluções vindas dos funcionários?	6	1	-	1	-	1
e) Mostra favoritismo por alguns funcionários?	1	1	1	5	-	4
f) Faz um esforço para conhecer a opinião dos usuários?	1	4	2	1	-	2
g) Está preocupada em melhorar o serviço prestado ao usuário?	3	4	-	1	-	2
h) Faz um esforço para conhecer a opinião dos funcionários?	2	3	1	2	-	2
i) Está preocupada em melhorar as condições de trabalho?	3	2	2	1	-	2
j) Está preocupada em melhorar o salário dos funcionários?	-	-	2	5	1	4
l) É confiável em relação ao que diz?	6	1	-	1	-	1

No tangente à satisfação com a direção do CIDH, a maior parte dos profissionais afirmou que “sempre” ou “muitas vezes” a decisão era delegada ao responsável pela ação; os profissionais eram tratados com respeito; havia reconhecimento pelo trabalho; o horário de trabalho era igualmente cumprido por todos; e havia orientações claras sobre as tarefas. Em contrapartida, segundo a maioria afirmou, “sempre” ou “muitas vezes” o planejamento e a tomada de decisões eram tarefas exclusivas do chefe.

Como evidenciado, os profissionais estavam satisfeitos com a chefia em relação ao estímulo ao trabalho em equipe, reconhecimento, disponibilidade, escuta e sugestões, bem como tratamento igualitário, sendo atribuído, pela maioria conceito “sempre” ou “muitas vezes”. Também para a maioria, o chefe “nunca” mostrou favoritismo por nenhum funcionário.

Ainda como evidenciado, a maior parte dos profissionais reconhecia que “sempre” ou “muitas vezes” a direção do CIDH procurava conhecer a opinião dos usuários e melhorar o serviço a eles prestado; conhecer a opinião dos profissionais e melhorar suas condições de trabalho; e era confiável em relação ao que dizia. No entanto, consoante a maioria afirmou, ela não estava preocupada em melhorar o salário dos funcionários. Neste aspecto, decidiram-se pelo conceito “raramente” ou “nunca”.

Tabela 17 – Opinião dos profissionais sobre a chefia do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Seu chefe imediato...	Sim	Não	Não sei
Possui competência técnica para gerenciar o setor?	5	2	1
Pertencia ao CIDH antes de ser nomeado?	1	6	1
Está no cargo por indicação política?	5	-	3

No quesito liderança, segundo a maioria afirmou, a chefia do CIDH possuía competência técnica para gerenciar o CIDH, porém não pertencia ao CIDH antes de ser nomeada e estava no cargo por indicação política.

Tabela 18 – Satisfação dos profissionais com o clima organizacional do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

No CIDH, com que frequência...	Muitas				Não sei	Mediana
	Sempre	vezes	Raramente	Nunca		
a) Você se sente à vontade para dizer o que vê de errado?	2	4	1	1	-	2
b) A sobrecarga de trabalho tem prejudicado sua vida pessoal?	-	-	2	6	-	4
c) As equipes trabalham satisfeitas?	2	4	2	-	-	2
d) O quadro de pessoal é suficiente?	5	1	-	2	-	1
e) O desempenho dos colegas deixa a desejar?	-	-	4	3	1	3,5
f) Há cooperação e solidariedade entre os profissionais?	2	4	1	-	1	2
g) Há um jeito, quando necessário, para cobrir ausência de colega?	4	1	1	-	2	1,5
h) Há desperdícios que poderiam ser evitados?	1	2	3	2	-	3
j) Há conflitos entre funcionários?	-	-	2	6	-	4
k) Há cooperação e solidariedade entre os profissionais?	5	3	-	-	-	1
l) Cada setor atua de forma isolada dos demais?	1	-	4	3	-	3
m) As relações entre os profissionais têm por base a hierarquia e o controle?	2	4	1	1	-	2
n) As regras são iguais para todos independente da categoria profissional?	3	4	-	1	-	2
o) Os privilégios de algumas categorias atrapalham o trabalho em equipe?	1	-	1	6	-	4
p) Alguns colegas não realizam seu trabalho satisfatoriamente?	2	-	1	5	-	4
q) Muita gente tira licença sem necessidade?	-	-	1	7	-	4

Sobre o clima organizacional no CIDH, os resultados mostraram satisfação entre os profissionais, quando a maioria relatou que “sempre” ou “muitas vezes” se sentia à vontade para dizer o que via de errado; as equipes trabalhavam satisfeitas; o quadro de pessoal era suficiente; havia cooperação e solidariedade entre os colegas e orientações sobre o desempenho das tarefas; as relações entre os profissionais tinham por base a hierarquia e o controle; as regras eram iguais para todos.

Semelhantemente, conforme a maior parte relatou, “raramente” ou “nunca” havia sobrecarga de trabalho; o desempenho dos colegas ficava a desejar; havia desperdícios; havia conflitos entre os funcionários; os setores atuavam isoladamente; os privilégios de alguns atrapalhavam a equipe; alguns colegas não realizavam o trabalho satisfatoriamente; e os profissionais tiravam licença sem necessidade.

Tabela 19 – Satisfação dos profissionais em trabalhar no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Em sua opinião, o CIDH...	Sim	Não
É bem administrado?	7	1
Funciona bem?	6	2
É um lugar onde você se sente satisfeito em trabalhar?	7	1
A perda deste emprego o preocupa?	5	3
Sua remuneração é justa em relação ao seu trabalho?	2	6
O valor do seu salário é satisfatório?	2	6

No geral, para a maior parcela dos profissionais, o CIDH era bem administrado, funcionava bem e era um local onde se sentia satisfeito em trabalhar, sendo a possível perda do emprego geradora de preocupação. Em contrapartida, na opinião da maioria, sua remuneração não era justa em comparação ao trabalho executado. Logo, estava insatisfeita com o valor salarial.

Tabela 20 – Opinião dos profissionais quanto à cultura organizacional do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014

	Por todos	Pela maioria	Por poucos	Mediana
Os princípios, objetivos e metas são...				
Conhecidos e entendidos	3	4	1	2
Respeitados e praticados	3	4	1	2
A missão do CIDH é...				
Conhecida e entendida	4	2	2	1,5
Respeitada e praticada	2	4	2	2

Quanto à cultura organizacional do CIDH, de acordo com a maior parte dos profissionais, os princípios, objetivos, metas e a missão do CIDH eram conhecidos, entendidos, respeitados e praticados “por todos” ou “pela maioria”.

Tabela 21 – Opinião dos profissionais em relação aos usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Fortaleza, 2014.

Em sua opinião, com que frequência os funcionários do CIDH...	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Mediana
Levam em conta as necessidades e expectativas dos usuários?	3	4	1	2
Procuram atender os usuários da melhor maneira possível?	5	2	1	1

No concernente ao atendimento aos usuários do CIDH, a maioria dos profissionais respondeu que “sempre” ou “muitas vezes” levavam em conta as necessidades e expectativas dos usuários, procurando atendê-los da melhor maneira possível.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1 Satisfação dos usuários

Conforme se observou, os resultados dessa tese demonstraram que a maioria dos usuários estava satisfeita com o CIDH (63,9%). Também no Ceará, elevadas prevalências de satisfação de usuários foram evidenciadas (JORGE et al., 2007; SERAPIONI; SILVA, 2011).

Quanto às dimensões, a maior parte dos usuários do CIDH encontrava-se satisfeita, em ordem decrescente, com a: relação usuário-equipe de saúde (92,8%), infraestrutura (72,2%) e acessibilidade (67,0%).

Ao associar a satisfação dos usuários (escala total, infraestrutura e acessibilidade) com as variáveis sociodemográficas, segundo se verificou, a maior parte dos usuários satisfeitos era do sexo masculino, não exercia atividades laborais, e a satisfação diretamente proporcional à renda familiar. A satisfação estava diretamente proporcional à idade, quando avaliadas a escala total e a acessibilidade. Apenas a associação satisfação e atividade laboral apresentou-se estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

De forma semelhante, Jorge et al. (2007), ao tentarem estabelecer correlações entre satisfação dos usuários e características sociodemográficas, verificaram inexistência de associação da satisfação com escolaridade ($p = 0,828$), idade ($p = 0,455$), sexo ($p = 0,384$) e renda ($p = 0,993$).

Apesar de ainda contraditória e inconclusiva, a associação positiva entre a satisfação dos usuários com os serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas foi evidenciada em pesquisa internacional (NAIDU, 2009) e nacional (BASTOS; FASOLO, 2013).

No âmbito internacional, Naidu (2009), ao analisar 24 artigos científicos, encontrou estudos nos quais a satisfação do paciente denotou associação positiva com as variáveis sóciodemográficas idade, educação, estado de saúde, raça, estado civil e classe social.

Estudo sobre fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial no Sul do país confirmou o achado dessa pesquisa de que a maioria dos pacientes satisfeitos era do sexo masculino. Nele, a satisfação com a consulta médica revelou-se diretamente proporcional: à idade, sendo 81,3%, 89,0% e 92,3%,

nas faixas etárias 20-39, 40-59 e ≥ 60 anos, respectivamente; à escolaridade, sendo 83,5%, 88,0% e 91,2%, nos anos de estudo 5-9, 10-11 e ≥ 12 anos, respectivamente; e à classe social, sendo 91,3%, 84,9% e 81,1%, nas classes sociais A/B, C e D/E, respectivamente. Indivíduos que relataram ter sido bem tratados pelo médico referiram estar cerca de cinco vezes mais satisfeitos com a consulta médica quando comparados aos que não foram bem tratados por este profissional ($p < 0,001$). Ademais, o tempo de espera para ser atendido esteve inversamente associado à satisfação (BASTOS; FASOLO, 2013).

Consoante identificou pesquisa realizada na Arábia Saudita sobre satisfação dos pacientes de hospitais públicos e privados ao avaliar cinco dimensões da qualidade sobre aspectos tangíveis, confiança, capacidade de resposta, segurança e empatia, os níveis de satisfação apresentaram diferenças estatisticamente significantes em relação ao sexo, sendo os homens mais satisfeitos. Logo, corrobora o achado dessa tese. Ademais, o nível educacional teve um impacto significativo sobre a satisfação, no entanto, não houve diferenças estatísticas entre os grupos etários e as ocupações dos pacientes (AL-BORIE; DAMANHOURI, 2013).

Ao avaliarem a satisfação e os fatores relacionados à insatisfação de pacientes com DM2 e/ou hipertensão arterial sistêmica com os cuidados oferecidos em clínicas de medicina de família do México, pesquisadores também evidenciaram maiores prevalências de satisfação entre os homens do que entre as mulheres, sobretudo ao abordarem aspectos associados ao relacionamento médico-pacientes (55,4% *versus* 49,9%) e arranjos organizacionais (55,2% *versus* 52,8%) (DOUBOVA et al., 2009).

Em busca dos fatores influenciadores da satisfação dos pacientes de clínicas da APS, pesquisadores do Kuwait elaboraram uma pesquisa com 426 pacientes, mediante um instrumento que continha seis dimensões da qualidade, quais sejam: aspectos interpessoais, técnica, acessibilidade, conveniência, disponibilidade e total. Diferente dos resultados do presente estudo e de outras pesquisas (BASTOS; FASOLO, 2013; AL-BORIE; DAMANHOURI, 2013), o sexo feminino denotou maior prevalência de satisfação ($p > 0,05$). Além disso, os pacientes mais jovens, 18-39 anos, apresentaram-se mais satisfeitos que os de maior idade, 40-50 ou mais ($p > 0,05$) (ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011).

No referente à infraestrutura do CIDH, a maioria dos usuários estava satisfeita (72,2%) quando aplicado o questionário estruturado. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Jorge et al. (2007), a qual, ao aplicar um questionário estruturado, identificou que 77,1% dos usuários consideraram as condições físicas da unidade de saúde adequadas.

Como apontam pesquisas, a ambiência dos serviços de saúde não é um dos principais indicadores de qualidade identificados pelos usuários, mas sim o acesso e bom relacionamento com a equipe de saúde (JORGE et al., 2007; SERAPIONI; SILVA, 2011).

Conforme perceberam Kempfer et al. (2011), quando o serviço não dispunha de infraestrutura suficiente para atender à necessidade do usuário, o relacionamento com a equipe assumia papel relevante para minimizar os efeitos de um atendimento não satisfatório.

Cabe ressaltar: evidenciou-se, nas falas dos usuários do CIDH, conformismo pelo simples fato de serem atendidos. Serapione e Silva (2011) destacam, em sua pesquisa, que o “ser atendido” foi um dos indicadores de qualidade compartilhado pelos usuários. Segundo os autores, a valorização do simples fato de serem atendidos pode estar associada às difíceis experiências de acesso aos serviços públicos de saúde.

De acordo com pesquisadores, a postura de gratidão pelo serviço de qualidade recebido é comum entre os usuários. Isto pode indicar sua forte relação com histórico no SUS, ou, talvez, por desconhecerem o papel constitucional do direito à saúde a todas as pessoas e os direitos dos usuários (BRASIL, 1988, 2013b; KEMPFER et al., 2011). Em virtude do desconhecimento desses direitos, eles se colocam na posição de aceitabilidade maior por desconhecer o princípio de cidadania do qual todo o sistema é parte (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009). Nesse sentido, ao não incorporar a saúde como direito, o usuário não se sente em condições de criticar o serviço, com medo de ser mal interpretado. Assim, cai em certo conformismo (SCHWARTZ et al., 2010).

Consoante se pode confirmar, nas respostas abertas, os usuários expressavam-se melhor. Eles identificaram problemas estruturais importantes, que prejudicavam a acessibilidade dos idosos e daqueles com déficit visual ou motor. Muitos deles relataram dificuldade no acesso ao banheiro e na porta de entrada, por não ter corrimão nem rampa.

Essas afirmações foram confirmadas por Alencar (2013) quando, em sua tese, avaliou o CIDH, de acordo com os componentes estrutura, processo e resultado. Como a autora verificou, o serviço em estudo não atendia às normas de segurança relativas ao usuário idoso, cadeirante e/ou portadores de locomoção reduzida, pois não dispunha de corrimãos de apoio na escada da entrada e no corredor de circulação. Constatou também a inexistência de rampas específicas para os usuários nestas situações. Ademais, o banheiro destinado aos usuários não continha barras de proteção, com conseqüente risco de quedas ou outro tipo de acidente. Além disso, não havia sanitário masculino e feminino separadamente, o estado de conservação das bacias sanitárias e pias era inadequado e as fechaduras dos banheiros dos usuários comprometia a abertura em caso de urgências.

Essa fragilidade percebida na estrutura física do CIDH é preocupante, sobretudo porque a maioria dos usuários com DM2 do estudo é idosa (77,3%).

De modo geral, as barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com limitações temporárias, aos idosos e àquelas com deficiência física são formadas por todas e qualquer barreira relacionada às construções urbanas ou às edificações. As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de ir e vir livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado e buracos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos a serem citados como barreiras arquitetônicas. Esta mesma dificuldade é experimentada nos espaços destinados aos cuidados à saúde, com prédios adaptados, porém inadequados às necessidades dos usuários (SIQUEIRA et al., 2009).

Amaral et al. (2012), ao investigarem os fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos aos serviços de saúde, confirmaram que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção foi fortemente associada à presença de barreiras arquitetônicas, entre elas: ausência de transporte; existência de esgotos, bueiros, dejetos, sacos de lixo, pisos quebrados; e presença de degraus nas calçadas e inexistência de calçamento. Entre as queixas dos idosos, destacam-se: ausência de atendimento prioritário, elevado tempo de espera para ser atendido, inexistência de atendimento domiciliar de profissionais de saúde e dificuldade de marcar consulta.

De forma semelhante, segundo verificaram Siqueira et al. (2009), ao pesquisarem sobre as barreiras arquitetônicas impostas a idosos e pessoas com

deficiência física nas UBS de sete Estados brasileiros, 59,8% dos prédios não eram adequados para o acesso desses usuários. Entre as barreiras sobressaem a presença de degraus e a inexistência de rampas alternativas. Entre aquelas que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão. Também inexistiam corrimãos em 95% dos corredores e em 91,7% dos degraus de acesso. Em 77,4% dos banheiros faltavam portas que garantissem o acesso de cadeirantes e em 75,8% dos banheiros não era possível executar manobras de aproximação com a cadeira de rodas.

Conforme alguns pacientes relataram, em suas falas, o CIDH precisava de uma pintura, de uma reforma e melhoria nos equipamentos e consultórios.

Em corroboração com as falhas identificadas pelos usuários em relação ao estado de conservação, Alencar (2013) enfatizou como inadequado o estado de conservação e pintura de alguns espaços do CIDH, o que tornava o ambiente menos acolhedor. Entretanto, como a autora ressaltou, tal realidade poderia ser explicada pelo fato de o serviço não ter sido construído ou adaptado, por quanto se tratava de casa alugada e ainda tombada como patrimônio histórico, logo, impedida de passar por maiores reformas.

Essa carência de infraestrutura adequada para idosos e/ou pessoas com deficiência física reflete um problema nacional. Assim, muitas vezes, as unidades de saúde são instaladas em prédios improvisados, os quais estão disponíveis nas comunidades, mas não foram construídos especificamente para atender às necessidades de todos os usuários e dos profissionais que lá trabalham (FACCHINI et al., 2006; SIQUEIRA et al., 2009).

Também no âmbito internacional, pesquisadores observaram insatisfação dos pacientes no tocante à infraestrutura da unidade de saúde. Apenas 28,7% dos pacientes concordaram que o ambiente da sala de espera era confortável (ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011).

Ressalta-se, porém: o atendimento humanizado e acolhedor, praticado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos deve ser garantido a todo cidadão, de acordo com a Carta de Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2013d).

Considera-se acesso a possibilidade de ingressar no serviço de saúde por meio da oferta de atendimento. Para os usuários do SUS, o acesso se caracteriza pelas possibilidades que têm de usufruir dos serviços. Neste aspecto, consideram

como indicadores de facilidades ou dificuldades: o transporte até o serviço; a disponibilidade de medicamentos e exames; ações de alta complexidade; e a submissão ao agendamento, ao tempo de espera pelos serviços e às filas causadas como consequência da demanda reprimida (KEMPFER et al., 2011).

No presente estudo, 46,4% dos usuários do CIDH atribuíram conceito “excelente” ou “bom” ao tempo de espera para consulta agendada; a maioria mostrou-se satisfeita com o tempo despendido durante a consulta (79,4%).

No estudo de Gaioso (2007), 70,0% dos usuários classificaram como “excelente” ou “bom” o tempo de espera pela consulta agendada; a grande maioria, 90,1%, classificou como “excelente” ou “bom” o tempo despendido dentro do consultório. Os usuários apontaram esse tempo despendido durante a consulta como um fator de qualidade do atendimento, referindo maior atenção, escuta qualificada, valorização das suas queixas e coleta criteriosa de dados para a anamnese do paciente.

Na Bahia, o fator tempo de espera no ambulatório para receber atendimento apresentou-se associado, significativamente, ao grau de satisfação. Dessa maneira, a proporção de usuários insatisfeitos foi 11,7 vezes maior quando tinham de esperar mais de vinte minutos do que entre aqueles que esperavam menos tempo. Como evidenciado, o tempo de espera revelou-se estatisticamente significativo em todas as etapas de acesso ao serviço, quando associado à insatisfação dos usuários (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012).

Segundo verificou pesquisa realizada nos Estados Unidos que examinou a relação entre o índice de satisfação do paciente com os cuidados médicos na APS e o tempo de espera para a consulta, maior tempo de espera para consulta foi associado com menor satisfação do paciente ($p < 0,05$). No entanto, o tempo despendido durante a consulta com o médico foi o preditor de satisfação do paciente mais forte. O decréscimo da insatisfação associada a longos períodos de espera foi reduzido, substancialmente, com o aumento do tempo despendido com o médico durante a consulta (cinco minutos ou mais) (ANDERSON; CAMACHO; BALKRISHNAN, 2007).

Também no Kuwait, os pacientes demonstraram satisfação no tocante ao tempo despendido pelo médico durante as consultas explanando sobre a situação de saúde do paciente, porém demonstraram insatisfação com o tempo de espera

para os retornos às consultas médicas (ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011).

Como se observou, o tempo de espera apareceu como variável de fundamental relevância na constituição da satisfação dos indivíduos em relação ao acesso nos serviços de saúde.

Contudo, em geral, a variável tempo de espera é muito subjetiva e relativa para cada indivíduo, e depende das suas expectativas e experiências anteriores. Consoante relata Gaioso (2007), em sua dissertação, ao perguntar aos usuários qual seria o tempo limite de espera para que ele não se irritasse, alguns disseram que o ideal seria o atendimento imediato, uns disseram tolerar até de trinta minutos a duas horas e outros esperariam o tempo necessário, sem problemas.

Para Jesus e Assis (2010), os conceitos de acesso e acessibilidade têm natureza multidimensional e envolvem dimensões técnica, econômica, política e simbólica. No referente à satisfação dos usuários, esta relaciona-se com a dimensão simbólica, na qual estão incluídas as percepções, as concepções e a atuação dos sujeitos, as representações sociais sobre o processo saúde-doença, e a forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.

De acordo com dados evidenciados em pesquisa de revisão integrativa, os usuários avaliam positivamente os profissionais da equipe de saúde, e o movimento de cuidado que todos demonstram em relação a ouvir atentamente, estar junto, proporcionar um ambiente acolhedor e demonstrar interesse em resolver prontamente o problema. Quanto aos aspectos desfavoráveis, citam a demora no atendimento, a submissão ao agendamento e a falta de profissionais em muitos setores (KEMPFER et al., 2011).

Uma das principais queixas dos usuários do CIDH no referente à dimensão acessibilidade diz respeito ao agendamento de consultas. Segundo eles, a unidade só faz marcação de consultas uma vez por mês, gerando fila longa de madrugada e, mesmo nessa condição, muitas vezes não conseguem vaga. Outros relataram que às vezes só conseguem marcar com três a quatro meses.

O tempo de espera para agendar consultas para acessar a média complexidade também apresentou-se como um grande dificultador e desafio para organizar as demandas e os serviços de uma UBS de Vitória, Espírito Santo (SCHWARTZ et al., 2010).

Entre as sugestões demandadas pelos usuários do CIDH para reduzir o tempo de espera para a consulta, destaca-se a contratação de mais médicos especialistas. O CIDH contava com apenas um médico endocrinologista, e este, quando preciso, encaminhava os pacientes para outros especialistas da rede SUS. Contudo, a dificuldade de contratar médicos especialistas reflete um problema nacional.

Também Schwartz et al. (2010), ao avaliarem o acesso ao SUS em uma capital brasileira, a partir da percepção de usuários, verificaram que as principais críticas estavam relacionadas às dificuldades de acesso às especialidades.

No Brasil a média nacional de médicos é de 1,83/1.000 habitantes. Logo, está abaixo de outros países da América Latina, como Argentina e Uruguai, cujas médias são de 3,2 e 3,7 médicos/1.000 habitantes, respectivamente. Ademais, 22 Estados brasileiros ficam abaixo da média nacional, como é o caso do Ceará, cuja média é de 1,05 médico/1.000 habitantes (BRASIL, 2013e).

Com vistas a amenizar essa discrepância da distribuição de médicos pelo país, o governo federal vem traçando programas de incentivo no intuito de atrair médicos para regiões mais carentes. Neste âmbito, lançou, em 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), porém 55% desses municípios não conseguiram sequer um médico (BRASIL, 2011c).

Diante disso, instituiu-se, em 2013, o Programa Mais Médicos, o qual, segundo o MS, faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais. Neste, vagas não preenchidas por médicos brasileiros poderão ser ocupadas por médicos estrangeiros (BRASIL, 2013f).

Quanto ao agendamento das consultas e exames, uma alternativa para solucionar os problemas identificados pelos usuários seria a adesão da gestão municipal ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um sistema on-line, criado pelo MS para o gerenciamento de todo complexo regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, voltado à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (BRASIL, 2008). Este sistema seria integrado à central de regulação municipal e nele seriam realizados os agendamentos de consultas locais, dos encaminhamentos externos para outras especialidades, assim como marcação dos exames laboratoriais direto no CIDH.

No entanto, como tal alternativa demanda boa vontade política, investimento financeiro e tempo, saindo da governabilidade dos profissionais do CIDH, uma maneira simples, rápida e eficaz de solucionar o problema do agendamento interno das consultas seria abrir uma agenda de marcação manual para cada profissional, onde se registrariam os retornos dos pacientes, organizando a demanda. Para o paciente seria entregue um cartão impresso com a data do retorno da próxima consulta.

Em Fortaleza (CE), consoante evidenciou uma pesquisa com usuários da APS sobre a percepção dos usuários sobre a regulação do acesso ao cuidado, os entrevistados sinalizaram um importante e grandioso avanço do processo regulatório referente à continuidade da assistência entre os diferentes níveis de atenção. Isto representa o maior desafio da regulação em saúde. Segundo os autores, a unidade de saúde em discussão não compartilhava de algumas dificuldades apresentadas em outros serviços, pois os usuários relataram fácil acesso à marcação de consultas, alta resolutividade dos problemas e efetividade do sistema de referência e contrarreferência. Nesta, a satisfação dos usuários em relação ao cuidado prestado esteve associada às características facilitadoras do atendimento e à qualidade dos serviços prestados (CLARES et al., 2011).

Silva (2011), ao analisar a percepção dos usuários com a central de regulação e de consultas e exames de Olinda (PE), observou que 85% dos usuários ficaram mais satisfeitos com o acesso às consultas médicas especializadas e o agendamento de exames após implantação da regulação. Porém, o intervalo para realização de exame foi considerado pior para pelo menos metade dos entrevistados.

Como identificado na presente pesquisa, vários pacientes manifestaram insatisfação porque no CIDH não faziam coleta de exame. Alguns reclamaram porque os exames eram solicitados no CIDH, agendados nas UBS e realizados em hospitais e/ou clínicas conveniadas, ou seja, não havia uma integração entre os diversos pontos de atenção à saúde.

Com o objetivo de superar esses problemas de acesso a exames ora citados, um dos objetivos das RAS é reorganizar o sistema de patologia clínica. Tal iniciativa implica centralização das unidades de processamento, descentralização da coleta dos exames para todas as unidades de atenção à saúde, e ligação dessas duas pontas por meio de um sistema logístico eficaz (MENDES, 2011).

No concernente à acessibilidade, pesquisadores internacionais ratificaram os achados nesse estudo ao evidenciarem que a localização do serviço de saúde foi um fator de insatisfação. Para apenas 27,1% dos pacientes a unidade de saúde era bem localizada e de fácil acesso. Ademais, a maioria deles, 68,8%, estava insatisfeita com o horário de funcionamento desse serviço de saúde (ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011).

Como se percebeu, o horário de funcionamento do CIDH foi avaliado pela maioria, 93,7%, como bom ou excelente. Conforme se pode inferir, essa diferença é visível em comparação à pesquisa anterior, seja porque nesta praticamente a mesma proporção, 93,8%, não exercia nenhuma atividade laboral, enquanto naquela a maioria dos pacientes eram trabalhadores economicamente ativos, 66,9%, ou estudantes, 29,1%. Logo, precisavam faltar ao emprego ou à aula para irem se consultar (ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011).

Ainda quanto ao horário de funcionamento, as queixas de alguns pacientes do CIDH foram relacionadas à dificuldade de transporte, em determinado turno do dia.

A dificuldade de transporte tem sido um dos principais motivos do absenteísmo nos serviços de saúde. Com vistas a solucionar esse problema, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo propôs, recentemente, a implantação da Política de Transporte Sanitário (SÃO PAULO, 2013).

Segundo Mendes (2011), a questão do transporte em saúde de pessoas é fundamental no acesso aos serviços prestados nas RAS, sendo considerada uma das maiores barreiras ao acesso dos usuários aos serviços. O Sistema de Transporte em Saúde faz parte de um dos componentes da estrutura operacional das RAS, o sistema logístico. Assim, interliga os diferentes pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Destina-se às pessoas usuárias do SUS que demandam os serviços de saúde com incapacidade física e/ou econômica de se deslocarem por meios ordinários de transporte.

Quando abordada sobre a disponibilidade de medicamentos, a maioria mostrou-se satisfeita, sendo atribuído conceito “excelente” ou “bom” por 62,9% dos usuários do CIDH. No entanto, a análise das falas evidenciou insatisfação com a falta de alguns medicamentos.

A falta de medicamentos pode estar relacionada à falha no ciclo logístico de medicamentos, especialmente na programação, atividade que tem como objetivo

a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, para atender às necessidades de uma população determinada, considerando-se um certo período de tempo (MENDES, 2011).

No aspecto disponibilidade, também segundo Serapioni e Silva (2011) evidenciaram, ao analisar as falas dos sujeitos da pesquisa, a disponibilidade de remédios foi um dos componentes da qualidade atribuídos pelos usuários ao serviço de saúde.

Cabe ressaltar: no CIDH faziam-se o armazenamento e a dispensação de antidiabéticos orais e insulinas. Os medicamentos eram armazenados no CIDH em uma sala anexa à sala administrativa, destinada às reuniões da equipe multiprofissional e discussão de casos clínicos entre profissionais e estudantes. Essa sala conjugada era utilizada como almoxarifado para o armazenamento de materiais em geral, tais como seringas e agulhas de insulina, luvas, gazes, máscaras, além de medicamentos e impressos diversos (ALENCAR, 2013).

Como principal objetivo do armazenamento consta garantir a qualidade dos medicamentos sob condições adequadas e controle de estoque eficaz, assegurando a qualidade do produto desde o recebimento até a dispensação (BRASIL, 2009).

Conforme se observou, o CIDH não possuía uma farmácia estruturada, portanto, não cumpria as boas práticas de armazenamento e estocagem estabelecidas nas diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

Conforme Mendes (2011), o sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. Contudo, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica. Essa tendência se reflete no CIDH, que além de não atender às diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS (BRASIL, 2009), não tem profissional farmacêutico, o qual desenvolveria atividade voltada diretamente ao paciente, via contato direto.

No presente estudo, a relação usuário-equipe de saúde foi a dimensão que obteve mais aprovação pelos usuários do CIDH. Nos cinco itens avaliados

foram atribuídos conceitos “bom” e “excelente” pela grande maioria. Nenhum usuário respondeu “ruim”, “péssimo” ou “não sei”.

Elevadas prevalências de satisfação dos usuários com a relação com a equipe de saúde foram evidenciadas em pesquisas nacionais, corroborando os achados dessa pesquisa (JORGE et al., 2007; SERAPIONI, SILVA, 2011). Em pesquisa internacional essa prevalência de satisfação foi bem menor (DOUBOVA et al., 2009).

Consoante verificaram Serapioni e Silva (2011), ao investigarem os indicadores de qualidade que envolvem os serviços de saúde, a relação entre profissionais e pacientes foi um indicador de qualidade não só na visão dos usuários, mas também dos profissionais e dos gestores. Como identificado, 43% dos usuários apontaram a boa relação com os profissionais como elemento indispensável para a garantia da qualidade. Eles destacaram as habilidades de comunicação e de escuta dos profissionais; as explicações e informações ofertadas sobre os problemas dos pacientes; a atenção e a paciência dos profissionais; o bom tratamento recebido e o respeito pelo paciente; a capacidade de resolver os problemas; a educação, a gentileza e a simpatia.

A relação do usuário com a equipe de saúde envolve a comunicação. Esta é reconhecida como essencial, conforme apontam estudos, mas o processo comunicacional no relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde ainda é considerado pouco efetivo (ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011; DAMASCENO et al., 2012).

Segundo Araújo (2010), a qualidade da comunicação entre profissionais e pacientes poderá ter importante reflexo sobre a eficácia do tratamento, porquanto que o exercício do diálogo e da comunicação levará à melhor compreensão do problema e à melhor aceitação das orientações e recomendações.

Na prática clínica, evidenciam-se dificuldades de comunicação entre os profissionais e os pacientes. Em pesquisa internacional, a maioria dos pacientes dizia-se satisfeita com a empatia do médico, com sua qualificação e experiência profissional. Entretanto, demonstravam insatisfação com a comunicação entre eles, sendo a linguagem do profissional de difícil compreensão, além dele não permitir tempo suficiente para os pacientes fazerem perguntas (ALHASHEM; ALQURAINI; CHOWDHURY, 2011).

Pesquisadores mexicanos que investigavam a satisfação de pacientes diabéticos e/ou hipertensos com a relação médico-paciente verificaram uma prevalência de satisfação de 51,8%. Entre os itens com menores índices de satisfação estavam "o médico permite que o paciente dê uma opinião sobre seu tratamento", "o paciente entende a informação", "o médico passa o tempo suficiente na consulta" (DOUBOVA et al., 2009).

Dessa forma, como alertam Damasceno et al. (2012), as dificuldades de comunicação na relação entre profissionais de saúde e pacientes podem ter forte influência na satisfação, na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, nos resultados de saúde, sugerindo a necessidade de preparo técnico e humano dos profissionais envolvidos.

Volpato (2010), ao avaliar o nível de satisfação de usuários de quatro UBS, confirma que a acessibilidade tem sido a dimensão que mais interfere na satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Em sua pesquisa, os itens mais significativos para os usuários foram: facilidade para agendar consultas básicas e especializadas; atendimento cordial e atencioso; seguida da confiança na equipe, valorização da equipe, pontualidade no atendimento; e, por fim, manutenção da unidade de saúde, recursos disponíveis para promoção da saúde, atendimento ágil, resolução dos problemas. Os pontos menos significativos diziam respeito à estrutura física da unidade.

No presente estudo, não houve associação entre satisfação e controle glicêmico. No entanto, notou-se uma relação positiva, apesar de não estatisticamente significativa, com a dimensão acessibilidade.

Ainda como observado, apenas 14,1% dos usuários do CIDH tiveram a média da HbA1c dentro do limite de normalidade, logo, bem abaixo da recomendação da SBD (2012-2013), na qual pelo menos 40% deveria ter a HbA1c < 7%.

Esse resultado é preocupante, pois, segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA), pacientes com diabetes, cuja HbA1c é maior que 7%, têm maiores chances de complicações micro e macrovasculares (ADA, 2013). Ademais, os usuários do CIDH são aqueles que não conseguiram alcançar o controle glicêmico quando em acompanhamento na APS.

Uma hipótese que poderia justificar esse resultado seria a baixa adesão ao tratamento. A baixa escolaridade e renda, verificadas no presente estudo,

poderiam estar influenciando negativamente a adesão dos usuários ao tratamento. No entanto, essa hipótese não foi testada. Da mesma forma, não foram investigados seus hábitos de vida, tais como alimentação e prática de atividade física.

Conforme observaram pesquisadores no Sudeste do país, a prevalência da adesão ao tratamento foi maior em pacientes diabéticos com mais anos de estudo. Sujeitos com renda familiar menor que cinco salários mínimos apresentaram escores de adesão mais baixos quando comparados àqueles com renda superior. Os estudiosos destacam que a baixa escolaridade pode dificultar a aprendizagem, pois, à medida que aumenta a complexidade da terapêutica medicamentosa para o diabetes, o paciente necessita de habilidades cognitivas mais complexas para compreender o tratamento medicamentoso instituído e aderir a ele, mantendo, assim, o seu controle glicêmico (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

Em vista disso, a SBD recomenda intervenção medicamentosa mais precoce e agressiva no tratamento do diabetes, a fim de se obter o controle glicêmico. Essa recomendação fundamenta-se uma vez que, nos Estados Unidos, a porcentagem de pacientes com DM2, que apresentavam níveis de HbA1c abaixo de 7%, diminuiu em 20% na última década. Ainda, enfatiza que o panorama nacional é bastante similar e que uma das causas prováveis é a falta de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso prescrito (SBD, 2007).

Ainda quanto à influência das variáveis sociodemográficas, segundo observaram Barros, Rocha e Helena (2008), ao investigarem a associação entre satisfação com o serviço e não adesão ao tratamento entre diabéticos, as variáveis sexo, estado conjugal, escolaridade, tabagismo, prática de atividade física, tempo de diagnóstico de diabetes e tempo de tratamento da doença, presença de outra doença associada, comparecimento à última consulta ou atividade de grupo, ter sido hospitalizado no último ano e classe de medicamentos não apresentaram associação estatisticamente significativa com a não adesão ao tratamento. Contudo, a não adesão ao tratamento mostrou-se associada ao menor grau de satisfação ($p < 0,05$).

De acordo com Zanetti et al. (2007), especificamente tratando-se de pacientes diabéticos, é preciso levar em consideração a satisfação do paciente, pois é dela que se consegue a motivação aos ajustes necessários quanto à terapêutica medicamentosa, planejamento alimentar, atividade física, cuidado com os pés, automonitorização da glicemia capilar, entre outros.

Para Gimenes, Zanetti e Haas (2009), os fatores vinculados à relação profissional-paciente são os que mais influenciam a adesão ao tratamento. Como mostraram os dados obtidos em sua pesquisa, o conhecimento do paciente acerca da doença e do tratamento proposto influenciou diretamente a adesão dele ao tratamento medicamentoso para o diabetes. Nessa direção, a percepção do paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento levou à maior adesão à terapia medicamentosa.

Consoante sugerem pesquisadores, a qualidade do serviço é um antecedente do conceito amplo de satisfação do cliente e a relação entre qualidade de serviço e fidelização é mediada pela satisfação (ALRUBAIEE; ALKAA'IDA, 2011).

Nos Estados Unidos, estudiosos verificaram uma associação diretamente proporcional entre satisfação do paciente e fidelização com o serviço de saúde. A satisfação com o processo foi o que mais se relacionou com a fidelização do paciente (KESSLER; MYLOD, 2011), podendo ser esse um dos fatores associados ao melhor controle glicêmico dos usuários satisfeitos com a acessibilidade nessa pesquisa.

Dessa forma, como ressaltam Clares et al. (2011), certo distanciamento entre a equipe e os usuários pode repercutir negativamente sobre o estado de saúde destes, pois usuários insatisfeitos tendem a não aderir ao tratamento prescrito e a não continuar utilizando os serviços de saúde.

Além do conjunto de ponderações apresentadas o qual diz respeito aos estudos nacionais e internacionais sobre a satisfação do usuário dos serviços de saúde, cabe, nesse momento, introduzir a satisfação do profissional.

7.2 Satisfação dos profissionais

A satisfação no trabalho é uma avaliação subjetiva do trabalhador sobre o quanto os aspectos laborais podem ser prejudiciais ou benéficos ao seu bem-estar. Trata-se de avaliação dinâmica, ou seja, o estado de satisfação ou insatisfação pode mudar conforme as condições gerais de trabalho oferecidas (MELO; BARBOSA; SOUSA, 2011).

De acordo com o evidenciado no presente estudo, a maioria dos profissionais estava satisfeita em trabalhar no CIDH. Em contrapartida, mostrava insatisfação com alguns aspectos inerentes às dimensões infraestrutura, mais

especificamente com a ambiência e a segurança; e gestão, quando investigados os quesitos cursos/capacitações/treinamentos e remuneração.

Situação semelhante foi evidenciada em pesquisa no Sul do país, na qual, as dimensões que obtiveram as menores médias de satisfação foram a infraestrutura e o plano de carreira e benefícios. Quanto às questões com menores médias, correspondentes ao critério insatisfeito, foram as relacionadas aos percentuais de reajustes anuais, ao asseio e higiene no ambiente de trabalho e à questão que aborda treinamentos e capacitação dos funcionários (COVER; JUNQUEIRA, 2011).

Pesquisa realizada em um hospital filantrópico de Cravinhos (SP) denotou resultados semelhantes. Conforme identificado, os profissionais estavam satisfeitos em trabalhar na instituição (85%), porém insatisfeitos com a política salarial desta e as oportunidades de capacitação profissional. A frase “as oportunidades de treinamento, cursos, capacitação profissional são [...]” foi a pior avaliada, com 65% de avaliações negativas (regular e ruim); a frase “o meu salário em relação ao mercado é [...]” foi a segunda com pior avaliação dos funcionários, com 62% de opiniões regular e ruim, seguida pela frase “em relação ao salário de meus colegas de trabalho, avalio que o meu está [...]”, com 59%. A frase “o salário que recebo diria que está [...]” foi avaliada negativamente por 55% dos funcionários. Para os autores, a questão salarial e a falta de oportunidades de aprimoramento foram aspectos possivelmente relacionados aos crescentes pedidos de demissão na organização (PEROSSO; AQUINO, 2013).

Outras pesquisas confirmaram o achado dessa pesquisa. Nelas, a maioria dos profissionais de saúde estava insatisfeita com seus salários (WILLIS-SHATTUCK et al., 2008; MELO; BARBOSA; SOUSA, 2011; TRAN; MINH; HINH, 2013; MUULA; KOK, 2013).

Em Piracicaba, Volpato et al. (2010), ao analisarem quatro unidades de saúde e suas respectivas qualidades projetadas pelos profissionais, identificaram quatro níveis de qualidade projetada, expressa em níveis de importância, por ordem crescente: educação continuada, motivação profissional, incentivo profissional e financeiro. Os pontos menos significativos para os profissionais foram: ampliação da estrutura da unidade, diminuição do número de pessoas cadastradas, acolhimento, características de personalidade, construção de outra unidade, consulta de acompanhante, usuários satisfeitos, pontualidade na consulta, diminuição da

rotatividade profissional, rapidez no acesso, aumento do número de equipamentos de informática, qualidade no atendimento, humanização no atendimento, aderência ao tratamento e resiliência.

Ainda no Brasil, pesquisadores identificaram como fatores relacionados à insatisfação profissional falta de integração entre os membros da equipe, sobrecarga de trabalho, baixos salários e desvalorização profissional. Entre outros fatores foram citados: falta e/ou insuficiência de material e equipamentos, normas e rotinas fora da realidade do serviço, falta de incentivo, falta de interação com outras unidades, pouco estímulo para o trabalho, carência de comunicação com a população no tocante ao conhecimento e às reais necessidades de utilização do pronto-socorro. E, no tocante às dificuldades com o grupo de trabalho, os profissionais citaram o compromisso profissional, o descaso, a acomodação e a desorganização dos serviços, a agilidade do trabalho e o conhecimento (MELO; BARBOSA; SOUSA, 2011).

Em Goulart e Freitas (2008), entre as questões geradoras de insatisfação nos trabalhadores, constaram a baixa remuneração, a ausência do sentimento de formarem uma equipe, além de obstáculos referentes à questão de verbas insuficientes, à interferência da política no cotidiano dos serviços de saúde, à falta de planejamento local e à ausência de capacitação e treinamento. Como relatou a maioria dos entrevistados, o processo de trabalho seguia uma lógica fragmentada.

No Ceará, de acordo com pesquisa que avaliou a satisfação dos profissionais da ESF, os aspectos relacionados ao trabalho que apresentaram maiores níveis de satisfação foram: relacionamento com outras pessoas na empresa (73,17%), conteúdo do trabalho que realiza (69,92%), grau de motivação para o trabalho (64,23%), e grau de flexibilidade e de liberdade (56,10%). Em contrapartida, os aspectos nos quais os servidores referiram menores níveis de satisfação foram: salário em relação à experiência e responsabilidade (38,21%), segurança no trabalho (26,83%), volume de trabalho (20,33%) e oportunidades pessoais na carreira (16,26%) (TEÓFILO et al., 2013).

Como se pode ver, o fator financeiro foi um dos principais itens citados pelos profissionais de saúde em pesquisas de satisfação profissional no nível nacional.

No âmbito internacional, essa realidade não é diferente. Pesquisadores evidenciaram que os principais fatores relacionados à insatisfação dos profissionais

de saúde com o trabalho foram os seguintes: a sobrecarga por excesso de pacientes e de funções, seguida por percepções de falta de apoio e justiça organizacional, que envolvem o sentimento de desigualdade inter e intrapessoal, a incapacidade de contar com a ajuda de colegas e chefes, a falta de autonomia para tomar decisões, a má remuneração, entre outros (PARIS; OMAR, 2008).

Também consoante destacam Muula e Kok (2013), as principais causas de insatisfação no trabalho envolvem fatores como condições de trabalho, salário, relações com os colegas e supervisão administrativa, as quais são vistas como insuficientes ou ausentes. Os autores observaram menor proporção de entrevistados satisfeitos quanto a salários e incentivos (24,0%), pacotes de benefícios (25,1%), equipamentos (35,7%), meio ambiente (41,8%) e orientações (50,4%). Entretanto, mais de 80% dos inquiridos estavam satisfeitos com seu relacionamento com colegas e usuários.

No Paquistão, trabalhadores de saúde pública relataram baixa satisfação com as oportunidades de desenvolvimento profissional, reconhecimento, salários e benefícios, sendo pouco envolvidos na tomada de decisões (KUMAR et al., 2013).

Conforme uma revisão sistemática sobre motivação profissional entre trabalhadores de saúde, quase todos os artigos avaliados, cerca de 90%, discutiam a importância de incentivos financeiros no concernente à motivação dos trabalhadores de saúde. No entanto, como observado, os incentivos financeiros deveriam ser integrados com outros incentivos, pois incentivos financeiros por si só não iriam impedir a rotatividade dos trabalhadores de saúde. Não obstante, os baixos salários foram considerados particularmente desmotivantes, pois os trabalhadores sentiam que suas habilidades não eram valorizadas (WILLIS-SHATTUCK et al., 2008).

Quanto à avaliação negativa dos profissionais em relação à oferta de cursos, treinamentos ou capacitações, pode-se justificá-la pelo fato de o CIDH não contar com nenhuma política de aprimoramento em serviço, como educação permanente ou mesmo continuada no momento da pesquisa.

Diferente do presente estudo, satisfação com as oportunidades de treinamento e capacitações foi evidenciada em pesquisa realizada com servidores da Universidade Federal de Pernambuco. O item “A minha chefia apoia a participação dos servidores nos treinamentos” foi confirmado por 68% dos servidores, confirmando um alto grau de satisfação dos servidores com as chefias

com relação ao apoio para a participação nos treinamentos oferecidos pela universidade (AMORIM; SILVA, 2012).

De modo geral, os treinamentos e cursos oferecidos por uma empresa visam identificar falhas e criar alternativas com vistas a melhorias nos processos de trabalho. É uma forma da instituição reconhecer o valor das pessoas, na medida em que demonstra interesse em investir nelas. Representa, também, um desafio e uma saudável quebra na rotina, pois podem estar articulados a outras iniciativas, com estabelecimento de metas ou plano de recompensas, contribuindo, assim, para integrar as estratégias de motivação e retenção (PEB, 2010).

Segundo Willis-Shattuck et al. (2008), a educação continuada tem sido um dos temas envolvidos na motivação dos trabalhadores de saúde.

Dessa forma, o treinamento é um aliado para a motivação dos profissionais. Ao perceberem o interesse da organização em desenvolver suas habilidades, os trabalhadores se veem como parte fundamental para o progresso da instituição e essa sensação de pertencimento possibilita uma melhoria do clima organizacional (AMORIM; SILVA, 2012).

Amorim e Silva (2012) enfatizam que as organizações precisam oferecer programas de treinamento e desenvolvimento que estejam diretamente relacionados aos propósitos organizacionais, atendendo à melhoria dos processos de trabalho, mas também ao desenvolvimento das competências de seus colaboradores de forma sustentável e contínua.

Conforme se percebeu, o fator ambiência do CIDH foi gerador de insatisfação entre os profissionais. A maioria atribuiu conceito “razoável” ou “ruim” aos itens temperatura, ventilação, espaço para trabalho, mobiliário, barulho e segurança. Ao item limpeza foi concedido “bom” ou razoável”.

Ainda quanto à dimensão infraestrutura, a maior parte dos profissionais mostrava-se insatisfeita porque não havia rotina de segurança para prevenção de acidentes e de incêndios; nem rotina para garantir segurança pessoal contra roubo ou agressão. Porém a maioria afirmou existir rotina para evitar contaminação.

Os problemas relacionados à infraestrutura do CIDH foram mencionados por usuários e profissionais, e confirmados por Alencar (2013). Esta, ao redigir sobre os espaços de trabalho do CIDH, destacou que na sala de preparo dos usuários, onde eram verificados o peso corporal, a altura, a PA e a glicemia capilar antes das consultas, a iluminação e a ventilação eram naturais, através de duas portas

grandes protegidas com grades, porém auxiliadas com iluminação e ventilação artificiais (ventilador). Além disso, nessa mesma sala havia um armário para acondicionamento dos medicamentos e uma geladeira para acondicionamento de insulinas. Não havia pia para lavagem das mãos.

Vale ressaltar: segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2002b), sempre que houver paciente examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos para a lavagem de mãos através de lavatórios ou pias para uso da equipe de assistência. Também nos locais de manuseio de insumos, amostras, medicamentos, alimentos, é obrigatória a instalação de pias/lavatórios.

Em relação à limpeza do CIDH, consoante mostraram os dados de Alencar (2013), era insatisfatória e não havia uma sistematização sobre os procedimentos de limpeza, uma rotina preestabelecida. Ainda conforme a autora destaca, não se observou a limpeza de móveis, portas e outros equipamentos. Ademais, a limpeza dos banheiros dos funcionários e dos usuários foi constatada em apenas dois dias de observação, dos seis realizados.

No referente à prevenção de incêndios, como se percebeu, no CIDH não havia sequer extintor de incêndio. Esta falha contraria a Norma Regulamentadora nº 23, que disciplina sobre as regras complementares de segurança e saúde no trabalho. De acordo com esta norma, todos os locais de trabalho devem possuir proteção contra incêndio; saídas suficientes para a rápida retirada do pessoal em serviço, em caso de incêndio; equipamento suficiente para combater o fogo em seu início; e pessoas adestradas no uso correto desses equipamentos (BRASIL, 1978).

Ainda em relação à rotina para evitar contaminação, segundo evidenciado por Alencar (2013), o profissional que executava o processo de limpeza do CIDH trabalhava sem equipamentos de proteção individual.

Como mostram os dados, o clima organizacional foi uma das dimensões geradoras de satisfação. Portanto, os profissionais do CIDH tinham um bom relacionamento e trabalhavam em equipe.

Inegavelmente, o clima organizacional reflete o grau de satisfação pessoal com o ambiente interno da empresa. Está vinculado à motivação, à lealdade e à identificação com a empresa, pois os profissionais buscam o reconhecimento e recompensas, refletindo a qualidade do ambiente de trabalho percebida pelos

trabalhadores. O clima organizacional partilha conhecimentos e procura inovar dentro da organização (LACOMBE, 2011).

Pode-se então afirmar que o clima é afetado pelos conflitos; pelos fatores positivos e negativos verificados no ambiente de trabalho; pelos fatores externos (contexto socioeconômico e político), bem como pela vida particular dos indivíduos da organização (SILVA; DIEHL, 2012).

Quando abordados aspectos relacionados à cultura organizacional do CIDH, a maioria dos profissionais afirmou que os princípios, objetivos, metas e a missão eram conhecidos, entendidos, respeitados e praticados por todos ou pela maioria.

Da mesma forma, em pesquisa realizada em uma empresa do ramo alimentício, considerando o levantamento feito sobre missão, visão, valores, como evidenciado, a maioria dos funcionários (70%) possuía conhecimento claro desses fatores (SILVA; DIEHL, 2012).

Cultura organizacional é entendida como um sistema de valores compartilhados pelos membros de uma organização que a diferencia das demais. Logo, a cultura organizacional representa a maneira pela qual seus membros percebem as características-chave que a empresa valoriza (ROBBINS, 2010).

Gareth (2010) desenvolve um conceito na mesma direção. Consoante infere, cultura organizacional é o conjunto de valores compartilhados e normas que controlam as interações de membros da organização entre si, com fornecedores, consumidores e outras pessoas de fora dela. Assim, a cultura é modelada pelas pessoas, pela ética, pelos direitos trabalhistas concedidos aos empregados, pela estrutura da organização. Dessa forma, a cultura organizacional pode ser aperfeiçoada e gerenciada por meio de desenho e mudança.

Ao investigarem a influência da cultura e do clima organizacional sobre a satisfação no trabalho, Santos e Sustelo (2009) confirmaram que a percepção da cultura organizacional foi responsável por cerca de 32% da variabilidade da satisfação geral, significativamente mais que o contributo trazido pelas variáveis socioprofissionais (18%) e pelas variáveis sociodemográficas dos inquiridos (2%).

Pesquisas indicam que a satisfação no trabalho é muito influenciada por traços de personalidade. Pessoas mais satisfeitas com a vida tendem a ser também mais satisfeitas com o seu trabalho (JUDGE et al., 2001).

Assim, os níveis de satisfação no trabalho expressos pelos trabalhadores de alguns países em desenvolvimento, onde as condições de trabalho são mais precárias, aproximam-se bastante dos níveis de satisfação dos trabalhadores dos países desenvolvidos (BUSTILLO et al., 2011). Ou seja, parece haver pouca correspondência entre a satisfação no trabalho e as condições de trabalho reais.

De modo geral, as expectativas dos trabalhadores em relação ao seu trabalho exercem forte impacto na sua satisfação: quando as expectativas são muito elevadas, os trabalhadores tendem a se declarar insatisfeitos, mesmo se suas condições de trabalho são relativamente boas. Pelo contrário, os trabalhadores que têm fracas expectativas tendem a se declarar satisfeitos seja quais forem suas condições de trabalho. A maioria dos trabalhadores ajusta suas expectativas ao que eles consideram ser as oportunidades concretas de trabalho que lhes é possível alcançar. Alguns ficam satisfeitos só por estarem a trabalhar (LOPES, 2012).

De acordo com dados recolhidos pelo *International Social Survey Program* (ISSP), trabalhadores portugueses com menor nível de escolaridade estão mais satisfeitos (79%) do que aqueles com mais tempo de estudo (72%). Do mesmo modo, no Reino Unido, os trabalhadores com salários mais baixos declaram-se mais satisfeitos do que os trabalhadores com salários médios (BROWN et al., 2007). Estes dados ilustram a afirmação recém-exposta: a satisfação depende muito das expectativas. Os trabalhadores menos instruídos e com salários mais baixos sabem que não terão acesso a empregos melhores; por isso, adaptam-se aos empregos que têm. Já os trabalhadores com instrução média aspiram a melhores empregos do que os que conseguiram obter e declaram-se menos satisfeitos com o seu trabalho (LOPES, 2012).

Conforme se observou, diversos são os aspectos que podem influenciar a satisfação dos usuários e dos profissionais. Alguns coincidem, outros não. Concorda-se com Serapione e Silva (2011) quando enfatizam que é importante desenvolver estratégias de integração ou, pelo menos, de aproximação entre os diversos pontos de vista, sendo esse o grande desafio dos avaliadores.

8 CONCLUSÃO

Conforme se conclui, a maioria dos usuários estava satisfeita com o CIDH. Sobressaiu a dimensão relação usuário-equipe de saúde como responsável pela maior prevalência de satisfação e a acessibilidade pela menor.

De acordo com a análise das falas, os usuários demonstravam insatisfação com alguns aspectos não identificados nas respostas fechadas, tais como: falta de adequação estrutural para usuários idosos e/ou com alguma deficiência física; precária infraestrutura do banheiro; falta de organização no agendamento das consultas médicas e de coleta de exames.

No referente ao controle glicêmico, poucos usuários tinham a HbA1c dentro da meta. Entre os que estavam acima da meta, a maior parte estava satisfeita com a escala total e a dimensão infraestrutura. A acessibilidade foi a dimensão que melhor se relacionou com o controle glicêmico. Para a dimensão relação usuário-equipe de saúde houve uma equiparação entre satisfação e controle glicêmico. Não se verificou, porém, relação estatisticamente significativa entre satisfação dos usuários e variáveis sociodemográficas ou controle glicêmico.

Quanto aos profissionais, a maior parcela sentia-se satisfeita em trabalhar no CIDH, sendo a dimensão clima/cultura organizacional responsável pela maior frequência de satisfação entre eles. Os aspectos relacionados à insatisfação foram observados nas dimensões infraestrutura, mais especificamente com a ambiência e a segurança; e na gestão, quando investigados os quesitos educação permanente e remuneração.

No geral, identificaram-se no CIDH aspectos positivos, os quais devem ser reforçados, e negativos, que precisam ser melhorados, sobretudo no tangente à avaliação da qualidade, especificamente à satisfação dos usuários e dos profissionais. Todavia, alguns aspectos avaliados negativamente saem da governabilidade dos profissionais e do gestor local do serviço de saúde, pois são de responsabilidade da gestão municipal.

Consoante se acredita, a melhoria na satisfação dos profissionais pode levar à satisfação dos usuários e vice-versa. Esta é uma “via de mão dupla” que resultará em melhores indicadores de saúde.

9 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

- Organizar a demanda dos usuários, por meio da marcação das consultas médicas de retorno, dentro do prazo ideal;
- Monitorar os usuários faltosos às consultas e encaminhar às equipes da Estratégia de Saúde da Família do município para promoverem busca ativa;
- Contratar mais médicos especialistas para suprir a demanda de pacientes;
- Sensibilizar os gestores municipais para melhorar o acesso aos exames laboratoriais, sendo-lhe sugerido que a coleta de exames seja realizada no CIDH;
- Estruturar a assistência farmacêutica, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive com a contratação do profissional farmacêutico;
- Garantir a referência e contrarreferência dos usuários do CIDH mediante vínculo com as unidades básicas de saúde e serviços hospitalares;
- Sensibilizar os gestores municipais quanto a uma reforma no prédio atual ou mesmo à construção de uma unidade para o funcionamento do CIDH dentro dos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde, satisfazendo usuários e profissionais;
- Implementar, como rotina da instituição, a pesquisa de satisfação de usuários e dos profissionais;
- Desenvolver uma pesquisa sobre adesão ao tratamento, com o objetivo de analisar o porquê dos indicadores de resultado estarem tão abaixo das metas preconizadas;
- Elaborar um projeto de educação permanente que atenda os interesses do CIDH e dos profissionais;
- Sensibilizar os gestores municipais quanto à elaboração de um plano de carreira, cargos e salários para os trabalhadores de saúde.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Consideram-se como limitações do estudo:

- A não utilização de um método mais rigoroso de pesquisa qualitativa, como o grupo focal;
- A não abordagem da percepção dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde;
- A pequena amostra de profissionais, apesar de ser constituída por 100% destes;
- O uso de instrumentos elaborados para utilização em unidades básicas de saúde (usuários) e hospitais (profissionais);
- A não abordagem qualitativa no caso dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 1992.
- ALHASHEM, A. M.; ALQURAINI, H.; CHOWDHURY, R. I. Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n.3, p. 249-262, 2011.
- AL-BORIE, H. M.; DAMANHOURI, A. M. S. Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n. 1, p. 20-30, 2013. DOI 10.1108/09526861311288613
- ALDANA, J. M.; PIECHULEK, H.; AL-SABIR, A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 6, p. 512-517, 2001.
- ALENCAR, A. M. P. G.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F. M.; FREITAS, R. W. J. F.; MARINHO, N. B. P.; DAMASCENO, M. M. C. Assessment of outcomes in a service of secondary care for patients with Diabetes *mellitus*. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.4, p.614-618, 2012. DOI: 10.1590/S0103-21002012000400021. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_21.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2013.
- ALENCAR, A. M. P. G. **Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-Ceará**. 2013. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- ALMEIDA, H. M. C. **Fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à satisfação/insatisfação com o trabalho: o caso dos servidores de uma instituição de ciência e tecnologia em saúde, sediada em Recife-PE**. 2007. 110f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Boa Viagem, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração, Recife, 2007.
- ALRUBAIEE, L.; ALKAA'IDA, F. The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship. **International Journal of Marketing Studies**, v. 3, n. 1, feb. 2011.
- AMARAL, F. L. J. S.; MOTTA, M. H. A.; SILVA, L. P. G.; ALVES, S. B. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2991-3001, 2012.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, v. 36, Suppl 1, p.11-66. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full.pdf+html>. Acesso em: 27 nov. 2013.
- AMORIM, T. N. G. F.; SILVA, L. B. Treinamento no serviço público: uma abordagem com servidores técnico-administrativos de universidade. **Teoria e Prática em Administração**, v. 2, n. 1, p.1-28, 2012.

ANDERSON, R. T.; CAMACHO, F. T., BALKRISHNAN, R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. **BMC Health Services Research**, v.7, n.31, 2007. Doi:10.1186/1472-6963-7-31.

Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/31>>. Acesso em: 14 out. 2013.

ARAÚJO, J.M.F. A promoção da saúde a partir do enfoque da comunicação face a face e da percepção interpessoal entre o médico e o paciente. **Derecho a Comunicar**, v.2, p.154-169, 2010.

BARBALHA. **Protocolo de atendimento em Diabetes e hipertensão arterial**. Barbalha, CE, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2011, 229p.

BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationships between patient's expectations perception and satisfaction with care. **Int. J and Health Care**, v.13, n.1, p.317-323, 2001.

BARR, C. E. Disease state considerations. In: TODD, W.E.; NASH, D. **Disease management: a system approach to improving patients' outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

BARROS, A. C. M.; ROCHA, M. B.; HELENA, E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008.

BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v.16, n. 1, p. 114-124, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0114.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.

BERNHART, M. H.; WIADNYANA, I. G. P.; WIHARDJO, H.; POHAR, I. Patient satisfaction in developing countries. **Soc Sci Med**, v.48, n.1, p. 989-996, 1999.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978**. Norma Regulamentadora n.º 23 – Proteção contra incêndios. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A2E7311D1012FE5B554845302/nr_23_atualizada_2011.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: 1990a.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF: 1990b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 19 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padrões de Qualidade no Atendimento ao Cidadão:** manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 20 de mar. de 2002b.

_____. Ministério da Saúde. DATAUnB – Pesquisa Sociais Aplicadas. Centro de Pesquisa sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. **Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS.** Brasília-DF: 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília – DF: 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Individual e Vigilância à Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Regulação SISREG. Manual do administrador SISREG III.** Brasília – DF: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília – DF: 2009. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde.** Brasília-DF: 2011a. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_avaliacao_qualificacao_SUS_versao3.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília-DF: 2011b. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília-DF: 2011c. Disponível em: <http://189.28.128.99/provab/docs/geral/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_n2087_d_e_01_de_setembro_de_2011.pdf> Acesso em: 3 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília-DF: 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Brasília-DF: 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF: 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília-DF: 2013c. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 4. ed. Brasília-DF: 2013d. 24 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pacto Nacional pela Saúde. Mais hospitais e mais unidades de saúde. Mais médicos. Mais formação**. Brasília-DF: 2013e. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/21/2013_08_21_informe_mais_medicos.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2013.

_____. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília-DF: 2013f. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Out/23/lei_n12_871_221013.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2013.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n.2, p. 514-526, abr./jun. 2012.

BROWN, A.; CHARLW O. A.; FORDE, C.; SPENCER, D. Job quality and the economics of New Labour. **Cambridge Journal of Economics**, v. 31, p. 941-971, 2007.

BUSTILLO, R. M.; FERNÁNDEZ-MACÍAS, E.; ESTEVE, F.; ANTÓN, J.I. E pluribus unum? A critical survey of job quality indicators. **Socioecon Rev**, v.9, n.3, p. 447-502, 2011.

CASTRO, H. C. O; MACHADO, L. Z.; WALTER, M. I. M. T.; RANINCHESKI, S. M.; SCHMIDT, B. V.; MARINHO, D. N. C.; CAMPOS, T. M. A. C. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.14, n.2, p. 113-34, jul./dez. 2008.

CLARES, J. W. B.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; LIMA, L. L. Regulação do acesso ao cuidado na Atenção Primária: percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 604-609, out./dez. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COVER, B.; JUNQUEIRA, A. G. W. Satisfação com o trabalho: percepção dos funcionários de uma Prefeitura Municipal localizada no Vale do Taquari. **Revista Destaques Acadêmicos**, ano 3, n. 1, 2011.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p. 725-737, abr. 2010.

DAMASCENO, M. M. C.; ZANETTI, M. L.; CARVALHO, E. C.; TEIXEIRA, C. R. S.; ARAÚJO, M. F.M.; ALENCAR, A. M. P. G. Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** (online), v.20, n.4, p.685-692, jul./aug. 2012. DOI: 10.1590/S0104-11692012000400008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/08.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2013.

DOMINGUEZ, B. C. Controle é baixo no Brasil. **RADIS**, v.59, p.11, 2007.

DONABEDIAN, A. Basic approaches do assessment: structure, process, outcome. In: DONABEDIAN A. **Exploration in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

_____. **La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación**. México: La Prensa Mexicana, 1984.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, 114, p. 1115-1118, 1990.

DOUBOVA, S.V.; PÉREZ-CUEVAS, R.; ZEPEDA-ARIAS, M.; FLORES-HERNÁNDEZ, S. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. **Salud Pública de México**, v.51, n.3, may./jun. 2009.

ELLEUCH, A. Patient satisfaction in Japan. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 21, n. 7, p. 692-705, 2008.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, jun. 2006.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 669-681, 2006.

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

FONSECA, J.O. P.; CASTANHEIRA, M. F.; PINTOS, S.A. G.; PEREIRA, F. S.; LINHARES, G.S. S. D.; SANTOS, M. C. S. A importância de um centro de atenção secundária a portadores de hipertensão arterial e diabetes em um cenário para melhoria da assistência à população idosa. **Rev Med Minas Gerais**, v.18, n.4, Supl 4: S25-S29, 2008.

GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the Family health scenario. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.4, p.617-625, oct./dec. 2007.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP**. 2007. 152 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.1, p. 46-51, jan./fev. 2009.

GONÇALVES, J. R.; VERAS, F. E. L.; MATOS, A. C. M.; LIMA, I. S. A. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioter Mov.**, v.24, n.1, p.47-56, jan./mar. 2011.

GOULART, B. F.; FREITAS, M. I. F. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços

preconizada pelo Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2123-2130, set. 2008.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p.1849-1861, 2011.

GRONDAHL, V. A.; HALL-LORD, M. L.; KARLSSON, I.; APPELGREN, J.; WILDE-LARSSON, B. Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n.1, p. 37-54, 2013.

GUBA, E. G. LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage, 1989.

HAIR JR; BLACK, W. C.; BABIN, B. J; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Multivariate Data Analysis**. 6. ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.

IDSUS Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.fariasbrito.ce.gov.br/index.php/component/content/article/38-noticias/147-idsus-indice-de-desempenho-do-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

JESUS, W. L.A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.161-170, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

JOHANSSON, P.; OLÉNI, M.; FRIDLUND, B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care; a literature study. **Scand J Caring Sci**, v.16, n.1, p.337-344, 2002.

JORGE, M.S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; VIEIRA, L. B.; PAIVA, F. D. S.; ROCHA E SILVA, D.; PINTO, A. G. A. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.256-266, jul./dez. 2007.

JUDGE, T.; THORESEN C.; BONO J.; PATTON G. The job satisfaction-job performance relationship: A qualitative and quantitative review. **Psychological Bulletin**, v.127, n.3, p. 376-407, 2001.

JUNCO, V. H.; TÁPANES, L. Q.; TORRESI, R. M.; DÍAZ, R. G.; GUTIÉRREZ, B. N. G. Motivación, satisfacción laboral, liderazgo y su relación con la calidad del servicio. **Rev. Cuba. Med. Mil.**, v. 38,n. 1, ene./mar. 2009.

KEMPFER, S. S.; BELLAGUARDA, M. L. R.; MESQUITA, M. P. L.; ALVAREZ, A. M. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n. esp., p. 1066-1073, 2011.

KOTAKA, F.; PACHECO, M. L. R.; HIGAKI, Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-177, 1997.

KESSLER, D. P.; MYLOD, D. Does patient satisfaction affect patient loyalty? **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n. 4, p. 266-273, 2011. DOI 10.1108/09526861111125570.

KOK, M. C.; MUULA, A. S. Motivation and job satisfaction of Health Surveillance Assistants in Mwanza, Malawi: an explorative study. **Malawi Medical Journal**; v.25, n.1, p: 5-11, mar. 2013.

KUMAR, R.; AHMED, J.; SHAIKH, B. T.; HAFEEZ, R.; HAFEEZ, A. Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan. **Human Resources for Health**, v.11, n.2, 2013. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/11/1/2>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

LACOMBE, F. J. M. Recursos Humanos Princípios e Tendências. Ed. Saraiva, 2. ed., 2011.

LEÃO E SILVA, L. O.; DIAS, C. A.; SOARES, M. M.; RODRIGUES, S. M. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.4, p.654-660, out./dez. 2011.

LEBOW, J. L. Consumer Assessments of the Quality of Medical Care. **Medical Care**, v. 12, n. 4, apr. 1974.

LIMA JÚNIOR, J.; ALCHIERI, J. C.; MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 3, p. 670-676, 2009.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc. Sci. Med.**, v. 16, p. 577-582, 1982.

LOPES, M. H. A satisfação no trabalho, fonte de informação ou de ilusão? **Revista Dirigir**, n.117, p. 12-14, jan./mar. 2012.

MACHADO, M. C. **Percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores sobre o serviço oftalmológico do Hospital Regional de Divinolândia-São Paulo**. 2009. 57 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2009.

MARTÍN-FERNÁNDEZ, J.; CURA-GONZÁLEZ, M. I.; GÓMEZ-GASCÓN, T.; FERNÁNDEZ-LÓPEZ, E.; PAJARES-CARABAJAL, G.; MORENO-JIMÉNEZ, B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. **Aten. Primaria**, v. 42, n. 4, p. 196-205, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set./out. 2004.

MELÉNDEZ, F.; ARTEAGA, O.; HERNÁNDEZ, E. Medición de la satisfacción de los usuarios directos del Departamento Programas sobre el Ambiente del Servicio de Salud Aconcagua. **Rev. Chil. Salud Pública**, v. 8, n. 1, p. 18-28, 2004.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Job satisfaction of nursing staff: integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.4, p. 1047-1055, jul./aug. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400026>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 412p.

MOIMAZ, S. A. S.; MARQUES, J. A. M.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; ZINA, L. G.; SALIBA, N. A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n. 4, p. 1419-1440, Rio de Janeiro, 2010.

NAIDU, A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare Quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 22, n. 4, p. 366-381, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PARIS, L.; OMAR, A. Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. **Estudios de Psicología**, v. 13, n. 3, p. 233-244, 2008.

Pearson Education Brasil. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pearson Education Brasil, 2010.

PEROSSO, G. R.; AQUINO, W. S. T. Pesquisa de clima organizacional em um hospital filantrópico. **RAS**, v. 15, n.58, p. 37-44, jan./mar. 2013.

REIS, A. T.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, sup., ago. 2012. DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.622pt

ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S.; MONDINI, L.; SALDIVA, S. R. D. M.; NASCIMENTO, P. R.; VENANCIO, S. I. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.2, p.158-171, 2009.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.765-774, 2012.

SANTOS, J. V.; SUSTELO, M. Cultura organizacional e satisfação profissional: estudo desenvolvido num hospital privado. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 4, p. 467-472, out./dez. 2009.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Diretrizes e estratégias para estruturação da Política Estadual de Atenção Básica do Estado de São Paulo**. São Paulo-SP: 2013.

SCHNEIDER, C.; MOSSMANN, F.; COLETTI, F.; POSSAS, M.; DAUDT, M. Taxa de Mortalidade e Morbidade por Diabetes Mellitus. **RBAC**, v. 41, n.4, p. 287-288, 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DE BARBALHA. CENTRO INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO. **Protocolo de atendimento em Hipertensão e Diabetes**. Barbalha-Ceará: Secretaria de Saúde, 2005.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.85, p.65-82, jun. 2009.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4315-4326, 2011.

SILVA, M.; DIEHL, L. A relação entre cultura e clima organizacional em uma empresa do ramo alimentício do vale do Taquari/RS. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 5, n. 1, 2013.

SILVA, M. A. **Análise da percepção do usuário da Central de Regulação de Consultas e Exames**. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SINGH, H.; HAQQ, E. D.; MUSTAPHA, N. Patients' perception and satisfaction with health care professionals at primary care facilities in Trinidad and Tobago. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 77, n. 4, p. 356-360, 1999.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 39-44, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Novas diretrizes da SBD para o controle glicêmico do diabetes tipo 2. Posicionamento oficial nº 4. **Rev Bras Med**, supl. 4, p. 3-22, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Definição de indicadores de desempenho dos programas de atendimento aos diabéticos. In: _____ . **Diretrizes SBD: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**. São Paulo, p.359-361, 2012-2013.

_____. Métodos para avaliação do controle glicêmico. In: _____ . **Diretrizes SBD: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**. São Paulo, p. 261-268, 2013-2014.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SCHWARTZ, T.D.; FERREIRA, J.T.B.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p. 2145-2154, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028>. Acesso em: 03 nov. 2013.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativa. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.121-136.

TEÓFILO, T. J. S.; GUBERT, F. A.; NEPOMUCENO, L. B.; TEÓFILO, F. K. S. Satisfação e os fatores de satisfação relacionados ao trabalho: perspectiva de trabalhadores na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.8, p. 5239-5249, ago. 2013.

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A. Participative management and co-responsibility in healthcare: limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.557-570, 2009.

TRAN, B. X.; MINH, H. V.; HINH, N. D. Factors associated with job satisfaction among commune health workers: implications for human resource policies. **Glob Health Action**, v.6, 2013. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/18619/html>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

TURRIS, A. S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J. Adv. Nurs.**, v. 50, p. 293-298, 2005.

VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O.; MATTOS, A. M.; CAMPOS FILHO, A. C. Metodologia de elaboração do Índice de Percepções Organizacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1631-1643, nov./dez. 2003.

VOLPATO, L. F. **Avaliação da qualidade dos serviços na área da saúde**. 2010. 80 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, 2010.

VOLPATO L. F.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; AMBROSANO, G. M. B. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.8, p.1561-1572, ago. 2010.

WARE, J. E.; SNYDER, M. R.; WRIGHT, W. R.; DAVIES, A. R. Defining and measure patient satisfaction with medical care. **Eval Program Plann**, v.6, n.1, p.247-263, 1983.

WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Med Care**, v.26, p. 383-392, 1988.

WILLIS-SHATTUCK, M.; BIDWELL, P.; THOMAS, S.; WYNESS, L.; BLAAUW, D.; DITLOPO, P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v.8, n. 247, 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/247>. Acesso em 10 nov. 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZASTOWNY, T. R.; ROGL, K. J. CAFFERATA, G. L. Patient satisfaction and the use of health services: exploration in casualty. **Med Care**, v.27, p. 705-723, 1989.

ZANETTI, M. L.; OTERO L. M.; BIAGGI, M. V.; SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; GUIMARÃES, F. P. M. Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário para usuários (GAIOSO, 2007)

Roteiro para Entrevista nº: _____

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Endereço: _____

Data: _____

Início: _____ Fim: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1. Tempo de residência na área: _____

1.2. Nº de pessoas que residem com você: _____

1.3. Sexo: 1. () F 2. () M

1.4. Idade: _____

1.5. Estado civil:

1. () solteiro 2. () viúvo 3. () casado 4. () divorciado () união consensual

1.6. Escolaridade:

1. () não alfabetizado 2. () fundam. incomp. 3. () fundam. completo 4. () médio incomp.
5. () médio comp. 6. () superior incomp. 7. () superior completo 8. () PG incomp.
9. () PG completa

1.7. Atualmente você está trabalhando?

1. () Sim → Ocupação: _____
2. () Não 1. () do lar 2. () desempregado 3. () aposentado 4. () afastado

1.8. Renda familiar: _____ reais

1.9. Reside em: 1. () casa própria 2. () cedida 3. () alugada 4. () invadida

1.10. Possui plano de saúde / convênio:

1. () Qual? _____ **1.10.1 nº de pessoas cobertas:** _____

Sim

2. ()

Não

1.10.2. Com que frequência utiliza?

1. () diariamente 2. () semanalmente
3. () quinzenalmente 4. () mensalmente
5. () bimestralmente 6. () trimestralmente
7. () semestralmente 8. () anualmente

1.11. Utiliza outros serviços públicos de saúde do município? (pode marcar mais de uma opção)

1. () Sim 1. () NASF 2. () CAPS 3. () unidades básicas de saúde 4. () Hospitais

5. () outros Especificar: _____

2. () Não

1.12. O que mais o leva a procurar outro serviço de saúde? (pode colocar mais de uma opção) _____

1.13. Teve ao menos uma experiência de atendimento administrativo ou de saúde no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, em, no máximo, seis meses antes da realização da entrevista na pesquisa?

1. () Sim Quando? _____ Qual? _____
2. () Não

1.14. Com que frequência utiliza o CIDH?

1. () diariamente 2. () semanalmente 3. () quinzenalmente 4. () mensalmente
5. () bimestralmente 6. () trimestralmente 7. () semestralmente 8. () anualmente

1.15. O que mais utiliza no CIDH (pode marcar mais de uma opção)

1. () consulta médica 2. () consulta médica 3. () consulta de 4. () grupos educativos
agendada eventual / urgência enfermagem ou de convivência
5. () procedimentos em geral 6. () outro (especificar): _____
(controle de PA, glicosimetria, curativo, medicações, etc.)

2. INFRAESTRUTURA

Como você classificaria:

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

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

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

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

2.3. Disponibilidade de medicações? (se tem a possibilidade de acesso a medicações, pegar remédios no CIDH)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

2.4. Disponibilidade para coleta de exames? (se tem a possibilidade de colher os exames no núcleo – exames de sangue, glicemia jejum, hemograma, colesterol, hemoglobina glicosilada, etc.)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

2.5. Disponibilidade para procedimentos? (se tem a possibilidade de fazer os procedimentos no CIDH - aplicação de medicações, vacinas, curativos)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

INFRAESTRUTURA (perguntas abertas) Entrevista nº: _____

Como você percebe a infraestrutura disponível no CIDH? Você poderia descrever?

O que importa saber:	O estado de conservação do CIDH em relação à limpeza, pintura, mobília, conforto, organização, espaço físico (tamanho e disposição de salas), trânsito interno, presença de rampas e escadas, acesso a deficientes físicos, cadeiras de rodas, equipamentos.
	Privacidade no atendimento (local que possibilite maior privacidade para o atendimento: na recepção, para orientações gerais, para consulta médica)
	Disponibilidade de ações: procedimentos em geral (vacina, administração de medicações, dispensação de medicamentos, coleta de exames), espaços físicos adequados para atendimentos.

3. ACESSIBILIDADE

Como você classificaria:

3.1. Acesso à consulta agendada? (você consegue ter acesso às consultas agendadas?)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

3.2. Acesso à consulta eventual? (você consegue ter acesso às consultas de urgência, ou seja, aquelas que você quer ser atendido no mesmo dia, pois está se sentindo mal?)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

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

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

3.4. Tempo que você aguarda para ser atendido (sala de espera) para consulta eventual/ de urgência?

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

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

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

3.6. Acesso a exames complementares? (você consegue ou tem possibilidades para fazer outros exames que são realizados fora do CIDH?)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

3.7. Acesso a encaminhamentos para consulta especializada? (ex.: consultas com cardiologista, neurologista, oftalmologista)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

3.8. O que você acha do horário de funcionamento do CIDH?

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

3.9. A distância do CIDH à sua casa? (em relação a tempo de deslocamento, meio de transporte)

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

ACESSIBILIDADE (perguntas abertas) Entrevista nº: _____

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

O que importa saber:	Barreira Geográfica: local instalado, distância e tempo do CIDH à sua moradia, meio de transporte utilizado, presença de barreiras geográficas (ladeiras, rios, morros, estradas, etc.), impossibilidade de usar outro serviço (“única opção”).
	Barreira Organizacional: o horário de funcionamento, tempo de espera para agendar consulta (especificar quanto tempo), tempo de espera para atendimento eventual (especificar quanto tempo), tempo despendido na sala de espera para consulta agendada e para eventual (especificar quanto tempo), qual o tempo limite de espera para que não se irrite (especificar quanto tempo), tempo de espera para conseguir encaminhamento e agendamento de exames laboratoriais (especificar quanto tempo), tempo de espera para realização de procedimentos, possibilidade e o tempo de espera para referência e contrarreferência (especificar quanto tempo).
	Barreira Sócio-cultural: dificuldade de comunicação com médico, enfermeiro ou outro profissional, sente vergonha de expor seus problemas, desvalorização de crenças, falta de credibilidade nos serviços de saúde.

4. RELAÇÃO USUÁRIO - EQUIPE DE SAÚDE

Como você classificaria:

4.1. A competência / qualidade técnica da equipe de saúde?

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

4.2. Atendimento por parte da recepção?

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

4.3. Atendimento por parte da equipe de enfermagem?

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

4.4. Atendimento médico?

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

4.5. Explicações oferecidas pelos profissionais do CIDH quanto às medicações, doença, tratamento, encaminhamentos, exames?

1. () excelente 2. () bom 3. () regular 4. () ruim 5. () péssimo 6. () Não sei

RELAÇÃO USUÁRIO-EQUIPE DE SAÚDE (perguntas abertas)

Entrevista nº: _____

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

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

RESOLUTIVIDADE

Quando você procura o CIDH e é atendido você consegue ter seu problema resolvido?

Você indicaria o CIDH para algum parente, amigo seu? Por quê?

SUGESTÕES

Quais as sugestões para melhorar o atendimento e quais outros serviços poderiam ser oferecidos no CIDH?

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

APÊNDICE B

Questionário sobre cultura e gestão de qualidade

Estamos realizando uma pesquisa para verificar o que você pensa sobre suas condições de trabalho, como parte de um programa de gestão de qualidade do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha. Com esse questionário, poderemos obter informações muito importantes para alcançar esse objetivo e por isso pedimos sua colaboração. Esclarecemos que suas respostas são confidenciais e que os resultados da pesquisa serão fornecidos de forma agregada, de modo que sua identidade não será revelada nem poderá ser descoberta. Este compromisso que assumimos nesse momento é para garantir que você possa responder este questionário com liberdade e franqueza. Muito obrigada por sua colaboração.

Dados de Controle

Unidade Pesquisada: **Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha**

Mês/Ano |__||__|/|__||__| Número do questionário: |__||__||__|

Data do preenchimento: |__||__|/|__||__|

Gostaríamos de saber sua opinião sobre as condições de trabalho, de acordo com sua função/setor no CIDH. Para responder às perguntas, marque com um “X” a coluna que mais se aproxima da sua opinião. Marque apenas uma coluna por linha. Se não quiser responder à pergunta de uma linha qualquer, marque a coluna “Não sei”.

1. Pensando em seu setor de trabalho, você diria que os equipamentos necessários ao seu trabalho:

	Ideal	Suficiente	Insuficiente	Não há equip.	Não sei
a) são em quantidade...					
b) têm disponibilidade de uso...					
c) têm nível de qualidade...					
d) têm manutenção...					

2. Em relação aos materiais que você necessita para realizar seu trabalho, o seu setor dispõe:

	Ideal	Suficiente	Insuficiente	Não há material	Não sei
a) em quantidade...					
b) com qualidade...					

3. Em seu setor de trabalho, as oportunidades de treinamento e desenvolvimento para:

	Boas	Suficientes	Insuficientes	Não houve	Não sei
a) melhorar o seu desempenho profissional são...					
b) favorecer o desempenho de novas funções são...					
c) suas necessidades de desenvolvimento profissional são...					

4. Em seu setor de trabalho, com que frequência:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) são oferecidos cursos de capacitação e treinamento?					
b) há possibilidade de se fazer cursos fora do CIDH?					
c) os funcionários frequentam e concluem os cursos?					
d) os conteúdos dos cursos são proveitosos para seu desenvolvimento pessoal?					
e) os conteúdos dos cursos são proveitosos para o desenvolvimento do setor?					
f) os conteúdos dos cursos são avaliados em relação aos seus efeitos para o setor?					

5. A realização de cursos teve como resultado:

	Sim	Não	Não sei
a) maior salário?			
b) progressão funcional?			
c) aumento de conhecimento?			
d) aplicação do conhecimento no trabalho?			

6. Em seu setor de trabalho existem:

	Sim	Não	Não sei
a) rotinas de segurança para prevenção de acidentes e de incêndios?			
b) rotinas para evitar contaminação?			
c) rotinas para assegurar a segurança pessoal (contra roubos, agressões, etc.)?			

7. Você acha que os princípios, objetivos e metas do seu setor:

	Por todos	Pela maioria	Por poucos	Por ninguém	Não sei
a) são conhecidos e entendidos...					
b) são respeitados e praticados...					

8. Em seu setor, com que frequência:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) você se sente à vontade para dizer o que vê de errado?					
b) a sobrecarga de trabalho tem prejudicado sua vida pessoal?					
c) os funcionários trabalham satisfeitos?					
d) o quadro de pessoal é suficiente para desenvolver a carga normal de trabalho?					
e) o desempenho de muitos colegas deixa a desejar?					
f) há cooperação e solidariedade entre os profissionais?					
g) há um jeito, quando necessário, para cobrir ausência de colega?					
h) há desperdícios que poderiam ser evitados?					
i) há orientações claras de como proceder no desempenho das tarefas?					

9. Em seu setor, com que frequência:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) o planejamento e a tomada de decisões são tarefas exclusivas do chefe?					
b) as necessidades e expectativas dos usuários dos serviços são consideradas?					
c) os funcionários são tratados com respeito, independente do cargo que ocupam?					
d) a decisão é delegada ao responsável pela ação?					

10. Seu chefe imediato:

	Sim	Não	Não sei
a) possui competência técnica para gerenciar o setor?			
b) pertencia ao CIDH antes de ser nomeado?			
c) está no cargo por indicação política?			

11. Com que frequência seu chefe imediato:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) estimula o trabalho em equipe?					
b) valoriza seu trabalho?					
c) está disponível quando necessário?					
d) ouve queixas e acata soluções vindas dos funcionários?					
e) mostra favoritismo por alguns funcionários?					

12. Em sua opinião, a condição do seu setor em relação a:

	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim	Muito ruim	Não sei
a) limpeza é...						
b) temperatura é...						
c) ventilação é...						
d) espaço para o trabalho é...						
e) mobiliário é...						
f) barulho é...						
g) segurança é...						
h) iluminação é...						

13. Você participou de alguma reunião nos últimos doze meses? (marque um X no espaço antes da resposta escolhida e siga para a pergunta cujo número é indicado ao lado da sua resposta).

1 - Sim (vá para a pergunta 14)

3 - Não (vá para a pergunta 17)

14. Você acha que o número de reuniões de que participou foi excessivo?

1 - Sim

3 - Não

15. Nessas reuniões, com que frequência você teve a oportunidade de:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) obter informações sobre a rotina de trabalho?					
b) apresentar críticas e sugestões?					
c) obter respostas e / ou explicações sobre questões levantadas?					

16. Com que frequência as resoluções dessas reuniões foram:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) colocadas em prática?					
b) tiveram continuidade?					

17. Em sua opinião, o CIDH:

	Sim	Não	Não sei
a) é bem administrado?			
b) funciona bem?			
c) é um lugar onde você se sente satisfeito (a) em trabalhar?			

18. Pensando no CIDH como um todo, você acha que sua missão é:

	Por todos	Pela maioria	Por poucos	Por ninguém	Não sei
a) conhecida e entendida...					
b) respeitada e praticada...					

19. Em sua opinião, com que frequência os funcionários do CIDH:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) levam em conta as necessidades e expectativas dos usuários?					
b) procuram atender os usuários da melhor maneira possível?					

20. Em sua opinião, com que frequência, no CIDH:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) os funcionários são tratados com respeito, independente do cargo que ocupam?					
b) quem é comprometido com o trabalho é reconhecido?					
c) o desempenho dos funcionários é avaliado					

adequadamente?					
d) se consegue um esquema para não se cumprir o horário?					
e) os privilégios de algumas categorias atrapalham o trabalho em equipe?					
f) alguns colegas, por saberem que não podem ser demitidos, não realizam seu trabalho satisfatoriamente?					
g) muita gente tira licença sem necessidade?					
h) o horário de trabalho é igualmente cumprido por todos os funcionários?					

21. Com que frequência, no CIDH, você acha que:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) há conflitos entre funcionários?					
b) há cooperação e solidariedade entre os profissionais?					
c) cada setor atua de forma isolada dos demais?					
d) as relações entre profissionais têm por base a hierarquia e o controle?					
e) as regras são iguais para todos independente da categoria profissional					
f) há desperdícios que podem ser evitados?					
g) existem orientações claras de como proceder no desempenho das tarefas					

22. Considerando o CIDH como um todo, você acha que:

	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim	Muito ruim	Não sei
a) a remuneração dos funcionários é...						
b) para favorecer o bom desempenho, a estabilidade no emprego é...						
c) a satisfação dos						

funcionários em trabalhar no CIDH é...						
--	--	--	--	--	--	--

23. Pensando no CIDH, com que frequência você acha que:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) o planejamento e a tomada de decisões são tratadas como tarefas exclusivas das chefias?					
b) as decisões são delegadas aos responsáveis pelas ações?					
c) as informações não são bem disseminadas, gerando boatos?					
d) são utilizados instrumentos para avaliar sistematicamente a satisfação dos usuários?					
e) os funcionários costumam ser informados sobre mudanças e inovações que acontecem?					
f) existe um clima de cooperação e incentivo à participação?					

24. Você pensa que a direção do CIDH:

	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca	Não sei
a) faz esforço para conhecer a opinião dos usuários?					
b) está preocupada em melhorar o serviço prestado ao usuário?					
c) faz esforço para conhecer a opinião dos funcionários?					
d) está preocupada em melhorar as condições de trabalho dos funcionários?					
e) está preocupada em melhorar o salário dos funcionários?					
f) é confiável em relação ao que diz?					
g) faz uma boa administração do CIDH?					

25. Em sua opinião a condição do CIDH **como um todo** em relação a:

	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim	Muito ruim	Não sei
a) limpeza é...						
b) temperatura é...						
c) ventilação é...						
d) espaço para o trabalho é...						
e) mobiliário é...						
f) barulho é...						
g) segurança é...						
h) iluminação é...						

26. Indique locais específicos do CIDH que você considera ruim ou muito ruim em relação a:

a) limpeza:

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

b) temperatura

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

c) ventilação

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

d) espaço para o trabalho

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

e) mobiliário

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

f) barulho

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

g) segurança

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

h) iluminação

1. Ruim _____
2. Muito ruim _____

27. Em sua opinião:

	Sim	Não	Não sei
a) o CIDH funciona bem?			
b) o CIDH é bem administrado?			
c) o CIDH é um lugar onde você se sente satisfeito(a) em trabalhar?			
d) o fim da estabilidade do funcionário público preocupa?			
e) a perda deste emprego preocupa?			
f) sua remuneração é justa em relação ao seu trabalho?			
g) o valor do seu salário é satisfatório?			

Dados sobre o (a) entrevistado (a)

Gostaríamos de saber um pouco mais sobre você. Lembre-se que nosso compromisso maior é o de não permitir que os resultados o identifiquem, para que tenhamos confiança na franqueza das respostas que você nos deu. Para responder marque um X na resposta correta. Suas respostas serão utilizadas para o aperfeiçoamento do processo de trabalho.

28. No seu trabalho, seu contato direto é mais frequente com:

- 1 - Pacientes
 2 - Funcionários
 3 - Outros especifique: _____

29. Indique o tipo de seu vínculo com o CIDH:

- 1 - Servidor público estável
 2 - Servidor público não estável
 3 - Servidor público federal cedido
 4 - Servidor público estadual cedido
 5 - Servidor público municipal cedido
 6 - Empregado do CIDH, regido pela CLT (celetista)
 7 - Terceirizado
 8 - Bolsista. Especifique: _____
 9 - Outros casos. Especifique: _____

30. Há quantos anos você trabalha no CIDH?

- 1 - Menos de 1 ano
 2 - De 1 a 4 anos
 3 - De 5 a 9 anos
 4 - De 10 a 14 anos
 5 - De 15 a 19 anos
 6 - 20 anos ou mais

31. E em instituições da área de saúde?

- 1 - Menos de 1 ano
- 2 - De 1 a 4 anos
- 3 - De 5 a 9 anos
- 4 - De 10 a 14 anos
- 5 - De 15 a 19 anos
- 6 - 20 anos ou mais

32. Indique em que classe se situa sua idade:

- 1 - Menos de 25 anos
- 2 - De 25 a 34 anos
- 3 - De 35 a 44 anos
- 4 - De 45 a 54 anos
- 5 - 55 anos ou mais

33. Indique a categoria profissional correspondente ao seu emprego no CIDH:

- 1 - Pesquisador
- 2 - Médico
- 3 - Enfermeiro
- 4 - Profissionais de saúde de nível superior (exceto os indicados acima)
- 5 - Outros profissionais de nível superior
- 6 - Técnicos de nível médio da área de saúde
- 7 - Outros técnicos de nível médio
- 8 - Auxiliares da área de saúde
- 9 - Outros auxiliares

34. Se você indicou pesquisador na pergunta anterior, qual é a sua formação básica de graduação?

Código

|| _____

35. Você exerce outra atividade remunerada além do emprego no CIDH?

- 1 - Sim..... (vá para a pergunta 36)
- 2 - Não..... (vá para a pergunta 37)

36. O que você ganha em suas outras atividades remuneradas é:

- 1 - Bem menos do que o total recebido no CIDH.
- 2 - Equivalente ao total recebido no CIDH.
- 3 - Bem mais do que o total recebido no CIDH

37. Indique o seu nível de instrução:

- 1 - Fundamental incompleto
- 2 - Fundamental completo
- 3 - Ensino médio incompleto

APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e esclarecido do usuário

Prezado (a) Sr. (a). Eu, Niciane Bandeira Pessoa Marinho, enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa na qual busco conhecer sua satisfação quanto aos serviços ofertados, ao relacionamento com a equipe de saúde e ao ambiente de atendimento do Centro de Diabetes e Hipertensão do município de Barbalha-Ceará-Brasil.

Para tanto, gostaria de contar com sua participação na entrevista dirigida aos usuários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha, portadores de diabetes mellitus tipo 2. Será utilizado um questionário semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, sendo estas gravadas para maior fidedignidade dos dados.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente. Além disso, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja do seu interesse a continuidade na participação, haverá a possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente,

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Endereço da responsável pela pesquisa: Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Instituição: Universidade Federal do Ceará/ Departamento de Enfermagem
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo – Fortaleza-CE
CEP 60430-160
Telefones p/contato: (85) 3366.8455/(88) 9903.9387

ATENÇÃO: Para esclarecer qualquer questionamento durante sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 - Rodolfo Teófilo
Telefone: 3366.8338

Consentimento da participação da pessoa como sujeito ou declaração do participante ou do responsável pelo participante

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA TAL TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO (A).

Barbalha, _____ de _____ de 2012.

Assinatura ou digital do (a) voluntário (a) ou responsável legal
Assinatura da responsável pelo estudo
Nome do profissional que aplicou o TCLE

DADOS DO (A) VOLUNTÁRIO (A):

Endereço:

Telefone:

APÊNDICE D

Termo de consentimento livre e esclarecido do profissional

Prezado (a) funcionário (a). Eu, Niciane Bandeira Pessoa Marinho, gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **Satisfação dos usuários e dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-CE**, desenvolvida como tese de doutorado, vinculada à Universidade Federal do Ceará, com o objetivo de avaliar aspectos relativos à cultura e gestão de qualidade no âmbito deste centro de saúde sob a visão dos seus profissionais.

Para participar dessa pesquisa é necessário preencher um questionário onde não será registrado seu nome e nenhuma identificação numérica do questionário permitirá ligar as respostas às pessoas que as prestaram. Os questionários serão numerados sequencialmente e os termos de compromisso, por serem nominativos, serão arquivados em ordem alfabética e separadamente dos questionários.

O Sr. (a) tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre essa pesquisa e sobre seu processamento, agora ou mais tarde, e pode recusar-se a prestar as informações solicitadas a qualquer momento, antes do início ou durante o preenchimento do questionário, sem que isso traga qualquer prejuízo no exercício das suas funções no CIDH. Se o (a) sr. (a) julgar que alguma das suas respostas pode vir a identificá-lo (a), pode deixar a resposta em branco ou responder “não sei”, como indicado no questionário.

Estarei à sua disposição para orientá-lo (a) e esclarecer suas dúvidas. Na relação nominativa dos funcionários do CIDH, sob guarda do responsável pela pesquisa, será feita a indicação do seu comparecimento, sem qualquer marca que indique se o (a) sr. (a) aceitou ou recusou prestar informações.

Garanto-lhe que as informações prestadas pelo (a) sr. (a) serão tratadas com sigilo, não sendo divulgadas em nenhuma hipótese, que os resultados da pesquisa serão apresentados em conjunto e que o arquivo magnético com as respostas será feito de forma a não permitir identificar os informantes.

Atenciosamente,

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Endereço da responsável pela pesquisa: Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Instituição: Universidade Federal do Ceará/ Departamento de Enfermagem
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo – Fortaleza-CE
CEP 60430-160
Telefones p/contato: (85) 3366.8455/(88) 9903.9387
ATENÇÃO: Para esclarecer qualquer questionamento durante sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 - Rodolfo Teófilo
Telefone: 3366.8338

Consentimento da participação da pessoa como sujeito ou declaração do participante

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA TAL TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO (A).

Barbalha, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do voluntário (a)
Assinatura da responsável pelo estudo
Nome do profissional que aplicou o TCLE

DADOS DO (A) VOLUNTÁRIO (A):

Endereço:

Telefone:

ANEXO
Folha de aprovação do Comitê de Ética



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 402/11

Fortaleza, 16 de dezembro de 2011

Protocolo COMEPE nº 324/ 11

Responsável pelo projeto: **Nielsen Bandeira Pessoa Martins**

Título do Projeto: "Satisfação dos usuários e dos profissionais do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão da Faculdade-CE"

Levamos ao conhecimento de V.Sª., que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde -- Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 19 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião de dia 15 de dezembro de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar a relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC