

## Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário

Quality control in primary health care.  
I – Consumer satisfaction

Kurt Kloetzel <sup>1</sup>  
Anete Machado Bertoni <sup>1</sup>  
Maristela Costa Irazoqui <sup>2</sup>  
Valdaci Padão Garcia Campos <sup>2</sup>  
Rosane Nunes dos Santos <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.  
C. P. 464, Pelotas, RS 96100-000, Brasil.  
<sup>2</sup> Escola de Serviços Sociais, Universidade Católica de Pelotas.  
Rua Félix da Cunha 412, Pelotas, RS, 96050-050, Brasil.

**Abstract** *In this paper, the first of a series dealing with the development of a methodology for assessing quality of ambulatory care, a sample of 270 outpatients from the same health center were presented with a list of 12 questions. Although different versions of the questionnaire were tested, we found a high degree of agreement between the results. The findings indicate that the parameter "satisfaction" lends itself readily to measurement, thus becoming a useful instrument for guiding active intervention.*

**Key words** *Consumer Satisfaction; Quality Control; Primary Health Care*

**Resumo** *Neste trabalho, o primeiro de uma série visando desenvolver uma metodologia para a avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais, uma amostra de 270 freqüentadores de uma unidade de saúde de Pelotas (RS), submetida a quatro versões de um mesmo questionário, foi solicitada a expressar sua satisfação com respeito a diferentes aspectos do atendimento. A comparação dos resultados demonstrou excelente concordância, embora a sensibilidade dos métodos variasse. Conclui-se que a satisfação expressa pelo usuário é um parâmetro facilmente mensurável, podendo tornar-se um instrumento útil na orientação das medidas corretivas.*

**Palavras-chave** *Satisfação dos Consumidores dos Serviços de Saúde; Controle de Qualidade; Cuidados Primários de Saúde*

## Introdução

Desde o início de 1976, data de sua fundação, a prestação de serviços em nível ambulatorial tornou-se uma das áreas de concentração do Departamento de Medicina Social da UFPel. Mais recentemente, ao refletir a crescente preocupação com a efetividade e resolutividade dos sistemas de saúde, as atenções têm-se voltado também à avaliação dos custos e dos benefícios dos serviços prestados à comunidade (Piccini, 1990; Halal et al., 1994).

Este campo – aqui denominado controle de qualidade – é bastante complexo e diversificado, permitindo um substancial número de alternativas no tocante aos indicadores de saúde. Entre eles, o mais decisivo seria sem dúvida o desfecho, o resultado final do processo, embora este indicador seja mais apropriado aos níveis secundário e terciário. Em razão de sua própria natureza, isto é, a heterogeneidade da demanda e o prognóstico extremamente variado, com elevada proporção de afecções autolimitadas, no setor primário a avaliação dos benefícios para o paciente, a médio e longo prazo, sempre constituirá um problema. De resto, é notório que os resultados da medicina preventiva, uma especialidade praticamente privativa do nível primário, dificilmente podem ser computados.

Sendo assim, é preciso recorrer a outra sorte de indicadores. O presente trabalho se ocupa da satisfação do paciente; terá prosseguimento, na Parte II, com o estudo da adesão ao agendamento (*compliance*), um parâmetro de extrema importância prática, não só por permitir a aferição das informações anteriores, mas por oferecer uma previsão, em termos da assiduidade do usuário, do êxito de eventuais ações programáticas.

Tais estudos, tendo como alvo a população de usuários, ainda não dão solução a todas as questões. Resta, pois, indagar: qual será a efetividade, a resolutividade apresentada pelo serviço dentro do universo mais amplo da comunidade? Para responder – e para ter uma idéia precisa da cobertura conseguida –, será preciso empreender um inquérito numa amostra representativa da população tributária ao serviço, assim incluindo tanto o usuário habitual, como aquele que, por repúdio ou por dispor de outras opções, não é atendido naquela unidade de saúde. Os resultados do inquérito domiciliar serão apresentados na Parte III desta série; a Parte IV, enfim, ocupar-se-á da resolutividade, em seus diferentes aspectos.

Ao longo destes artigos o leitor terá que manter em vista que o objetivo principal não é

a mera apresentação daquilo que foi observado em Pelotas, mas desenvolver uma metodologia simples, prática e replicável, capaz de servir, em âmbito maior, como instrumento de avaliação das unidades ambulatoriais.

Ao contrário do que acontece na mídia e nas agências de publicidade, que têm a opinião do público em alta conta, em nosso meio, na área da saúde, a satisfação expressa pelo usuário geralmente é vista com indiferença ou mesmo desconfiança. No entanto, segundo palavras de um especialista em controle de qualidade: “*É fútil discutir a validade do parâmetro satisfação, enquanto indicador de qualidade*” (Donabedian, 1988). De fato, segundo o consenso atual, a avaliação da qualidade deve basear-se tanto em critérios objetivos, como subjetivos, os primeiros reservados aos profissionais da saúde, os últimos dizendo respeito ao usuário. Para completar, são numerosos os trabalhos demonstrando a confiabilidade dos inquéritos de satisfação (Fitzpatrick, 1991; Carr-Hill, 1992; Rubin et al., 1993; Cohen et al., 1996), bem como sua correlação com a adesão demonstrada pelo usuário.

Na ausência de um padrão-ouro, por enquanto os autores não consideram oportuno definir o que vem a ser qualidade no campo da atenção primária à saúde. Preferimos deixá-lo para a última etapa deste inquérito, quando esperamos ter alcançado uma compreensão mais profunda dos diferentes fatores e de sua influência sobre as variáveis, assim permitindo a escolha dos indicadores mais adequados.

## Material e métodos

O Posto Médico do Areal, uma de duas unidades administradas pelo Departamento de Medicina Social, serve a uma população de classe média e baixa estimada em oito mil pessoas. Oferece em torno de 1.300 consultas mensais, e no presente momento (março de 1997) 18% são pessoas residentes fora da área de abrangência do posto. Tirante os programas de Puericultura e Pré-Natal, a unidade oferece atendimento em enfermagem, nutrição, assistência social, clínica médica, pediatria e ginecologia, contando também com a retaguarda dos serviços especializados da Faculdade de Medicina da UFPel. Na área médica, é responsável pelo treinamento em serviço de terceiranistas, doutorandos e residentes em Medicina Geral Comunitária.

A amostra entrevistada mostrou-se bastante homogênea: em pelo menos três quartos dos casos, era composta por mulheres entre trinta

e cinquenta anos de idade, com o primário completo e pertencente à classe média baixa (um critério baseado na inspeção da moradia e de suas condições e não em meras informações sobre a renda familiar, que, segundo nossa experiência, são menos seguras). As entrevistadoras eram alunas do último ano de uma escola de serviços sociais, sem vínculo, prévio ou atual, com qualquer entidade de saúde.

#### Série 1:

Uma amostra de 135 pacientes foi convidada a opinar a respeito da última consulta na unidade. As entrevistas foram distribuídas a fim de compreender diferentes horas do dia, bem como o expediente dos diferentes médicos, visando oferecer uma amostra representativa do serviço. Ao iniciar, temendo que o ambiente de trabalho pudesse inibir a espontaneidade das reações, os pacientes foram interrogados no domicílio, no máximo dez dias após a consulta. (Podemos adiantar que tal cuidado foi desnecessário: terminado o trabalho, uma pequena amostra foi interrogada na própria unidade, logo após a consulta, com resultados inteiramente concordantes.)

O paciente era solicitado a opinar a respeito dos seguintes parâmetros:

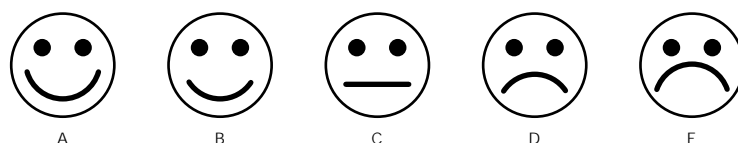
- 1) Facilidade de acesso à consulta.
- 2) Tempo dispendido na sala de espera.
- 3) Cordialidade por parte da recepção.
- 4) Cordialidade do profissional.
- 5) Atenção dada às queixas.
- 6) Impressão do exame clínico.
- 7) Confiança despertada pelo médico.
- 8) Confiança na receita.
- 9) Explicações do médico com respeito à doença.
- 10) Explicações quanto ao prognóstico.
- 11) Satisfação com o agendamento.
- 12) Avaliação geral da consulta

Numa tentativa de quantificar estas atitudes, os paciente eram confrontados com uma série de ícones (Figura 1), acompanhada da pergunta: Qual destas imagens expressa melhor sua opinião? Inicialmente os ícones eram sete, logo reduzidos para cinco ao observar que, diante da amplitude da escala, muitos pacientes encontravam dificuldade em decidir.

Ao fim do interrogatório era apresentada uma pergunta aberta: Sugira como melhorar o atendimento.

Figura 1

Ícones empregados na série 1.



#### Série 2: (36 pacientes, uma subamostra da série 1)

Como nos interessasse saber se o paciente, ao optar por um determinado ícone, tinha em mente uma grandeza que pudesse ser traduzida numericamente, completado o questionário, um pequeno número de pessoas foi solicitado a repetir o procedimento, dessa vez atribuindo uma nota a cada item, numa escala de zero a dez.

#### Série 3: (74 pacientes)

Inspirados por uma publicação estrangeira (Cohen et al., 1996), resolvemos explorar também uma outra modalidade de inquérito. Nesta, o paciente era convidado a julgar se concordava ou não concordava com as seguintes declarações:

- 1) Encontrei dificuldade em marcar uma consulta.
- 2) Gastei muito tempo na sala de espera.
- 3) Não fui bem atendido pela recepcionista.
- 4) Não fui bem recebido pelo médico.
- 5) Este não deu qualquer atenção às minhas queixas (ou pedidos).
- 6) Não fui bem examinado.
- 7) O médico não me inspirou confiança.
- 8) Não confio na receita.
- 9) Não fiquei satisfeito com as explicações que me foram dadas.
- 10) O médico não me disse o que fazer se não melhorasse.
- 11) Em resumo: não tive uma boa impressão do atendimento.

#### Série 4: (61 pacientes)

Se o anterior pode ser chamado de questionário pessimista, na Série 4 os dizeres são alterados, para dar-lhe um cunho otimista. Por exemplo, a formulação para a primeira pergunta torna-se: Não encontrei dificuldade em marcar uma consulta. (Havendo consistência nas atitudes, é de se esperar que o paciente, ao dizer

que concorda com determinada colocação na Série 3, na Série 4 traduza sua insatisfação por um 'não concordo'.)

## Resultados

### Série 1: (Tabela 1)

Não obstante o alto índice de aprovação dos demais itens, terá a insatisfação com respeito às duas primeiras questões – a dificuldade de acesso, a demora na sala de espera – algum efeito sobre a impressão geral deixada pela consulta?

Sim, perfeitamente, segundo se verificou ao cruzarem-se as respostas a essas questões.

### Série 2: (Tabela 2)

### Séries 3 e 4: (Tabela 3)

### As sugestões

A Tabela 4 classifica a reação do usuário no tocante às medidas julgadas necessárias para melhorar o atendimento.

## Discussão

Num estudo envolvendo mais de 17 mil pessoas, visando comparar quatro distintos sistemas de saúde dos EUA, verificou-se que não mais de 55% consideraram o desempenho como excelente (Koos, 1955). Esta cifra coincide

com a avaliação registrada no Areal, à qual ainda se deve somar um apreciável contingente (32%) de avaliações boas (Tabela 1).

Mas comparações deste gênero são redundantes, pois o postinho do Areal nada tem de típico: sendo gerenciado e em boa parte financiado pela Universidade Federal de Pelotas, e refletindo as condições vigentes numa cidade de porte médio do extremo sul do RS, trata-se de uma unidade-ensino, cuja experiência de modo algum pode ser transferida para outras situações. Nosso intuito principal, isso sim, é configurar uma metodologia que se preste para a avaliação qualitativa de outras unidades da região, bem como, tendo em vista um subsequente processo de intervenção, apontar as questões tidas como críticas.

O exame da Tabela 1 mostra uma opinião quase unanimemente favorável, salvo nos três primeiros itens. Uma espera por demais prolongada foi o motivo número um das reclamações, o que é um fato igualmente constatado em outras avaliações (Koos, 1955; Rubin et al., 1993). No caso do Posto do Areal, a demora é compreensível, visto que o docente, sendo constantemente solicitado pelo estudante ou médico-residente, dificilmente consegue acompanhar o ritmo de chegada dos pacientes. No entanto, consideramos o fator demora o primeiro dos objetivos a serem visados por um processo de intervenção ativa.

A insatisfação demonstrada com esta questão, bem como com a dificuldade de acesso, isto é, o agendamento de novas consultas (“*Deviam distribuir mais fichas*” é uma reclamação corriqueira.) não podia deixar de afetar a rea-

Tabela 1

Nota atribuída aos diferentes itens (em %).

Pergunta	A	B	C	D	E	Média ponderada*
Acesso	36	29	20	6	9	7,6
Sala de espera	13	30	26	16	15	6,2
Recepção	52	30	10	2	6	8,4
Cordialidade do médico	82	17	<1	<1	–	9,6
Atenção às queixas	83	13	3	<1	<1	9,6
Exame	90	6	3	1	–	9,6
Confiança no médico	78	16	3	2	<1	9,4
Confiança na receita	74	14	7	3	2	9,2
Explicações	73	14	8	2	3	9,2
Se não melhorar...	79	14	4	–	3	9,4
Agendamento	80	14	3	2	<1	9,6
Impressão geral	57	32	8	2	<1	8,2

\* Considerando A = 10, B = 8, C = 6, D = 4, E = 2.

ção à última pergunta, a impressão geral da qualidade do atendimento, não obstante a reação positiva quanto aos aspectos técnicos e o relacionamento com os profissionais de saúde.

Dir-se-ia, à primeira vista, que um inquérito tendo como tema a satisfação do usuário é demais impreciso para servir de indicador de qualidade, visto traduzir, nada mais, que a reação subjetiva a um episódio único e isolado. Esta seria, porém, uma interpretação equivocada de nossos objetivos: não se trata propriamente de estabelecer rígidos critérios de qualidade do atendimento (pois mesmo os iniciados dificilmente chegarão a um consenso a respeito do vem a ser o padrão-ouro), mas de tirar conclusões que permitam prever o comportamento futuro do paciente, suas atitudes em face do seu serviço de saúde.

Assim, corrigir as deficiências apontadas não é somente questão de prestígio do serviço, ou uma forma de evitar atritos com a comunidade: tais providências, embora norteadas por necessidades que poderiam ser julgadas secundárias, na verdade poderão resultar num impacto não desprezível sobre os aspectos "técnicos", sobre a morbidade e, quem sabe, a mortalidade.

Nossos próprios estudos ainda não permitem conclusões, porém a literatura revela uma estreita correlação entre satisfação e adesão (Hulka et al., 1971; Kinney et al., 1975 apud Fitzpatrick et al., 1991; Carr-Hill, 1992). E uma boa adesão do paciente, seja quanto à assiduidade ao serviço, seja no rigoroso cumprimento da terapêutica, é fundamental; sem isso é impossível consolidar um vínculo médico-paciente continuado, tão precioso, tão raramente preservado em nosso meio, particularmente nos serviços mantidos pelo poder público.

Quanto à metodologia, é importante ressaltar que o inquérito domiciliar mostrou-se dispensável, já que os pacientes reagiram de maneira semelhante ao serem interrogados no próprio serviço logo após a consulta, achado que coincide com as conclusões de Ehnsfors & Smedby (1993).

No geral, os quatro métodos ensaiados guardam entre si uma correspondência bastante satisfatória. A série 1, é óbvio, traz a vantagem de uma maior sensibilidade.

Uma alternativa que merece ser mais profundamente estudada é a de pedir ao paciente para expressar sua opinião segundo uma escala numérica. Não obstante o pequeno número de observações, tal procedimento parece levar a resultados compatíveis aos ícones, exceto na categoria C e D, onde a noção de intervalo se mostrou pouco precisa (Tabela 2).

Tabela 2

Correspondência entre o ícone e a nota que lhe foi atribuída.

Ícone	Frequência	Valor numérico médio
A	289	10,0
B	87	8,0
C	35	4,8
D	10	3,9
E	3	2,0

Tabela 3

Pacientes que concordam com a formulação pessimista e não concordam com a versão otimista (em %).

Pergunta	Concorda (Série 3) (n = 74)	Não concordam (Série 4) (n = 61)
Acesso	49	52
Sala de espera	72	65
Recepção	16	2
Cordialidade do médico	4	-
Atenção às queixas	3	-
Exame	5	-
Confiança no médico	4	-
Confiança na receita	4	-
Explicações	5	2
Se não melhorar...	3	-
Impressão geral	5	-

P &lt; 0.001 (Teste do Qui-Quadrado.)

Tabela 4

Sugestões para melhorias.

Categorias	Frequência*
Menos demora na ante-sala	50
Mudar a recepcionista	5
Distribuir mais fichas	10
Pronto-Atendimento ou plantão de 24 horas	38
Medicamentos gratuitos	35
Dentista	10
Oftalmologista	11
Laboratório próprio	5
Ambulância	5
Outras sugestões	4
"Tudo bem"	13
"Tudo ruim"	1
Não souberam informar	3

\* Permitidas respostas múltiplas.

Embora exista na literatura evidência de que a mesma pergunta, formulada diferentemente (isto é, em forma de uma negativa ou uma afirmação), provoca reações diferentes por parte do paciente (Hulka et al., 1971; Cohen et al., 1996), não podemos endossar essa hipótese: as diferenças entre as Séries 3 e 4 são pequenas e não nos impressionam – ainda que a análise estatística tenha concluído pela existência de um resultado altamente significativo.

São raros os pacientes que, quando indagados, deixam de dar sugestões visando a uma melhoria do serviço, e mais uma vez verificamos que a demora para serem atendidos, bem como os obstáculos ao fácil acesso, são as grandes preocupações do usuário. Um terceiro item vem a ocupar lugar de destaque toda vez que

se busca auscultar as necessidades da população: a dificuldade em obter o remédio é, para nossos pacientes, uma pequena tragédia.

Em outras partes do mundo este tipo de inquérito é muito empregado na avaliação dos hospitais – a internação, o pré-operatório e o pós-operatório (Ehnfors & Smedby, 1993) –, bem como na dos serviços auxiliares (Smith et al., 1995). Em nosso meio, porém, o alvo de primeira escolha ainda deverá ser a atenção primária, o ambulatório. Se conseguirmos ultrapassar a esfera acadêmica e formos nos engajar num trabalho objetivo de reformulação dos serviços médicos, veremos que o indicador satisfação se mostrará suficientemente “robusto” (para usar o termo empregado por Fitzpatrick, 1991) para servir de orientação.

## Agradecimentos

Este trabalho contou com o apoio da Fapergs – Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Sul.

## Referências

- CARR-HILL, R. A., 1992. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14:236-249.
- COHEN, G.; FORBES, J. & GARRAWAY, M., 1996. Can different patient survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *British Medical Journal*, 313:841-844.
- DONABEDIAN, A., 1988. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260:1743-1754.
- EHNFORNS, M. & SMEDBY, B., 1993. Patient satisfaction surveys, subsequent to hospital care: problems of sampling, non-response and other losses. *Quality Assurance in Health Care*, 5:19-32.
- FITZPATRICK, R., 1991. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *British Medical Journal*, 302:887-889.
- HALAL, I. S.; SPARREBERGER, F.; BERTONI, A. M.; CIACOMEL, C.; SEIBEL, C. E.; LAHUDE, F. M.; MAGALHÃES, G. A.; BARRETO, L. & LIRA, R. C. A., 1994. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28:131-136.
- HULKA, B. S.; ZYZANSKI, S. J.; CASSEL, J. C. & THOMPSON, S. J., 1971. Satisfaction with medical care in a low income population. *Journal of Chronic Diseases*, 24:661-673.
- KOOS, E. L., 1955. 'Metropolis'-What city people think of their medical services. *American Journal of Public Health*, 45:1551-1557.
- PICCINI, R. X., 1990. *Estudo de demanda do microssistema de saúde da Faculdade de Medicina da UFPel*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. (mimeo.)
- RUBIN, H. R.; GANDEK, B.; ROGERS, W. H.; KOSINSKI, M.; MCHORNEY, C. A. & WARE, J. E., 1993. Patients' ratings of outpatient visits in different practical settings. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 270:835-840.
- SMITH, C.; MCCREADIE, M.; UNSWORTH, H. I. & HARRISON, A., 1995. Patient satisfaction: an indicator of quality in disablement services centres. *Quality of Health Care*, 4:31-36.