

SATISFAÇÃO DO PACIENTE NO ATENDIMENTO DOMICILIAR PÓS  
DESOSPITALIZAÇÃO

José Perrota de Carvalho

Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, ISCTE *Business School* –  
IUL, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Setembro 2019

## RESUMO

A população mundial está envelhecendo e a tendência é que a faixa etária acima dos 65 anos cresça a cada ano, devido o aumento da perspectiva de longevidade. Com isso, alguns serviços voltados para essa faixa etária têm crescido e os serviços de saúde são os que se salientam. Nesse cenário os serviços de saúde domiciliares, também conhecidos como “Home Care” têm crescido por trazer vantagens tanto para os pacientes como para as organizações hospitalares. Diante desse crescimento é necessário fazer pesquisas voltadas para a avaliação da satisfação dos pacientes atendidos pelo sistema de “Home Care”, buscando verificar se os mesmos têm suprido suas necessidades e quais as mudanças necessárias para atender sempre da melhor forma os pacientes. Esse estudo teve como objetivo abordar a satisfação do paciente no atendimento domiciliar pós desospitalização. A pesquisa recorreu à escala SERVQUAL com pacientes da empresa PRO LIFE Home Care, buscando avaliar o grau de satisfação dos mesmos com os serviços prestados pela empresa. A realização dessa pesquisa é pertinente pelo fato do atendimento domiciliar pós desospitalização nesta empresa ser relativamente recente e ainda estar em um processo dinâmico de construção, o que propicia ainda muitas possibilidades e desafios a serem enfrentados. Para tanto, é necessário o estabelecimento de uma gestão estratégica visando minimizar os problemas advindos dessa modalidade e avaliar o grau de satisfação por parte dos pacientes que são atendidos por essa modalidade. O resultado revela que os pacientes atendidos pela PRO LIFE tem um grau elevado de satisfação com os serviços prestados somente em alguns quesitos e em outros é necessária uma atuação mais criteriosa para sanar os problemas verificados na pesquisa.

**Palavra-chave:** Atendimento domiciliar; Gestão de saúde; Satisfação dos pacientes

## ABSTRACT

The world population is aging and the trend is for the age group over 65 to grow each year due to the increased prospect of longevity. With this, some services aimed at this age group have grown and health services are the ones that stand out. In this scenario, home health services, also known as Home Care, have grown to bring benefits to both patients and hospital organizations. Given this growth, it is necessary to conduct research aimed at assessing the satisfaction of patients assisted by the Home Care system, seeking to verify if they have met their needs and what changes are needed to always serve patients in the best way. This study aimed to address patient satisfaction in home care after dehospitalization. To this end, a literature review and SERVQUAL survey will be conducted with patients of the company PRO LIFE Home Care, seeking to assess their satisfaction with the services provided by the company. The realization of this research motivated me because the post-hospitalization home care is relatively recent and still in a dynamic process of construction, which still provides many possibilities and challenges to be faced. Therefore, it is necessary to establish a strategic management aiming to minimize the problems arising from this modality and to evaluate the degree of satisfaction by the patients who are treated by this modality. It was concluded that the degree of satisfaction of patients treated by PRO LIFE has a high degree of satisfaction with the services provided by the company only in some aspects and in others it is necessary a more careful action to solve the problems found in the research.

**Keyword:** Home care; Health management; Patient Satisfaction

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	06
CAPÍTULO I – ASPECTOS RELEVANTES DO ATENDIMENTO	
DOMICILIAR .....	09
1.1 Atendimento Domiciliar.....	09
1.1.1 Conceito .....	10
1.1.2 Modalidades .....	11
1.1.3 Equipes no atendimento domiciliar .....	13
1.2 A Gestão da qualidade no atendimento domiciliar .....	18
1.2.1 Eficácia .....	21
1.2.2 Eficiência .....	22
1.2.3 Instrumentos .....	26
CAPÍTULO II - METODOLOGIA .....	35
2.1. Tipo de pesquisa .....	35
2.2. Técnicas de Coleta de Dados .....	35
2.3. Análise e Tratamento de Dados .....	36
CAPÍTULO III - RESULTADOS.....	38
3.1 Perfil da empresa analisada.....	38
3.2 Resultados da aplicação do questionário.....	38
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÃO .....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50
APÊNDICE – QUESTIONÁRIO .....	57

## **ÍNDICE de Tabelas**

Tabela 1 – Práticas de acreditação.....	19
Tabela 2 – Dimensões de qualidade e respectivas definições.....	20
Tabela 3 – Gaps e suas definições.....	32
Tabela 4 – Perfil dos respondentes (pacientes).....	39
Tabela 5 – Análise SERVQUAL- Tangíveis.....	39
Tabela 6 - Análise SERVQUAL - Confiabilidade .....	40
Tabela 7 - Análise SERVQUAL - Capacidade de Resposta .....	41
Tabela 8 - Análise SERVQUAL - Garantia.....	42
Tabela 9 - Análise SERVQUAL - Empatia .....	42
Tabela 10 – Resumo dos resultados da 2ª fase – pacientes.....	43

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figural - Modelo GAP da Qualidade dos Serviços	33
--	----

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a assistência hospitalar ainda predomina no Brasil, mesmo tendo sido proposto alguns modelos alternativos ao modelo hospitalocêntrico a partir da década de 1970. Esses modelos buscavam a possibilidade de reforma da organização e financiamentos da assistência em saúde (Silva *et al.*, 2010).

É consenso entre os especialistas que as demandas assistenciais propiciadas pelas mudanças epidemiológicas e demográficas têm exigido dos profissionais e serviços em saúde uma reorganização que consiga atender as necessidades de saúde da população (Feuerwerker e Merhy, 2008).

Tais demandas encontram também respaldos nas novas possibilidades tecnológicas de medicamentos e equipamentos, bem como na busca por cuidados integrais, de maneira contínua e humanizados (Silva *et al.*, 2010).

A reorganização dos serviços de saúde está também ligada ao princípio da integralidade, que está voltado em dois tipos de estratégias em saúde: (1) o fortalecimento do modelo technoassistencial da atenção primária em saúde, voltado para a estratégia de saúde da família e (2) desenvolvimento das linhas de cuidado em redes de atenção a saúde, que envolvem vários níveis de atenção (Feuerwerker e Merhy, 2008).

Diante da relevância do tema e a necessidade da ampliação do debate acerca dessa modalidade de serviço de saúde, o objetivo desse projeto é abordar a satisfação do paciente no atendimento domiciliar pós desospitalização.

Trata-se de viés importante dentro do âmbito do atendimento domiciliar, visto que a percepção da satisfação do paciente é de difícil análise e tal satisfação também deve ser avaliada pelo âmbito dos familiares.

A importância da análise da satisfação dos pacientes que utilizam o sistema de Home Care é essencial para verificar se o mesmo está sendo bem direcionado e atendendo às expectativas tanto dos pacientes como de seus familiares. Entretanto, poucos são os estudos sobre essa pesquisa de satisfação, principalmente quando as empresas são particulares.

Normalmente, as empresas não costumam ser contratadas diretamente pela pessoa e sim o Plano de Saúde indica as empresas que podem atender aquele cliente e isso dificulta esse tipo de pesquisa. Ao longo do trabalho será ilustrada uma pesquisa feita pelo Plano de Saúde visando avaliar as empresas de Home Care que são contratadas por ele.

A realização dessa pesquisa me motivou pelo fato do atendimento domiciliar pós desospitalização ser relativamente recente e ainda estar em um processo dinâmico de construção, o que propicia ainda muitas possibilidades e desafios a serem enfrentados. Para tanto, é necessário o estabelecimento de uma gestão estratégica visando minimizar os problemas advindos dessa modalidade e avaliar o grau de satisfação por parte dos pacientes que são atendidos por essa modalidade.

Desospitalizar significa muito mais do que uma simples retirada da pessoa do hospital, sendo um processo compreendido como um ato de continuidade das ações iniciadas no ambiente intra-hospitalar, bem como a manutenção da articulação em rede, de forma integrada e humana.

A desospitalização precisa ser avaliada levando em consideração o período que antecede a alta hospitalar, com diálogos inter equipes e familiares, objetivando a abordagem dos treinamentos necessários e à sua manutenção no domicílio, propiciando, dessa forma, a troca de informações, infraestrutura adequada para a otimização do processo de cuidar, com garantia de acesso e segurança, esclarecimentos de dúvidas e detecção precoce de complicações.

A implementação de ações de desospitalizar precisam viabilizar a participação da família nos cuidados e a independência do usuário. Ao implantar as ações de desospitalização, o objetivo principal das organizações de saúde é propiciar uma maior rotatividade de leitos hospitalares e um menor tempo de internação e com isso, diminuição de custos.

Mas ao desospitalizar os pacientes, é necessário pensar em ações que atendam as necessidades dos pacientes e seus familiares e para tanto é necessário planejar e executar atividades coordenadas e integradas de saúde, visando à promoção da melhoria do atendimento prestado e a humanização da assistência.

Nesse sentido, a realização desse trabalho se mostra relevante para ter uma dimensão maior sobre a questão da percepção dos pacientes que utilizam dessa modalidade.

Levando em consideração a dinâmica que os serviços de atendimento domiciliar exigem, é imprescindível a utilização de instrumentos que sustentam o desenvolvimento de um serviço de maneira eficaz e efetiva, principalmente devido à rapidez com que as informações precisam estar acessíveis e úteis para uso (Silva *et al.*, 2010).

Um desafio verificado para a execução desse projeto foi o número escasso de artigos cuja temática esteja ligada especificamente a avaliação da satisfação de pacientes no atendimento domiciliar pós desospitalização.

Outro desafio são as metodologias utilizadas para avaliar o grau da satisfação tanto dos pacientes como dos seus familiares. A vulnerabilidade que muitos pacientes se encontram dificultam a captação de dados relevantes para uma conclusão eficaz nesse sentido.

Diante disso, ao realizar este projeto será possível dar maior foco para a percepção dos pacientes em relação ao processo de desospitalização e ao nível de atendimento domiciliar, ilustrando os problemas a serem resolvidos e as estratégias que podem ser utilizadas para minimizar tais problemas.



## **CAPÍTULO I – ASPECTOS RELEVANTES DO ATENDIMENTO DOMICILIAR**

O atendimento domiciliar tem sido um meio muito importante de serviço em saúde, propiciando diversas vantagens tanto para os pacientes como para as organizações hospitalares. Os próximos itens abordarão de maneira mais detalhada essas questões e variáveis.

### **1.1 Atendimento domiciliar**

O modelo hospitalocêntrico tem vivido um cenário de muitos desafios a serem enfrentados e isso tem trazido um alto custo para os cofres públicos (Cunha e Moraes, 2007). Tal modelo, em contrapartida, também não fornece a eficiência necessária para a resolução de alguns problemas, propiciando, que os pacientes, tenham uma permanência maior do que o necessário nos hospitais, ocupando leitos desnecessariamente e acarretando um custo muito alto e aumento de riscos biológicos (Feuerwerker e Merhy, 2008).

O atendimento domiciliar como um modelo de organização da assistência, tem sido justificada por apresentar diversos aspectos favoráveis, dentre os quais se destacam: diminuição nos custos hospitalares; maior humanização da assistência; aumento de produção de inovações no arranjo tecnoassistencial em saúde; melhor adesão e otimização da proposta terapêutica ao paciente (Cotta *et al.*, 2001).

A desospitalização de pessoas em internações hospitalares redundantes com alta precoce, amplia a rotatividade de leitos e minimiza as complicações advindas de internações prolongadas (Cunha e Moraes, 2007).

Outras características estão ligadas aos maiores períodos sem rehospitalizações devido a ações efetivas e eficazes com pacientes em cuidados paliativos e seus familiares, além de recomendar ações ligadas à prevenção ou tratamento de agravos oriundos de doenças incapacitantes e redução de custos ((Feuerwerker e Merhy, 2008)

### 1.1.1 Conceito

O atendimento domiciliar, também denominado de *home care* surgiu como proposta alternativa de organização dos serviços de saúde, mediante o contexto mundial ligado às mudanças tanto no quadro demográfico quanto no epidemiológico (Frimpong *et al.*, 2013).

O *Home Care* pode ser conceituado como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem desenvolvidos no domicílio do paciente. Abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional (Bajotto *et al.*, 2012). É um modelo em processo de expansão por todo Brasil e desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde (Bajotto *et al.*, 2012).

Tal iniciativa tem o respaldo de diversos aspectos, dentro os quais, salientam-se: aumento de procura dos usuários por serviços de saúde; usuários com maiores exigências no sentido de privacidade e humanização nas práticas de tratamentos; busca dos profissionais em áreas relativamente recentes de atuação e a necessidade de uma maior integração da equipe multiprofissional com o paciente, familiares e cuidadores (Delaney *et al.*, 2012).

O setor de cuidados hospitalares tem desempenhado um papel vital nos sistemas integrados de saúde, possibilitando a passagem dos cuidados agudos, aos cuidados de longo prazo e atendendo as necessidades de cuidados às condições crônicas oriundas do envelhecimento populacional.

Essa modalidade assistencial vem sendo recorrentemente indicada para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes e é defendida a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, bem como de uma presumida melhor qualidade de vida do paciente e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar (Simão, 2016).

Os objetivos aos quais se propõem esse tipo de serviço de assistência domiciliar são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares; reduzir os custos da internação hospitalar; diminuir os riscos de infecção hospitalar; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral; melhorar a

qualidade de vida do paciente; evitar reinternações; reinserir o paciente na sociedade; preservar a autonomia do paciente; estimular maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto (Viana *et al.*, 2013; Pires *et al.*, 2013).

### **1.1.2 Modalidades**

As modalidades de atendimento domiciliar são classificadas em 3 tipos, levando em consideração o grau de complexidade dos usuários assistidos. O atendimento domiciliar tipo 1 é destinado aos usuários que apresentam problemas de saúde controlados, mas que possui dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. São incluídos nesse tipo de atendimento os pacientes que precisam de cuidados de menor complexidade, tais como os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menos necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento na unidade básica de saúde (UBS) (Brasil, 2013).

O atendimento domiciliar tipo 2 é destinado aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade de locomoção física até uma unidade de saúde, mas que precisam de um cuidado médico com mais frequência, recursos de saúde e acompanhamento de maneira contínua, podendo ser vindos de diferentes serviços da rede de atenção (Brasil, 2013).

Já o atendimento domiciliar tipo 3 destina-se aos usuários que possuam os mesmos problemas descritos nos tipos 1 e 2, mas que necessitam também do uso de equipamentos e com um grau de maior complexidade em sua saúde, precisando, dessa forma, de um cuidado maior (Brasil, 2013).

O atendimento domiciliar tem também como objetivo reduzir a hospitalização desnecessária que acarreta em custos muito elevados. Por meio da desospitalização é possível minimizar os custos, atendendo os pacientes em domicílio de forma humanizada (Fripp *et al.*, 2012).

Segundo Vecina Neto e Malik (2007), o termo desospitalização está vinculado à diminuição do uso de leitos hospitalares, trazendo excelentes perspectivas no futuro da gestão hospitalar.

A alteração da terapia endovenosa para a via oral, denominada de terapia sequencial, possibilitou e tornou viável a desospitalização do usuário. Tal mudança na estratégia de administração de antibióticos é considerada eficiente para propiciar uma facilitação da desospitalização caso seja preservada a similaridade dos resultados (Vasconcelos *et al.*, 2015).

O atendimento domiciliar possibilita ainda a promoção da atenção à saúde de usuários que apresentam incapacidades, doenças crônicas, dependentes de assistência em seu domicílio, oferecendo condições para tratamento efetivo (Zem-Mascarenhas, Barros *et al.*, 2013).

Cunha e Morais (2007) salientam que na assistência domiciliar pode-se e deve-se oferecer apoio à família para proporcionar ao usuário conforto psicológico, ocasionando o estreitamento das relações afetivas e a vinculação mais estreita entre profissionais de saúde, familiares e usuário.

Com o objetivo de estimular as altas hospitalares com o prosseguimento dos cuidados no domicílio, o atendimento domiciliar diminui muito as intercorrências clínicas, principalmente devido às ações sistemáticas das equipes. Além disso, propicia a redução do risco de infecções hospitalares, principalmente em populações mais vulneráveis como idosos. É necessário destacar o papel preponderante do cuidador que vivencia com o paciente o contexto de saúde em que ele se encontra e por fim, oferece cuidados voltados a pacientes em estado terminal e que necessitam de cuidados paliativos (Brasil, 2012).

Silva *et al.* (2010) destacam que dois aspectos ligados ao atendimento domiciliar necessitam ser melhor analisadas: a diminuição dos custos através da abreviação ou substituição da internação hospitalar e a reordenação tecnoassistencial com valorização da rede substitutiva de cuidados dos usuários e as necessidades de suas famílias.

De outra forma, o atendimento domiciliar não se pode apresentar de forma contrária à possibilidade de redução de custos, e sim como dispositivo de utilização dos recursos, “[...] pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade do usuário ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente

necessita dessa modalidade de atenção” (Brasil, 2012, p.11).

No que diz respeito à inserção do atendimento domiciliar no arranjo das áreas de níveis de atenção à saúde, tendo como base a Legislação Brasileira, as ações em atendimento domiciliar são ligadas diretamente ao processo de trabalho das equipes da atenção básica, que é identificada por seu grau elevado de descentralização, devendo ser o primeiro e mais próximo ponto de atenção em saúde dos usuários (Brasil, 2012).

O atendimento domiciliar, na qualidade de um modelo assistencial em saúde faz parte da atenção básica, e precisa estar integrada às demais modalidades, propiciando o funcionamento em Redes de Atenção à Saúde (RAS) com reparabilidade e integralidade da atenção; propiciando alguns parâmetros de elegibilidade diferentes para o atendimento domiciliar e para a atenção básica, tanto em relação ao estado clínico e às necessidades em saúde, quanto em relação às ações específicas propostas (Marin *et al.*, 2010).

É preciso que sejam adotadas medidas de desospitalização para a implantação do cuidado com o treinamento e participação do cuidador, objetivando à manutenção das condições de saúde no domicílio e prevenção de internação hospitalar (Martelli *et al.*, 2011).

Para tanto, o desenvolvimento destas condutas, torna-se imprescindível a conscientização de equipes intra e extra-hospitalares acerca dos conceitos que permeiam a palição, bem como a condução eficaz deste processo no que tange a todas as esferas que gerenciam este cuidar (Olario *et al.*, 2018).

### **1.1.3 Equipes no atendimento domiciliar**

O *home care*, por vezes, é complexo e necessita de uma coordenação com variáveis frequentes e requer uma equipe multidisciplinar (médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas) especializada para que trabalhem de modo integrado, em perfeita coordenação e “timing”. Para isso, são necessários profissionais de saúde mais capacitados, pois os casos podem requerer múltiplas terapias e análises de vários e modernos procedimentos (Silva *et al.*, 2017).

A permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente é pré-estabelecida no prazo de seis, doze ou vinte e quatro horas. Também nessa modalidade de atendimento ocorre orientação ao responsável e familiares sobre o cuidado do paciente no domicílio (Frimpong *et al.*, 2013).

Silva *et al.* (2017), aborda a importância da formação e/ou capacitação desses profissionais envolvidos nesta modalidade de trabalho, que tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto familiar, o cuidador e a equipe multiprofissional.

Os profissionais devem ter um perfil especial, no qual amadurecimento, segurança e compromisso contam muito e são qualidades essenciais. Esta equipe multiprofissional é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, além do pessoal de apoio, como motoristas, técnicos administrativos, entre outros (Martelli *et al.*, 2011).

O envolvimento de todos os trabalhadores, é um dos princípios fundamentais do modelo de Gestão de Qualidade, sendo entendido como a busca do alto desempenho da organização, por meio do estímulo à colaboração e ao compromisso dos trabalhadores para atingir objetivos e metas da organização (Silva *et al.*, 2017).

A busca na qualidade dos serviços em saúde iniciou-se timidamente na área administrativa. Um dos fatores que vem contribuindo para superar esta situação é a disputa de mercado entre as instituições hospitalares, pouco evidenciada no Brasil, mas muito forte e acirrada em outros países. A partir do ano 2000, observa-se nos hospitais da região de São Paulo mudanças no padrão de atendimento e na prestação de serviços. Hoje se enfatiza a qualidade na assistência a saúde dentro do mercado competitivo (Martelli *et al.*, 2011).

A dinâmica de atuação das equipes de atendimento domiciliar possui foco maior em determinados aspectos como o acompanhamento e o trabalho em equipe multiprofissional, visitas domiciliares, ações em saúde individualizadas no domicílio, empoderamento do cuidador em relação aos cuidados com o paciente a partir de um

diagnóstico tanto clínico quanto das reais necessidades em que o paciente está inserido (Dal Bem e Gaidiznski, 2006).

O trabalho destas equipes também abrange as práticas de maneira preventiva, assistencial e educativa; versando vários aspectos, que vão desde a estabilização e/ou recuperação de agravos até a minimização de novos riscos de adoecimento (Fabricio *et al.*, 2004).

Cabe mencionar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina que o programa de atendimento domiciliar pode ser governamental ou administrado em conjunto com outras organizações não governamentais ou ser privado. Devem ser ainda previstos nesse programa: o planejamento da assistência a ser prestada, a educação ou treinamento dos funcionários ou trabalhadores e o controle da garantia de qualidade (OMS, 2002).

O Home Care também tem sido responsável pelo cuidado paliativo de pacientes. A definição de cuidados paliativos, conforme a OMS, integra alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento de pacientes que sofrem de doenças crônico-degenerativas e/ou que estão em fase terminal, na perspectiva de promover conforto e bem-estar (Pessini; Bertachini, 2006).

Esse tipo de assistência é caracterizado não só pelos cuidados prestados ao paciente enfermo, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, mas também, aos seus familiares (Silva e Sudigursky, 2008).

Os cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar uma melhor qualidade de vida, oferecendo condições que viabilizem e incentivem o paciente a viver o final de sua vida de forma produtiva, útil e que seja gratificante para o mesmo (Pessini e Bertachini, 2006).

Tais cuidados estão voltados à reabilitação física, mental e ao apoio profissional diante das limitações psicológicas, sociais e espirituais do paciente. Portanto, a assistência deve ser prestada por uma equipe multiprofissional de saúde, garantindo, desta forma, uma assistência integral e humanizada (Silva e Sudigursky, 2008).

Apesar dos cuidados paliativos terem sido eleitos pela OMS como uma prioridade há mais de uma década, a sua definição como área de atuação para diversas especialidades médicas brasileiras (geriatria, oncologia, clínica médica, pediatria, entre outros), tem sido pouco discutida. Conseqüentemente, tais profissionais sentem a falta desse treinamento, mantendo sua atuação no extremo da medicina curativa mesmo naqueles casos onde essa prática mostra-se ineficaz; por desconhecimento, ainda hoje, alguns médicos questionam o amparo ético e legal de prover cuidados paliativos e limitação de tratamento em pacientes em fase final de doença (Piva *et al.*, 2012).

Além da equipe médica, o cuidado paliativo envolve em sua abordagem a necessidade de uma equipe multidisciplinar, integrando várias especialidades já que este tipo de cuidado tem por objetivo identificar e dirimir os problemas relacionados à internação, na esfera física, psicológica, espiritual e/ou social do paciente em busca de melhor qualidade de vida (Piva *et al.*, 2012).

O cuidado paliativo (CP) no Brasil ainda constitui uma modalidade emergente de assistência em terminalidade de vida. O cuidado paliativo consiste em práticas direcionadas ao paciente, excluindo a ideia curativista (Nelson *et al.*, 2011).

Nesse estágio, entende-se que a doença está instalada, progressiva, irreversível e não responsiva ao tratamento estabelecido. Com isso, os profissionais devem propiciar uma assistência adequada e integral, visando à qualidade e ao conforto nos momentos finais de vida (Dev, 2015).

A mudança do paradigma entre a cura e o cuidado paliativo é um processo que depende dos profissionais atuantes na área e das instituições acadêmicas, bem como do conhecimento profissional para essa interface do cuidado. Necessita, portanto, ser uma prática alicerçada na capacitação profissional regida por princípios científicos realizados (Kelley e Morrison, 2015).

A Organização Mundial da Saúde concluiu que apenas 14% dos pacientes em todo o mundo que necessitam de cuidados paliativos recebem este tipo de atenção (Kelley e Morrison, 2015).

Muitos deles são tratados na UTI. Em razão da ampla disponibilidade de tecnologias



para suporte de vida nas UTI, a coexistência de cuidados paliativos na UTI é um desafio. Assim, a terapia intensiva atual deve ser equilibrada entre medidas paliativas e curativas em condições críticas (Nelson *et al.*, 2011; Cook e Rocker, 2014).

Além disto, a finalidade primária da UTI não deve ser apenas promover tratamento agressivo; ela deve também ajudar pacientes e familiares a tomarem decisões sábias, no que se refere ao final da vida (Searight *et al.*, 2005; Rothman, 2014).

Assim, é obrigatório que os intensivistas recebam treinamento para cumprirem este papel, que é atual e fundamental (Moritz *et al.*, 2008; Soares *et al.*, 2011).

A presença de um serviço de cuidados paliativos é elemento para acreditação adotado como necessário pela American College of Surgeons Commission on Cancer e utilizada para a escolha dos melhores centros médicos nos Estados Unidos (Dadalto *et al.*, 2013).

Os cuidados paliativos dão suporte aos pacientes e familiares, podendo proporcionar um ambiente mais confortável, a melhor cura e maior conscientização a respeito da terminalidade da vida (Clary e Lawson, 2009).

No Brasil, a legislação e os códigos de ética foram recentemente alterados. A constituição brasileira declara que a dignidade humana na morte é um direito primário, o que se alinha com a retirada do suporte de vida. A interpretação da lei assume que ninguém, mesmo em uma situação que ameace a vida, pode ser forçado a aceitar um tratamento médico ou cirurgia (Dadalto *et al.*, 2013).

A resolução número 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dá suporte à suspensão de tratamentos fúteis para doença terminal incurável, se aceita pelo paciente ou por seu representante legal. A diretiva antecipada de vontade (resolução 1.995/2012 do CFM) é um documento legal e ético que permite aos profissionais de saúde respeitar a vontade de uma determinada pessoa. Este documento permite que alguém faça suas próprias escolhas com relação a futuros tratamentos, como de receber ou recusar um tratamento, caso se encontre incapacitado de comunicar-se ou expressar sua vontade.

Este tópico tem despertado atenção da comunidade médica brasileira, e foram publicados diversos artigos nacionais e internacionais a respeito de cuidados paliativos e

doença terminal na UTI (Costa Filho *et al.*, 2008; Forte, 2012)

## **1.2 A gestão de qualidade no atendimento domiciliar**

A gestão de qualidade no atendimento domiciliar é muito importante para atender às necessidades dos pacientes atendidos. Nesse sentido, é muito importante o estabelecimento de um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, visto que a medida que o setor cresce e novas tecnologias e processos são agregados às práticas gerenciais e assistenciais das empresas. Um dos sistemas mais conhecidos é o da Acreditação que busca a implementação de um modelo voltado para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

A qualidade e a segurança dos pacientes são de responsabilidade de todos os profissionais, inclusive da equipe de enfermagem, que tem papel fundamental na prevenção da ocorrência de eventos adversos.

Normalmente as equipes são formadas por profissionais com pouco tempo de formação e pouco tempo de trabalho em sistema de atendimento domiciliar, o que pode trazer preocupação frente aos aspectos de segurança. Tal fato requer atenção das lideranças para implementação de programas de educação permanente, no sentido de subsidiar o desenvolvimento de competências no atendimento específico e individualizado a esses pacientes, prevenção de acidentes e gerenciamento dos riscos, considerando as especificidades da área (Fripp *et al.*, 2012).

A falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica tem sido uma forte razão para a ocorrência de eventos adversos, sugerindo que o bom cuidado à saúde é dependente de uma comunicação acurada e eficaz entre os profissionais (Morsch e Bordin, 2009).

Essa afirmativa é confirmada pelos dados do relatório de eventos de um programa americano de acreditação, em que foram registrados 843 eventos e, na análise de causa raiz, os problemas de comunicação foram apontados em 533 (63,2%) ocorrências (Fripp *et al.*, 2012).

Algumas práticas são primordiais nas organizações acreditadas, e as ações têm como

objetivo essencial a mitigação de riscos, contribuindo, dessa forma para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços oferecidos no serviço domiciliar. Essas práticas estão ilustradas na tabela 1:

Tabela 1 – Práticas de acreditação

<b>Prática</b>	<b>Detalhamento</b>
Cultura da segurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Prestação de contas para a qualidade;</li> <li>b) Divulgação e publicação dos eventos adversos;</li> <li>c) Relatórios trimestrais de segurança do paciente;</li> <li>d) Análise prospectiva relacionada à segurança do Paciente;</li> </ul>
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) função do paciente e da família quanto à segurança;</li> <li>b) Relação sobre o que não fazer;</li> <li>c) Transferência de informação à família e paciente;</li> <li>d) Estabelecimento da medicação como uma prioridade estratégica;</li> <li>e) Lista de verificação segura;</li> <li>d) Dois identificadores de pacientes.</li> </ul>
Uso de Medicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Gestão de antibióticos;</li> <li>b) Medicações de alto risco;</li> <li>c) Segurança acerca de narcóticos;</li> <li>d) Treinamento em processos de infusão.</li> </ul>
Força de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fluxo de clientes;</li> <li>b) Segurança do paciente (educação e treinamento);</li> <li>c) Plano de segurança do paciente;</li> <li>d) Programa de manutenção preventiva;</li> <li>e) Prevenção de violência no local de trabalho.</li> </ul>
Controle de infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conformidade para higienização das mãos;</li> <li>b) Educação e treinamento para higienização das mãos;</li> <li>c) Taxa de infecção</li> </ul>
Controle de infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conformidade para higienização das mãos;</li> <li>b) Educação e treinamento para higienização das mãos;</li> <li>c) Taxa de infecção.</li> </ul>
Avaliação de Riscos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Estratégia para prevenção de falhas;</li> <li>b) Avaliação dos riscos do nível de segurança;</li> <li>c) Prevenção de úlceras de pressão;</li> <li>d) Cuidados com a pele e feridas;</li> <li>e) Prevenção contra suicídios;</li> <li>f) Prevenção de trombose venosa profunda.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Accreditation Canada, 2019

A Associação Canadense de Home Care juntamente com a entidade *Accreditation Canada* estabeleceram algumas dimensões de qualidade necessárias para avaliação da qualidade dos serviços de assistência domiciliar em empresas acreditadas. A tabela 2 ilustra as dimensões de qualidade e sua respectiva definição.

Tabela 2 – Dimensões de qualidade e respectivas definições

<b>Dimensão de Qualidade</b>	<b>Definição</b>
Acessibilidade	Estar disponível de acordo com a necessidade do paciente, prestando os cuidados de maneira confiável, consistente, pessoal e justa
Serviços Centrados no Paciente	Colocar o paciente e família em primeiro lugar, respeitando a privacidade, dignidade e autoestima, autonomia e independência
Continuidade dos Serviços	Promover uma experiência coordenada e serviços integrados
Eficácia	Fazer a coisa certa para alcançar os melhores resultados possíveis
Eficiência	Fazer o melhor uso dos recursos
Foco na produção	Trabalhar com comunidades para antecipar e satisfazer as necessidades
Segurança	Manter os pacientes seguros
Saúde no Trabalho	Apoiar o bem estar no ambiente de trabalho

Fonte: Adaptado de Accreditation Canada, 2019

Cabe destacar que o sistema de qualidade é um processo voluntário de escolha exclusiva da própria organização de saúde ou empresa de atendimento domiciliar em saúde. No Brasil já existem empresas de home care certificadas e em busca certificados de

acreditação ou de outros sistemas de qualidade. É uma prática que tem como objetivo primordial a qualidade dos serviços oferecidos ao paciente.

Para compreender melhor duas dimensões supramencionadas e que são de grande relevância, os próximos itens abordarão com maior detalhamento a eficácia e a eficiência no serviço de home care.

### **1.2.1 Eficácia**

Fabricio *et al.* (2004) analisaram um banco de dados com o intuito de transmitir a experiência do serviço de assistência domiciliar do Hospital São Francisco (HSF), de Ribeirão Preto. Para tanto, apresentaram os resultados de 12 meses de atividades (período de setembro de 2001 a agosto de 2002). No decorrer do período estudado, o setor não teve nenhuma notificação do serviço de atendimento ao cliente (SAC), referente a reclamações sobre o trabalho, fato que pode ser considerado um indicativo de satisfação dos clientes atendidos com relação ao atendimento.

Soerensen *et al.* (2004) realizaram um estudo de caso sobre a implantação de um serviço de Atendimento Domiciliar em um hospital de Ribeirão Preto, buscando identificar como funciona e por que este tipo de assistência tem sido implantado pelo serviço privado de saúde. Para tanto entrevistaram a coordenadora de enfermagem e o gerente administrativo, responsáveis pelo funcionamento do serviço. Os autores verificaram que o Atendimento Domiciliar gera pontos positivos e relevantes desta prática. Diante disso, pode-se afirmar que várias metas do serviço foram alcançadas quase que imediatamente, o que nos leva a acreditar cada vez mais na importância do Atendimento Domiciliar, uma vez que este tipo de assistência beneficia a todos, tanto para os que prestam a assistência quanto para os que recebem os cuidados.

Gaioso *et al.* (2007) avaliaram a aceitabilidade dos usuários quanto a assistência domiciliar em Ribeirão Preto - SP, Brasil. Para tanto, entrevistaram 171 usuários desse serviço e verificaram que foi apontada satisfação nas relações marcadas por afetividade e atenção, aspectos diferenciais na atenção à saúde. A insatisfação se volta com relação à ambiência, tempo de espera alto para consultas, acessibilidade organizacional, prejudicando longitudinalidade e continuidade da assistência.

Kerber *et al.* (2008) realizaram um estudo com o intuito de analisar o vínculo entre trabalhadores e usuários de um serviço de atenção domiciliar a idosos, assim como o nível de satisfação destes em relação à assistência às suas necessidades. Para tanto, realizaram entrevistas com 22 trabalhadores, cinco gestores e sete usuários e observação do trabalho em atenção domiciliar a idosos do sul do Brasil. Os dados foram analisados a partir da compreensão da atenção domiciliar como substrato histórico e dialético do trabalho em saúde. Como um dos aspectos da valorização do usuário no sistema de saúde, é imprescindível de levar em consideração a opinião sobre os serviços que lhes são ofertados e a avaliação de seu nível de satisfação diante dos mesmos. No entanto, na unidade de saúde em estudo, foi verificado que não há um processo de avaliação do nível de satisfação dos usuários assistidos pelo serviço de atenção domiciliar. Ao mesmo tempo em que há a constatação de que não existem momentos formais de avaliação do nível de satisfação dos usuários, percebe-se que a mesma não apresenta um significado de descaso com a clientela do serviço. Parece que há uma percepção positiva da atenção dispensada pelos trabalhadores aos usuários, que é relacionada à forma de tratamento estabelecida entre pacientes/ familiares e trabalhadores e à forma com que os trabalhadores são recebidos no ambiente domiciliar. Consideram que a população se mostra satisfeita com a assistência, a partir do momento que expressam essa satisfação por meio de gestos de carinho, de atenção, de sorrisos, de uma recepção cordial e alegre no espaço familiar e doméstico. Julgam que a relação interpessoal é tão forte que, no momento em que surgirem dúvidas, problemas e não satisfação com alguma situação, haverá a procura espontânea pela figura de um dos trabalhadores no intuito de evidenciá-la e solicitar sua resolução.

Morsch e Bordin (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a satisfação de usuários do Programa de Assistência Domiciliar em Hospital situado no sul do Brasil. Para tanto, entrevistaram 56 usuários desse programa, sendo 15 pacientes e 41 cuidadores, apontando para o fato de que a maioria dos pacientes que estão inseridos nessa modalidade de atendimento são totalmente dependentes de outras pessoas para a realização das atividades diárias, pois estão acamadas. Os resultados no que diz respeito às questões referentes à assistência domiciliar e ao desempenho da equipe demonstraram satisfação dos usuários em quase todas as afirmações, não tendo sido verificada diferença estatística entre os grupos analisados. Entretanto, foram observadas

necessidades apresentadas tanto por parte dos pacientes quanto dos cuidadores que é a urgência da ampliação da equipe de assistência domiciliar com uma equipe mais engajada nesse tipo de atendimento.

Rosa *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa em uma unidade de referência especializada no atendimento ao portador de HIV/AIDS no Estado do Pará, buscando identificar os fatores ambientais e psicossociais que podem influenciar no nível de satisfação profissional de uma equipe de Atendimento Domiciliar Terapêutico e conhecer as estratégias utilizadas pela equipe para a promoção da sua satisfação profissional. Para tanto, contaram com uma amostra de 9 profissionais da equipe de Atendimento Domiciliar Terapêutico. Os autores verificaram que há um equilíbrio entre satisfação e insatisfação dos profissionais, bem como uma diversidade de fatores ambientais e psicossociais que influenciam o nível de satisfação dos profissionais. Nesse sentido, detectou-se que é necessária a adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde da equipe.

Nery *et al.* (2018) buscaram identificar características dos serviços de atenção domiciliar brasileiros. Para tanto, realizaram uma revisão integrativa e verificaram que a atenção domiciliar é um eficaz meio de desospitalização e redução de custo e humanização do cuidado, porém, de acesso escasso aos usuários da rede pública de saúde. Os autores concluíram que a atenção domiciliar tem se mostrado como uma modalidade em expansão na assistência à saúde brasileira, privada e pública, que apresenta alternativa para o enfrentamento dos desafios propostos associados, especialmente, ao processo de envelhecimento populacional, à prevalência das doenças crônicas e às necessidades de institucionalização prolongada.

### **1.2.2 Eficiência**

É inegável que o atendimento domiciliar pós desospitalização é um modelo bom, entretanto, poucos são os estudos que buscam avaliar o grau de satisfação desse modelo. Nesse sentido, a incorporação do usuário de serviços de saúde na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (Trad *et al.*, 2001; Rodriguez, 2013).

Cabe destacar que, embora não haja consenso no que diz respeito a metodologia utilizada para mensurar o grau de satisfação do usuário, a forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativas e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos. Deste modo, o que se mede, muitas vezes, não é a satisfação propriamente dita, mas a percepção dos serviços e a expectativa prévia dos usuários (Vaitsman, 2003).

Aspinal *et al.* (2003) pontuam alguns limites nos métodos qualitativos. Para estes autores, entrevistas face a face costumam inibir a honestidade de pacientes e familiares por medo de sofrer represálias, além de consumir bastante tempo para que se estabeleça um vínculo entre pesquisador e usuários, sendo cansativo para pacientes debilitados.

Silva *et al.* (2017) analisaram o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares. Participaram do estudo 24 profissionais de saúde e 15 familiares de usuários em processo de desospitalização. O estudo possibilitou a compreensão da perspectiva da instituição e organização da família para o processo de desospitalização. Os autores concluíram que ainda são observadas fragilidades no processo que envolve questões de implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade após a desospitalização. Dessa forma, as estratégias utilizadas para a desospitalização têm sido insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio.

A combinação de várias técnicas de mensuração de satisfação dos usuários de serviços de saúde, mais precisamente no atendimento domiciliar, se mostra como uma estratégia bastante oportuna para dar conta da complexidade da satisfação e evitar reducionismos presentes em cada método (Espiridião e Trad, 2005).

Para alcançar a meta da continuidade da assistência, os profissionais de saúde necessitam se desprender do padrão de cuidado isolado, renovando o método de trabalho e adotando, o trabalho em equipe interdisciplinar, com uma visão de totalidade do ser humano, de forma que maneira que o paciente seja percebido como um todo (Marin *et al.*, 2010).



Nesse sentido, os profissionais que fazem o atendimento domiciliar necessitam sempre aprimorar seus conhecimentos e práticas. Os profissionais de enfermagem são o que tem mais acesso aos pacientes em atendimento domiciliar e estes devem assumir a responsabilidade de atender às necessidades de cuidados de enfermagem nos níveis preventivo, curativo e de manutenção da saúde dos pacientes, suas famílias e pessoas significativas. Este é um papel que o enfermeiro realiza por meio da utilização do processo de enfermagem, que é a base de toda prática de enfermagem. (Smeltzer e Bare, 2008).

Os cuidados de enfermagem ao paciente em atendimento domiciliar precisam ser individualizados, uma vez que cada pessoa tende a reagir de forma diferente à doença. Nesse sentido, os enfermeiros precisam buscar a promoção de uma maior aproximação com esse paciente, alcançado através de uma maior comunicação que possibilite a identificação das necessidades dos pacientes, proporcionando, assim, uma maior qualidade de vida para os mesmos (Peterson e Carvalho, 2010).

A importância do relacionamento paciente e equipe de enfermagem e família, no processo de cuidar, inclui a maneira como é abordado o assunto, a abertura que é dada ao paciente e a sua família para que assim se possa conversar sobre o seu sofrimento, sentimentos, dúvidas, recuperação (Pedro e Funghetto, 2005).

O idoso precisa de ajuda da enfermagem na identificação de seus problemas para que possa enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções para eles (Pedro e Funghetto, 2005).

O processo de assistir e o cuidado ao paciente idoso em atendimento domiciliar é uma área específica da enfermagem. A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano. Cuidado é entendido como ir ao encontro, dar sentido à existência, buscar transpor a realidade do sofrimento e da dor, mediante formas criativas e efetivas e vislumbrando novos horizontes de cuidado. Desta maneira, o cuidar na enfermagem se traduz em uma dinâmica de troca e interação, alicerçada na confiança, respeito, ética e na experiência compartilhada de vida. Compete à equipe de enfermagem hospitalar, além das atribuições de cunho técnico e assistencial,

atividades de caráter educativo, relativas à prevenção, detecção precoce, cuidados e reabilitação, envolvendo equipe, paciente e familiares (Stumm *et al.*, 2008).

Os enfermeiros têm uma responsabilidade muito grande na coordenação dos procedimentos a serem adotados pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente domiciliar. Entretanto, nem sempre estão preparados para isso, principalmente quando o paciente se encontra no domicílio.

### **1.2.3 Instrumentos**

Antes de mencionar os instrumentos existentes para mensuração da qualidade dos serviços prestados, cabe ilustrar as questões voltadas para a dificuldade de se mensurar a qualidade de serviços.

A avaliação de um serviço é mais difícil do que avaliar um produto, visto que o produto é tangível e pode-se detectar seus defeitos, averiguar seu funcionamento e comparar sua durabilidade. Os serviços de saúde são intangíveis e ao mesmo tempo heterogêneo, sendo julgados pelo desempenho e pela experiência de quem os utiliza, com possibilidade de interpretação e julgamentos diferentes, de acordo com o prestador e o usuário. Além da intangibilidade, os serviços apresentam outras três características que afetam a elaboração dos programas: inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade (Tad *et al.*, 2001).

O atendimento domiciliar abrange algumas ações regulares, articuladas e sistematizadas. Tal atendimento é baseado na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde. É voltada ao acompanhamento de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diárias (Tad *et al.*, 2001).

Outros critérios ligados à média complexidade assistencial também fazem parte do atendimento domiciliar. Sua atuação está baseada nos fundamentos de abordagem integral à família e no seu consentimento, na participação do usuário e na existência obrigatória do cuidador. Essa modalidade de atendimento é desenvolvida através de trabalho multidisciplinar com uso de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, além de pressupor a interdisciplinaridade e o estímulo à criação de redes de

apoio social (Silva *et al.*, 2017).

No que diz respeito aos critérios de elegibilidade para o atendimento domiciliar, é importante a coleta de informações relevantes para o processo de admissão no serviço. Alguns dados importantes são: estabilidade clínica do paciente; necessidades de cuidados paliativos; demanda por procedimentos de maior complexidade. Além disso, é necessário avaliar se o usuário e o cuidador conseguem adaptar-se ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; uso de suporte ventilatório não invasivo; dentre outros aspectos de inclusão (Brasil, 2013).

Visando o estabelecimento dos critérios de inclusão no atendimento domiciliar, é utilizada uma avaliação de complexidade assistencial, além dos requisitos de classificação estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através de duas escalas: (1) Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (Apêndice C) e (2) Escala adaptada do grau de dependência utilizada pelo Programa de Assistência e Internação Domiciliar de Cascavel, Paraná (Apêndice D) (Brasil, 2008).

Tais instrumentos buscam avaliar as categorias divididas em grau de dependência para a realização de atividades de vida diárias, atividades domiciliares como monitorização e controle clínico multiprofissional; procedimentos de enfermagem; investigações laboratoriais; mobilização e posicionamento; reabilitação; suporte e cuidados aos familiares, cuidadores e paciente (Machado *et al.*, 2005).

O processo de trabalho é multidisciplinar, sendo os casos avaliados e discutidos pela mesma. Após a identificação dos pacientes elegíveis e classificada sua modalidade de atendimento domiciliar, é então elaborado um plano de cuidados terapêuticos individualizado com as condutas propostas, serviços ou equipamentos que precisam ser acionados, a periodicidade de visitas e o papel de cada membro da equipe (BRASIL, 2012). Tais ações devem ser integradas, dinâmicas, flexíveis e adaptadas ao domicílio com a participação ativa da família (Silva *et al.*, 2010).

Para a avaliação e o monitoramento do atendimento domiciliar ainda são escassas as informações disponíveis no Brasil, com ausência de parâmetros e indicadores pactuados

para o acompanhamento, além de não haver instrumentos padronizados. Estes instrumentos poderiam dar suporte à formulação de políticas, ao processo de tomada de decisões, à formação dos sujeitos envolvidos, bem como as alternativas de controle de gastos na saúde, permitindo a avaliação adequada dos serviços e das respostas às suas premissas (Vaistsman *et al.*, 2003).

Levando em consideração a necessidade de organização do registro e da análise das informações, a adequação de alguns dos sistemas já existentes de informação em saúde e a institucionalização do monitoramento e avaliação na atenção domiciliar, são necessárias mudanças com vistas à padronização de informações e o estabelecimento de indicadores e parâmetros para esta modalidade de atenção (Brasil, 2012).

O estabelecimento de uma sistematização para a busca dessas informações possui fundamental importância para o processo de trabalho das equipes do atendimento domiciliar, visto que irá propiciar a apropriação dos dados coletados e a discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente no trabalho das equipes. Permitirá também mostrar fragilidades e potencialidades da rede e o cuidado em atendimento domiciliar, além de permitir planejamento de ações mais adequadas frente às necessidades do usuário (Esperidião e Trad, 2005).

Esses dados, por sua vez, possuem valor de uso para todos os envolvidos. Para os gestores, são importantes na tomada de decisões para a análise da efetividade sobre o impacto causado e na prestação de contas. Para as equipes são essenciais para a avaliação do trabalho no que se refere a resolutividade, abrangência, integração da equipe, integração com as equipes; além disso contribui para o levantamento do perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários, qualificando o serviço e possível reconhecimento da necessidade de aperfeiçoamento teórico-prático das equipes (Brasil, 2012).

Vidal *et al* (2008) destacam que os usuários desospitalizados estão mais realizados e felizes quando residem na comunidade do que em hospitais. Por outro lado, Machado *et al.* (2005) consideram que o hospital, na perspectiva de alguns usuários, é entendido como lugar que garante proteção. E que a proteção é apreendida de diversas formas e se traduz nas condições físicas que a instituição oferece aos usuários.

Thumé *et al.* (2016) apresentaram uma proposta de indicadores para o monitoramento e avaliação dos cuidados aos idosos no atendimento domiciliar. De acordo com os autores, os serviços com um nível de qualidade auxiliam na recuperação da independência e a manutenção do idoso na comunidade reduzindo o custo em saúde ao prevenir institucionalizações.

No início do acompanhamento é necessário avaliar as condições do ambiente domiciliar, de saúde dos indivíduos e as comorbidades, de modo a auxiliar no planejamento do cuidado e o estabelecimento de parâmetros para próximas avaliações. A avaliação ampliada inclui diferentes facetas da saúde do indivíduo e sua família, entre elas, o estado psicológico, funcional, o conhecimento relacionado com cuidados em saúde, a satisfação com o cuidado recebido, a aceitação e a participação do usuário na produção do cuidado. Thumé *et al.* (2016), os autores concluíram que o debate sobre quais os melhores instrumentos e indicadores para monitorar a qualidade na assistência domiciliar necessita de uma abordagem maximizada, incluindo os aspectos da estrutura dos serviços, do processo de trabalho e dos resultados. Esta necessidade é premente diante da expansão e consolidação da estratégia de saúde da família e da política de atenção domiciliar.

Um instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos idosos que recebem cuidados de saúde domiciliar é o WHOQOL-100 que é um questionário validado pela OMS que fornece informações para o dimensionamento da qualidade de vida do indivíduo. Esse instrumento permite que sejam feitas análises de dados que possibilitam a identificação dos grupos de interesse, os expostos, os não-expostos, os portadores de doenças e os sadios. Esse instrumento avalia a qualidade de vida, é composto por 100 questões que abrangem seis domínios: físico, independência, psicológico, social, ambiental e espiritual (Martins *et al.*, 2009).

No caso específico da qualidade em serviços, diversos autores afirmam que é o cliente quem julga a qualidade do serviço recebido, o qual deve participar nas discussões sobre sua avaliação (Zeithaml *et al.*, 1990; Grönroos, 1993; Garvin, 1992). Em consequência, uma das formas mais difundidas para a medição da qualidade em serviços é através da captação e análise das percepções de seus usuários/clientes sobre o serviço prestado.

A mensuração da qualidade dos serviços prestados é muito importante. Nesse sentido, ao longo do tempo, alguns pesquisadores têm dedicado esforços nesta área, com o objetivo de desenvolver técnicas de medição.

Considerando-se que a qualidade de um serviço pode ser analisada a partir da percepção de seus usuários, observa-se que a Mensuração da Qualidade em Serviços pode ser realizada por meio da captação da percepção dos usuários sobre critérios levantados baseada nas dimensões que envolvem o Ciclo de Serviço. Ao longo dos anos, alguns estudiosos têm trabalhado buscando identificar essas dimensões e desenvolver técnicas e modelos para realizar tal medição. Dentre os modelos existentes, destacam-se o modelo SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1985; Parasuraman *et al.*, 1990) e o modelo SERVPERF (Cronin e Taylor, 1992), que são os mais referenciados na literatura.

Resumidamente, o modelo SERVPERF avalia a Qualidade dos Serviços (Q) considerando apenas a percepção dos usuários acerca do desempenho (Performance) do serviço, ou seja:  $Q = P$ . Por outro lado, o modelo SERVQUAL mensura a Qualidade do Serviço (Q) a partir da diferença entre as percepções do desempenho (Performance) do serviço e as expectativas (E) acerca do serviço:  $Q = P - E$ . Apesar de intensamente difundido no meio acadêmico e corporativo, o modelo SERVQUAL têm sido criticado por diversos pesquisadores (Carman, 1990; Cronin; Taylor, 1992; Babakus; Boller, 1992; Brown *et al.*, 1993; Teas, 1993; Lee *et al.*, 2000). No entanto, a apresentação dos argumentos de tais pesquisadores e suas considerações não faz parte do escopo deste trabalho.

O estudo de Lee *et al.* (2000), assinala que o modelo SERVPERF retrata melhor a qualidade de serviços que o modelo SERVQUAL (Miguel; Salomi, 2004, p. 29). No entanto, no entender desses autores, ainda não é possível ser conclusivo sob esse aspecto. Johnston e Clark (2002) e Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) afirmaram que o SERVQUAL é um dos instrumentos mais conhecidos para avaliar a qualidade do serviço.

Parasuraman *et al.* (1991) chamaram a atenção sobre a periodicidade de pesquisas sobre qualidade de serviços: o SERVQUAL deve ser usado periodicamente e em conjunto com outras formas quantitativas e qualitativas de medição da qualidade de serviços.

Quanto à sua aplicabilidade, a escala SERVQUAL é utilizada para medir a qualidade de serviço em vários setores, assim como serve de base em estudos publicados sobre esse tema.

Karatepe *et al.* (2005) sugeriram a existência de alguns aspectos, potencialmente universais, na prestação de serviço. Em vista disso, tais autores afirmaram que não há a necessidade de se desenvolver metodologias específicas para avaliação da qualidade em diferentes setores de serviço, uma vez que a Escala SERVQUAL pode ser adaptada a diferentes contextos. O que se deve utilizar são diferentes ferramentas para a análise da Escala SERVQUAL. Por exemplo, a maioria dos trabalhos utiliza apenas estatística descritiva para analisar os dados provenientes da Escala, a qual não reflete o inter-relacionamento das variáveis. Nesta pesquisa, empregaram-se métodos multivariados que possibilitaram uma visão global dos entrevistados nos diversos quesitos, levando em consideração a correlação entre as variáveis, o que também é um diferencial apresentado. As técnicas multivariadas estão amplamente discutidas em Mingoti (2005), Hair *et al.* (2005), Souza e Vicini (2005), Malhotra (2001), Pereira (2001), Khattree e Naik (2000).

Segundo os estudos de Parasuraman *et al.* (1991) há dez critérios avaliativos nos quais o usuário pode se apropriar, independente do serviço investigado, a saber: *tangibilidade*: aparência física das instalações, equipamentos, quadro de trabalhadores e materiais normativos; *confiabilidade*: capacidade de realizar o serviço prometido de forma confiável e precisa; *responsividade*: capacidade para ajudar os usuários com prontidão; *competência*: apropriação das habilidades requeridas e conhecimento para realizar serviços; *cordialidade*: polidez, respeito, consideração e amistosidade dos trabalhadores; *credibilidade*: confiança, verdade e honestidade; *segurança*: ausência de perigo, risco ou dúvidas; *acessibilidade*: proximidade e contato empático; *comunicação*: manter os usuários informados numa linguagem adequada e *compreensão*: esforçar-se para entender o usuário e suas necessidades.

Do resultado das análises como um todo foi verificado que existe um conjunto de discrepâncias-chave ou *gaps*, consistindo nas diferenças entre as expectativas dos usuários e o que é realmente oferecido. Essas lacunas podem ser o principal obstáculo

para que os usuários percebam a prestação desses serviços como sendo de alta qualidade (Parasuraman *et al.* , 1991).

Quando as percepções são maiores que as expectativas, os gaps serão estreitos e os níveis de satisfação elevados, considerando-se o serviço de excelente qualidade. Destacam-se cinco gaps corporativos que usualmente são encontrados entre as expectativas e as percepções dos usuários (Parasuraman et al, 1991; Marshall, Murdoch, 2001). Os referidos gaps e suas definições estão ilustrados na tabela 3.

Tabela 3 – Gaps e suas definições

	<b>Definição</b>	<b>Problema verificado</b>
Gap 1	Dizem respeito às expectativas dos consumidores e à percepção da gerência com relação a elas	Não conhecer o que os usuários esperam receber
Gap 2	está nas especificações da qualidade dos serviços definidas pela tradução das percepções que a gerência tem das expectativas dos usuários	Não selecionar o projeto certo do serviço e os padrões estabelecidos
Gap 3	diz respeito ao desempenho real da prestação do serviço frente às especificações previamente estabelecidas	Não entregar o serviço padrão
Gap 4	relaciona o serviço realmente fornecido e as comunicações externas (especificações do serviço anunciadas na mídia ou outros canais de comunicação)	Não casar desempenho com promessas
Gap 5	foi estabelecida como uma função das quatro lacunas anteriores, isto é, $gap\ 5 = f [gap\ 1, gap\ 2, gap\ 3, gap\ 4]$ .	$f [gap\ 1, gap\ 2, gap\ 3, gap\ 4]$ .

Fonte: Adaptado de Marshall e Murdoch, 2001

A figura 1 ilustra o modelo Gap de Qualidade de serviços.



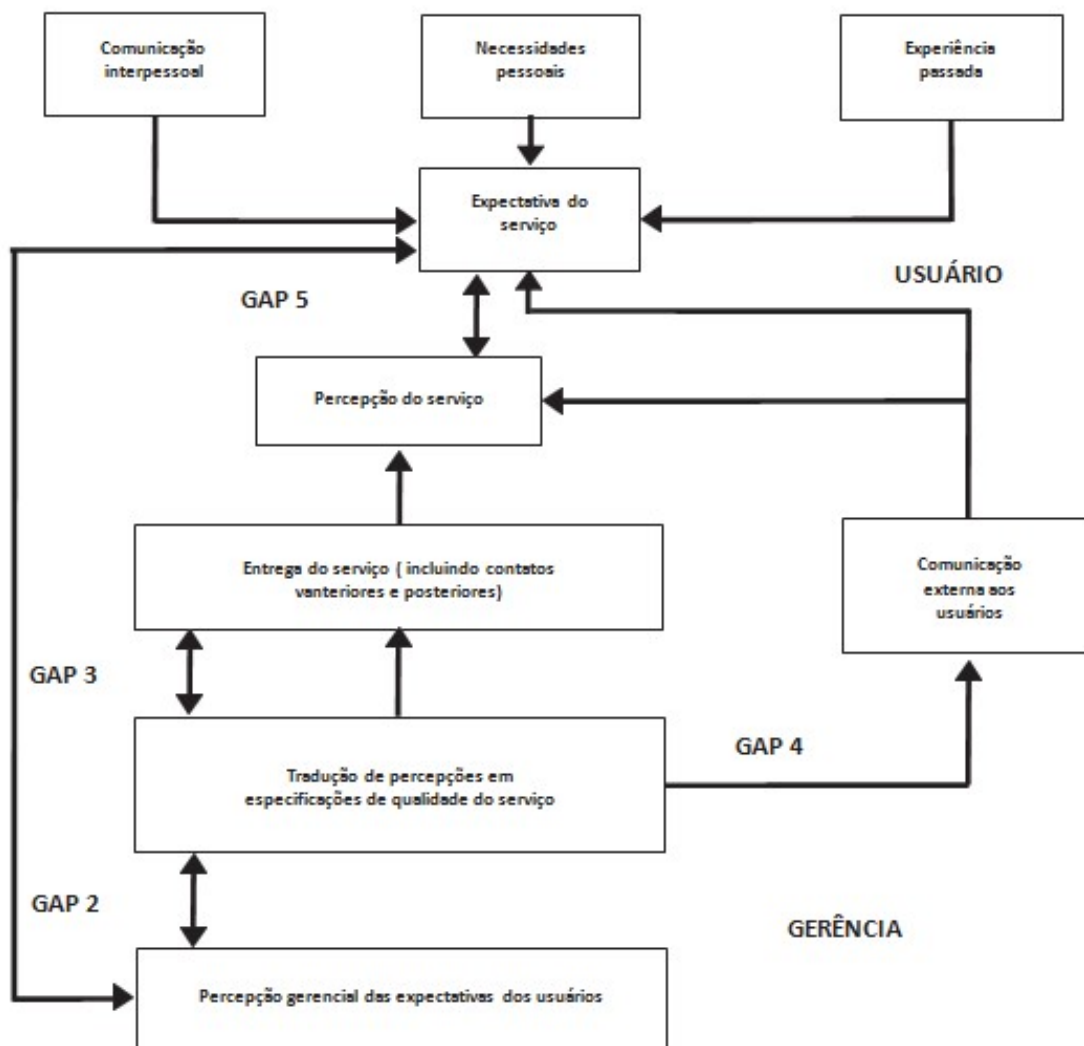


Figura1 - Modelo GAP da Qualidade dos Serviços  
 Fonte: Marshall e Murdoch, 2001

A escala SERVQUAL foi validada no Brasil, envolvendo tanto os dados sociodemográficos como a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido e tomando como base as cinco dimensões, sendo as variáveis pesquisadas agrupadas em 35 atributos do atendimento.

Diante dos pontos levantados anteriormente, destaca-se, novamente, a importância de avaliações periódicas sobre a qualidade dos serviços prestados. Avaliações isoladas podem produzir resultados não condizentes com a realidade do serviço oferecido, em função das muitas limitações e variáveis inerentes à mensuração da qualidade em saúde.

Nesse trabalho, optou-se pelo uso do modelo SERVQUAL, como melhor explicado no próximo item.

## **CAPÍTULO II - MÉTODO**

### **2.1. Metodologia**

Esta pesquisa é descritiva e de caráter qualitativo. Foi realizado um estudo de caso na empresa Pro Life Home Care. O método de estudo de caso é utilizado quando pretende-se compreender um fenômeno em profundidade, considerando o contexto envolvido. Já o estudo de caso único é adotado quando se pretende fazer uma análise mais específica de determinada característica ou particularidade (Yin, 2015).

### **2.2. Técnicas de Coleta de Dados**

A pesquisa preliminarmente contou com um levantamento bibliográfico, onde serão analisados artigos científicos. Para a busca de artigos foi utilizada a associação dos termos “*Healthcare*”; “*Home Care*”; “*Satisfaction Level*”. As buscas foram realizadas nas bases de dados: Scimago; Scopus; PubMed/Medline; Bireme e Scielo..

Os critérios para a seleção dos artigos foram: artigos com texto completo disponíveis online; na língua portuguesa, inglesa ou espanhola; no período de 2001 a junho de 2018.

Para a análise do grau de satisfação dos pacientes atendidos pela empresa de Home Care Pro Life, foi elaborado um questionário baseado na Escala SERVQUAL, proposta por Parasuraman et al (1990), que avalia o grau de percepção do atendimento e qualidade hospitalar (apêndice 1). O instrumento de coleta de dados constituiu-se em sua primeira parte, da caracterização sociodemográfica e na segunda parte, das proposições, contemplando os atributos do serviço mensuráveis divididos em 3 fases, buscando avaliar o grau de percepção do atendimento e qualidade hospitalar.

- a) Primeira fase: composta por 22 questões que buscam entender a percepção dos entrevistados levando em consideração suas experiências como utilizadores dos serviços de HOME CARE. Os pacientes são convidados a refletir sobre o tipo de HOME CARE com a qual se sentiriam satisfeitos em utilizar. Cada questão apresenta critérios de 1 a 7, sendo o 1 demonstrando “fortemente em desacordo” e 7 “fortemente de acordo”;

- b) Segunda fase: composta por 5 características, sendo que o respondente deveria distribuir 100 pontos entre essas características, correlacionando, posteriormente as características a três questões específicas;
- c) Terceira fase: composta por 22 questões sobre a percepção dos respondentes em relação ao serviço de home care da Pro Life, sendo que cada uma com critérios de 1 a 7, sendo o 1 demonstrando “fortemente em desacordo” e 7 “fortemente de acordo”.

Os usuários que atenderam aos critérios de inclusão foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Garantiu-se aos participantes, o sigilo das informações e a voluntariedade na participação.

### **2.3. Análise e Tratamento de Dados**

A análise dos dados bibliográficos foi realizada através de uma análise de conteúdo, que se trata de um “[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações [...] que tem por objetivo enriquecer a leitura e ultrapassar as incertezas, extraindo conteúdos por trás da mensagem analisada” (Bardin, 2007).

A análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (Bardin, 2007).

Bardin (2007) afirma que, a análise de conteúdo possui duas funções: a) Heurística – aumenta a prospecção à descoberta, enriquecendo a tentativa exploratória e, b) Administração da prova – em que, pela análise, buscam-se provas para afirmação de uma hipótese.

Segundo Bardin (2007), “a leitura efetuada pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano.

De acordo com Laville & Dione (1999), “por meio da análise de conteúdo, procura-se desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo, com vistas a esclarecer suas diferentes características e significação”. Contudo, os autores alertam para o fato de que a análise de conteúdo não é um método rígido onde percorrendo uma sequência fixa de etapas conclusivamente se obtêm os resultados desejados.

A análise de conteúdo foi realizada em três fases, segundo a abordagem de Figueiredo e Souza (2008): pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é constituída pela organização do material por meio da escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Na fase da exploração do material, os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitiram uma descrição das características do conteúdo do documento. Quanto ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos foram tratados de forma a serem significativos e válidos.

A análise dos dados oriundos da aplicação dos questionários será realizada por meio de estatística descritiva.

## **CAPÍTULO III - RESULTADOS**

### **3.1 Perfil da empresa analisada**

A PRO LIFE Home Care é uma empresa que presta serviços domiciliares na área de saúde e fica localizada no Rio de Janeiro e está no mercado há cerca de 2 anos, tendo crescido muito no último ano.

O número de funcionários é pequeno, pois os serviços são terceirizados e os profissionais contratados trabalham pelo sistema de Pessoa Jurídica. A empresa possui uma cooperativa de técnicos de enfermagem preparados e mantidos em educação permanente pela PRO LIFE, visto que é o preparo desses profissionais que demonstram a qualidade de nossos atendimentos domiciliares, pois são eles que passam o maior tempo com os pacientes atendidos.

Todos os serviços e equipamentos são terceirizados. O número de profissionais contratados diretamente pela PRO LIFE são 3 médicos, incluindo os diretores, 2 enfermeiras e 4 funcionários da área administrativa. As demais categorias de profissionais de saúde a relação é a já informada anteriormente.

### **3.2 Resultados da aplicação do questionário**

A pesquisa foi realizada com pacientes atendimentos pela empresa PRO LIFE no serviço de home care. O período em que foi realizada tinha um N de 12 pacientes conscientes com condição de responder, porém nesse mesmo período pela idade avançada e condições clínicas desses, ocorreram internações por agudização de doenças, 2 retornando não com a mesma condição de resposta aos questionamentos, 1 permanecendo internado e 1 evoluiu para óbito, sendo possível apenas obter respostas de 8 pacientes. Vale ressaltar que mesmo com pouca literatura sobre a satisfação de paciente desospitalizado, o N dos artigos sempre se apresentam baixo devido a condição clínica, tendo como as doenças mais relevantes são de patologias crônicas e de distúrbios endócrinos-metabólicos, dificultando obter pacientes para realização da pesquisa.

Ao analisar o perfil dos respondentes, observou-se que 2 (25%) eram do gênero masculino e 6 (75%) do feminino. Quanto à faixa etária, 1 (12,5%) tem de 51 a 60 anos; 1 (12,5%) de 61 a 70; 5 (62,5%) de 71 a 80 anos e 1 (12,5%) acima dos 80 anos). No que diz respeito à escolaridade, 6 (75%) tem o nível médio, 1 (12,5%) superior incompleto e 1 (12,5%) o superior completo. A tabela 4 ilustra o resumo desse perfil.

Tabela 4 – Perfil dos respondentes (pacientes)

<b>Faixa etária</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação</b>
De 51 a 60 anos – 1 (12,5%)	Masculino – 2 (25%)	Ensino médio – 6 (75%)
De 61 a 70 anos – 1 (12,5%)	Feminino – 6 (75%)	Superior incompleto – 1 (12,5%)
De 71 a 80 anos – 5 (62,5%)		Superior completo – 1 (12,5%)
Acima de 80 anos – 1 (12,5%)		Pós-graduação – 0

Quanto ao diagnóstico dos pacientes, eles apresentavam: Diabetes Mellitus tipo II / Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Fratura do fêmur, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Chikungunha / HAS; Fratura Fêmur / HAS; Anemia / Úlceras de pressão / HAS; Meningioma benígno e Osteomielite.

A tabela 5 ilustra os resultados obtidos através da análise SERVQUAL, onde é possível fazer a correlação da perspectiva de um serviço de HOME CARE EXCELENTE e da empresa PRO LIFE HOME CARE. Para tanto foram avaliados os itens tangíveis, confiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia. O objetivo dessa análise é avaliar quais fatores o cliente considera mais importantes na prestação do serviço prestado pelo serviço de HOME CARE. A avaliação do cliente em relação à empresa (AV) é subtraída da expectativa (EX), alcançando o resultado da qualidade do serviço (QUAL). O quadro 5 ilustra os resultados relativo aos itens tangíveis.

Tabela 5 – Análise SERVQUAL – Tangíveis

<b>SERVQUAL</b>	<b>ITENS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>AV</b>	<b>EX</b>	<b>Qual</b>
<b>Tangíveis</b>	1.Os serviços têm equipes de aparência moderna	6,75	5,12	1,63
	2. Os empregados desses serviços têm aparência agradável	6,62	5,75	0,87

Ao analisar individualmente os itens tangíveis ilustrados no quadro 5, pois possível verificar que a PRO LIFE alcançou níveis acima do esperado em todos os quesitos.

A tabela 6 ilustra os resultados relativo aos itens de confiabilidade.

Tabela 6 – Análise SERVQUAL- Confiabilidade

SERVQUAL	ITENS DE AVALIAÇÃO	AV	EX	Qual
<b>Confiabilidade</b>	3. Quando os SERVIÇOS prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no.	6,12	5,75	0,37
	4. Quando um cliente tem um problema, os SERVIÇOS mostram um interesse sincero em solucioná-lo.	6,62	6,75	-0,13
	5. Os SERVIÇOS realizam bem o serviço à primeira vez.	6,75	6,87	-0,12
	6. Os SERVIÇOS concluem o serviço no tempo prometido.	5,12	6,5	-1,38
	7. Os SERVIÇOS insistem em manter registros isentos de erros.	6,37	7,25	-0,88

Por meio dos resultados apresentados no quadro 6, foi possível perceber que a maioria dos itens ligados a confiabilidade não alcançaram níveis acima do esperado, ou seja, a percepção dos clientes pesquisados é de que a PRO LIFE HOME CARE não demonstra interesse sincero em solucionar um problema do cliente; não realiza o serviço à primeira vez; não conclui o serviço no tempo prometido e não insiste em manter registros isentos de erros.

O único item ligado à confiabilidade que apresenta níveis acima dos esperados é em relação a realização dos serviços em tempo certo.

A tabela 7 ilustra a percepção dos pacientes quanto ao item “Capacidade de Resposta”



Tabela 7 – Análise SERVQUAL - Capacidade de Resposta

SERVQUAL	ITENS DE AVALIAÇÃO	AV	EX	Qual
Capacidade de resposta	8. Em um SERVIÇO, os atendentes comunicam aos pacientes quando se concluirá a realização do serviço.	6,75	6,37	0,38
	9. Em um SERVIÇO, os atendentes oferecem um serviço rápido aos seus pacientes.	6,75	6,37	0,38
	10. Em um SERVIÇO, os médicos estão sempre dispostos a ajudar os pacientes	6,87	6,87	0
	11. Em um SERVIÇO, os enfermeiros estão sempre dispostos a ajudar os pacientes	6,62	8,87	-2,25
	12. Em um SERVIÇO, os técnicos de enfermagem estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	6,12	6,5	-0,38
	13. Em um SERVIÇO, os fisioterapeutas estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	6,5	6,75	-0,25

Como pode ser observado na tabela 7, dois itens de avaliação ligados ao trabalho dos atendentes alcançaram níveis acima do esperado, como: a comunicação aos pacientes quando se concluirá a realização do serviço e o oferecimento de um serviço rápido aos seus pacientes.

Com relação a disponibilidade constante dos médicos na ajuda aos pacientes, alcançou o nível esperado, não ultrapassando as expectativas.

Já com relação aos índices de avaliação ligados à disponibilidade constante dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas alcançaram níveis abaixo do esperado.

A tabela 8 ilustra a percepção dos pacientes quanto ao item “Garantia”

Tabela 8 – Análise SERVQUAL – Garantia

SERVQUAL	ITENS DE AVALIAÇÃO	AV	EX	Qual
Garantia	14. Os pacientes sentem-se seguros nas suas transações com a organização em um SERVIÇO.	6,75	6,75	0
	15. Os pacientes dos HOSPITAIS excelentes sentem-se seguros nas suas transações com a organização.	6,87	6,87	0

Quanto ao item referente à garantia, todos alcançaram o nível esperado, não extrapolando, nem deixando a desejar. A tabela 9 ilustra o item Empatia.

Tabela 9 – Análise SERVQUAL - Empatia

SERVQUAL	ITENS DE AVALIAÇÃO	AV	EX	Qual
Empatia	16. Os SERVIÇOS dão aos seus pacientes atenção individualizada.	6,87	6,5	0,37
	17. Os SERVIÇOS têm horários de trabalho convenientes para todos os seus pacientes.	6,75	6,62	0,13
	18. Os SERVIÇOS preocupam-se com os melhores interesses dos seus pacientes.	6,75	6,62	0,13
	19. Os médicos dos SERVIÇOS são sempre amáveis e compreendem as necessidades dos pacientes.	6,87	5,37	1,5
	20. Os enfermeiros dos SERVIÇOS são sempre amáveis e compreendem as necessidades dos pacientes.	6,75	5,75	1
	21. Os técnicos de enfermagem dos SERVIÇOS são sempre amáveis e compreendem as necessidades dos pacientes.	6,12	5,12	1

No quesito Empatia, todos os itens avaliados alcançaram níveis acima do esperado, como demonstrado no quadro 9.

A tabela 10 mostra o resultado da segunda fase da pesquisa com os pacientes da PRO LIFE Home Care. Essa fase foi composta por 5 características, onde os pacientes distribuíram 100 pontos entre essas características, correlacionando, posteriormente as características a três questões específicas.

Tabela 10 – Resumo dos resultados da 2ª fase - pacientes

<b>Características</b>	<b>Pontos atribuídos</b>	<b>Resultados</b>
1. Equipamentos, recursos humanos e material de comunicação que a empresa de HOME CARE disponibiliza	10	1 (12,5%)
	15	3 (37,5%)
	20	4 (50,0%)
2. Capacidade da empresa de HOME CARE para realizar o serviço prometido de forma segura e precisa	15	1 (12,5%)
	20	6 (75,0%)
	40	1 (12,5%)
3. Disposição da empresa de HOME CARE para ajudar os pacientes e dar-lhes um serviço rápido	15	1 (12,5%)
	20	6 (75,0%)
	25	1 (12,5%)
4. Conhecimentos e tratamento amável dos atendentes e profissionais de saúde de uma empresa de HOME CARE e a sua capacidade para transmitir um sentimento de fé e confiança	10	1 (12,5%)
	20	5 (62,5%)
	25	1 (12,5%)
	30	1 (12,5%)
5. Cuidado, atenção individualizada que uma empresa de HOME CARE dá aos seus clientes	10	1 (12,5%)
	20	5 (62,5%)
	25	1 (12,5%)
	30	1 (12,5%)

Os dados explanados na tabela 10 ilustram que os pacientes ao explanarem o grau de importância das características dividiram de forma equitativa, demonstrando que todas tem um grau médio de relevância.

Ao serem questionados quanto à característica mais importante das citadas na tabela 10, a maioria se mostrou bem dividida, demonstrando que todas tem importância equivalente.

## CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

O aumento expressivo do serviço de saúde domiciliar está ligado ao aumento da longevidade e conseqüentemente envelhecimento populacional e declínio das funções orgânicas, das capacidades funcionais, bem como ao aumento de prevalência de morbidades incapacitantes (Nery *et al.*, 2018).

O Home Care como modalidade de organização da assistência, tem se mostrado muito importante devido a uma série de atributos, tais como potencialidades de produção de inovações no arranjo tecnoassistencial em saúde; maior humanização da assistência; melhor adesão e otimização da proposta terapêutica ao paciente; desospitalização de indivíduos em internações hospitalares redundantes com alta precoce, esta última amplia a rotatividade de leitos e minimiza as complicações advindas de internações prolongadas (Silva *et al.*, 2010).

Satisfação do usuário, de modo amplo, tem sido definida como uma noção que remete à avaliação do cuidado recebido, considerando como seus determinantes especialmente a expectativa do paciente e sua experiência prévia com serviços similares (Gill e White, 2009). Essa definição tem sido criticada, em especial, no que se refere ao baixo desenvolvimento teórico e conceitual da expressão satisfação do paciente. Os estudos revisados possuem pouca padronização, baixa confiabilidade e validade incerta (Gill e White, 2009).

Embora a satisfação continue sendo usada como sinônimo de (e como um proxy para) qualidade do serviço, há estudos que problematizam essa conexão. Gill e White (2009) sugerem que a satisfação deve ser utilizada como indicador da qualidade percebida dos serviços de saúde, o que é em si uma construção conceitualmente distinta da qualidade do cuidado. Por outro lado, estudos recentes mostram que o conceito de satisfação é multidimensional, subjetivo e que nem sempre mede a qualidade do cuidado, o que corresponde a uma importante contribuição à compreensão dessa temática (Mishima *et al.*, 2016).

Em nossa pesquisa, observou-se a predominância do sexo feminino (75%). Esse mesmo predomínio foi verificado em diversos estudos realizados sobre assistência domiciliar (Martelli *et al.*, 2011; Benassi *et al.*, 2012; Góis, 2012; Del Luca *et al.*, 2012). Esse

resultado é recorrente devido ao fato de as mulheres viverem mais do que os homens por cuidarem mais da saúde.

Quanto aos diagnósticos mais prevalentes em nossa pesquisa, foi possível observar que foram as doenças crônicas e doenças endócrino-metabólicas. Resultado similar foi encontrado no estudo de Aguiar (2014), onde a maioria dos pacientes apresentava doenças neurológicas (68,7%), seguida de doenças endócrino-metabólicas (64,8%). Já no estudo de Fabrício *et al.*(2004), o diagnóstico mais prevalente foi doença neurológica (27%), seguida de neoplasias (17%).

No estudo de Gaioso *et al.* (2007) a insatisfação se volta com relação à ambiência, tempo de espera alto para consultas, acessibilidade organizacional, prejudicando longitudinalidade e continuidade da assistência. Não foi verificado em nosso estudo nenhum tipo de insatisfação.

Poucos são os estudos que avaliam a qualidade dos serviços de Home Care. No estudo de Kerber *et al.* (2008) foi verificado que não há um processo de avaliação do nível de satisfação dos usuários assistidos pelo serviço de atenção domiciliar. Ao mesmo tempo em que há a constatação de que não existem momentos formais de avaliação do nível de satisfação dos usuários, percebe-se que a mesma não apresenta um significado de descaso com a clientela do serviço. Parece que há uma percepção positiva da atenção dispensada pelos trabalhadores aos usuários, que é relacionada à forma de tratamento estabelecida entre pacientes/ familiares e trabalhadores e à forma com que os trabalhadores são recebidos no ambiente domiciliar. Consideram que a população se mostra satisfeita com a assistência, a partir do momento que expressam essa satisfação por meio de gestos de carinho, de atenção, de sorrisos, de uma recepção cordial e alegre no espaço familiar e doméstico. Julgam que a relação interpessoal é tão forte que, no momento em que surgirem dúvidas, problemas e não satisfação com alguma situação, haverá a procura espontânea pela figura de um dos trabalhadores no intuito de evidenciá-la e solicitar sua resolução.

Baseando-se nos resultados de pesquisas de satisfação para determinar condições clínicas e alterações de políticas em cuidados paliativos podem não resultar em melhorias na qualidade do cuidado. Usando a satisfação como um método de avaliar a

qualidade dos cuidados de serviços de saúde é particularmente problemático e requer uma investigação mais aprofundada em termos práticos e conceituais (Aspinal *et al.*, 2003).

Observa-se que a maioria dos estudos empíricos publicados, tanto no âmbito internacional como no Brasil, apresenta como resultado elevada satisfação dos usuários, independentemente da situação do serviço e da metodologia utilizada, o que corrobora com nosso resultado de elevada satisfação.

Registra-se elevada satisfação, mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Esses resultados têm sido associados a diversos desenhos de pesquisa e instrumentos e coleta de dados, como o uso de grupos focais, entrevistas em profundidade e inquéritos (Moritz *et al.*, 2008; Soares *et al.*, 2011). A relutância de usuários em expressar opiniões negativas, ou o viés da gratidão, tem sido descrita como explicação para a alta satisfação. No nosso estudo, foi verificado que em muitos itens o grau de percepção foi abaixo do nível esperado, principalmente nos itens ligados a “Confiabilidade” e “Capacidade de Resposta”. Isso demonstra claramente que a PRO LIFE necessita com urgência de ações que propiciem mudanças, buscando melhorar os déficits encontrados.

Alguns estudos têm observado necessidades tanto por parte dos pacientes quando dos cuidadores que é a urgência da ampliação da equipe de assistência domiciliar com uma equipe mais engajada nesse tipo de atendimento (Morsch e Bordin, 2009). O nosso estudo não avaliou a opinião dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento domiciliar.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que o atendimento domiciliar tem crescido nos últimos anos devido ao aumento na longevidade e conseqüente envelhecimento da população e essa tendência, tende a crescer ainda mais.

Observou-se nos artigos pesquisados que a análise da satisfação dos pacientes atendidos por Home Care é muito importante para que o serviço seja constantemente aprimorado.

Os resultados desta pesquisa mostraram que em alguns itens o grau de percepção dos clientes foi acima do esperado, entretanto, observou-se um grau abaixo do esperado em diversos itens, principalmente os relativos aos ligados a “Confiabilidade” e “Capacidade de Resposta”. Isso demonstra claramente que a PRO LIFE necessita com urgência de ações que propiciem mudanças, buscando melhorar os déficits encontrados.

Embora a empresa PRO LIFE Home Care tenha investido constantemente em um atendimento humanizado, sempre colocando como foco principal o paciente, com atenção na evolução clínica, proporcionando atendimento multiprofissional de qualidade, a percepção dos pacientes atendidos pela empresa não denota isso.

A PRO LIFE tem investido também em educação permanente com toda equipe da PRO LIFE, acompanhamento e fiscalização na ponta, avaliando fragilidades e fraquezas, tendo ação rápida e eficaz, prevenindo e protegendo o nosso paciente. O item “Empatia” apresentou índices acima do esperado.

Entretanto, é necessário um cuidado nesse processo e que precisa ser verificado com critério, é com relação a disponibilidade constante dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, visto que este quesito apontou expectativas abaixo do esperado. A resposta para esse problema ocorre pelo fato de que a maioria desses profissionais são terceirizados, o que dificulta o treinamento dos mesmos.

Diante disso, ações buscando a melhoria do atendimento por parte dos funcionários precisam ser elaboradas e direcionadas com urgência.

Em alguns aspectos, o resultado dessa pesquisa foi surpreendente para os gestores da empresa, pois a mesma não esperava um nível abaixo das expectativas em alguns aspectos. Isso porque a PRO LIFE tem uma atuação também junto às famílias, acolhendo, mitigando riscos, solucionando problemas, retirando dúvidas que ocorrem



durante o tratamento domiciliar, ficando bem próximo e isso não havia sido verificado, o que mostra que a realização desse tipo de pesquisa é essencial para avaliar o grau de satisfação e o nível de qualidade dos serviços prestados.

O grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecno-científica e humana. Acredita-se que, quando o idoso percebe que é respeitado e compreendido, quando é acolhido de forma humanizada, quando todas as informações pertinentes ao seu estado de saúde-doença lhe são fornecidas, propicia-se uma relação de confiança, estabelece-se a receptividade e contribui-se para o cuidado em saúde necessário imbuído da preocupação com a qualidade de vida.

Sugere-se para trabalhos futuros uma pesquisa mais aprofundada, avaliando também a satisfação dos profissionais que trabalham no sistema de Home Care.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Accreditation Canada. *Compliance for independent home care organizations by quality dimension, 2011-2013*. Disponível em: <https://accreditation.ca/intl-en/>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

Aguiar N. *Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em “hocare”, em Salvador* [trabalho de conclusão de curso]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia; 2014.

Aspinal, F., Addington-Hall, Hughes, R & Higginson, I.J. 2003. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (4): 324 - 339.

Babakus, E.; Boller, G.W. 1992. An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, v. 24, p. 253-268.

Bajotto, A.P., Witter, A, Mahmud, S.J., Sirena, S, Goldim, J.R. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre, RS. *Rev HCPA*. 2012;32(3)311-7.

Bardin, L. 2007. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, N.C.B.; Alves, E.R.P.; Oliveira, C.D.B.; Dias, M.D.; França, I.S.X.; Freire, M.E.M. 2013. Palliative Care In The Uti: Nurses' Understanding. *R Pesq Cuid. Fundam*. 5(1):293-301.

Berry, L.L.; Zeithaml, V.A.; Parasuraman, A. 1985. Quality counts in services, too. *Business Horizons*, v. 28, p. 44-52, may-june.

Brasil. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n.10.424, de 15 de abril de 2002 - Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. REPÚBLICA, P. D. Brasília: DOU 2002.

Brasil\_ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013 - Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. SAÚDE, M. D. Brasília: DOU. n.101: 30 p. 2013.

Brown, T. J.; Churchill, J.R., G.A.; Peter, J.P. 1993. Improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*, New York University, v. 69, spring.

Carman, J.M. 1990. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the Servqual dimensions. *Journal of Retailing*, New York University, v. 66, n. 1, p. 33-55, spring.

Clary, P.L.; Lawson, P. Pharmacologic pearls for end-of-life care. 2009. *Am Fam Physician*. 79(12):1059-65.

Cook, D.; Rucker, G. Dying with dignity in the intensive care unit. 2014. *N Engl J Med.* 370(26):2506-14.

Costa Filho, R.C.; Costa, J.L.F.; Gutierrez, L.F.B.R.; Mesquita, A.F. 2008. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 20(1):88-92.

Cotta, R.M.M., Suárez-Varela, M.M., González, A.L., Cotta Filho, J.S., Real, E.R. & Ricós, J.A.D. 2001. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*, v. 10, n. 1, p. 45-55.

Cronin, J.R., Taylor, S. A. 1992. Measuring service quality: a reexamination and an extension. *Journal of Marketing*, New York, v. 56, n. 3, p. 55-68, july.

Cunha, M.A.O., Morais, H.M.M. 2007. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.6, p.1651-1660.

Dadalto, L., Tupinambás, U., Greco, D.B. 2013. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev Bioét.* 21(3):463-76.

Dal Ben, L.W., Gaidiznski, R.R. 2006. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, p. 100-108.

Delaney, B.C., Peterson, K.A., Speedie, S., Taweel, A., Arvanitis, T.N. & Hobbs, R. 2012. Envisioning a Learning Health Care System: The Electronic Primary Care Research Network, A Case Study. *Annals os Family Medicine*, v. 10, n. 1.

Del Duca G, Martinez A, Bastos G. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(5)1159-65.

Dev, R. 2015. Goals of care are important for older adults with severe illness and their families and are infrequently addressed by health professionals. *Evid Based Nurs.*18(4):126.

Esperidião, M. & Trad, L.A.B. 2005. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciências de Saúde Coletiva*, 10(sup):303-312.

Fabício, S.C.C., Webbe, G., Nassur, F.B. & Andrade, J.I. 2004. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, p. 721-726, 2004.

Feurwerker, L.C.M.; Merhy, E.E. 2008. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 24, p. 180-188.

- Fitzsimmons, J. A.; Fitzsimmons, M. J. 2005. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Forte, D.N. 2012. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos* ANCP. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; p. 439-49.
- Frimpong, J., Jackson, B.E., Stewart, L.M., Singh, K.P., Rivers, P.A. & Bae, S. 2013. Health information technology capacity at federally qualified health centers: a mechanism for improving quality of care. *BMC Health Services Research*, v. 13, n. 1, p. 35.
- Fripp, J.C.; Facchini, L.A.; Silva, S.M. 2012. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 21, n. 1, p. 69-78.
- Gaioso, V.P. & Mishima, S.M. 2007. User satisfaction from the perspective of acceptability in the Family health scenario. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, out-dez; 16(4): 617-25.
- Gill, L, White, L. 2009. A critical review of patient satisfaction. *Leadership Health Serv*. 22(1):8-19.
- Góis, A.L.B. 2010. *Perfil epidemiológico dos pacientes de fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro* [tese]. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas.
- Grönroos, C. 1993. *Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade*. Tradução de Cristina Bazán. Rio de Janeiro: Campus.
- Hair, J.F.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L.; Black, W. C. 2005. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre.
- Johnston, R.; Clark, R. 2002. *Administração de operações de serviço*. São Paulo: Atlas.
- Kelley, A.S.; Morrison, R.S. 2015. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 373(8):747-55.
- Khattree, R.; Naik, D.N. 2000. *Multivariate data reduction and discrimination with SAS Software*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Kerber, N.P.C.; Kirchoff, A.L.C.; Cezar-Vaz, M.R. 2008. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 17(2): 304-12.

Laville, C.; Dionne, J. 1999. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMG.

Lee, H.; Lee, Y.; Yoo, D. 2000. The determinant of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Jornal of service marketing*, v. 14, n. 3, p. 217-231.

Machado, V., Manço, A.R. & Santos, M.A. 2005. Recusa à desospitalização psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1472-1479, set./out.

Malhotra, N.K. 2001. *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. 3. ed. Porto Alegre: Bookmann.

Marshall, G, Murdoch, I. 2001. Service quality in consulting marketing engineers. *Int J Constr Mark*.3(1):41-9.

Marin, M.J.S., Bazaglia, F.C., Massarico, A.R., Silva, C.B.A., Campos, R.T. & Santos, S.C. 2010. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, p. 962-968.

Martelli, D.R.B., Silva, M.S., Carneiro, J.A., Bonan, P.R.F., Rodrigues, L.H.C. & Martelli-Júnior, H. 2011. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. Physis: *Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, p. 147-157.

Martins, J.J.; Schneider, D.G.; Coelho, F.L.; Nascimento, E.R.P.; Alacoque, G.L.; Erdmann, L.; Gama, F.O. 2009. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm*. 22(3):265-71.

Miguel, P.A. C.; Salomi, G.E. 2004. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista Produção*, v. 14, n. 1.

Mingoti, S.A. 2005. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: UFMG.

Mishima, S.M., Campos, A.C., Matumoto, S. 2016. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais. *Rev Latino-Am Enferm*. 24:1-7.

Moritz, R.D.; Lago, P.M.; Souza, R.P.; Silva, N.B.; Meneses, F.A.; Othero, J.C.B. 2008. Terminalidade e cuidados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 20(4):422-28.

Morsch, P., Bordin, R. 2009. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, Sul do Brasil. *Rev HCPA*; 29(3).

Nelson, J.E.; Cortez, T.B.; Curtis, J.R.; Lustbader, D.R.; Mosenthal, A.C.; Mulkerin, C.;

Ray, D.E.; Bassett, R.; Boss, R.D.; Brasel, K.J.; Campbell, M.L.; Weissman, D.E.; Puntillo, K.A. The IPAL-ICU Project™. 2011. Integrating palliative care in the ICU: the nurse in a leading role. *J Hosp Palliat Nurs*. 13(2):89-94.

Nery, B.L.S.; Favilla, F.A.T.; Albuquerque, A.P.A.; Salomon, A.L.R. Características dos serviços de atenção domiciliar. 2018. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 12(5):1422-9, maio.

Olario, P.S., Moreira, M.C., Moreira, I.B., Martins, J.C.A. & Souza, A.T. 2018. Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no Rio de Janeiro. *Cogitare Enferm*. (23)2: e53787.

Organização Mundial da Saúde – OMS. 2002. *Basic Documents*. 40. ed . Geneva: ICN.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A.; Berry, L.L. 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, v. 49, n. 3, p. 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. 1991. Refinement and reassessment of the Servqual Scale. *Journal of Retailing*, v. 67, n. 4, p. 420-50.

Parro, M.C.; Évora, Y.D.M. 2011. Desenvolvimento de software para a organização da informação de um serviço de saúde ocupacional hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 13, n. 3, p. 386-394.

Pedro, E.N.R.; Funghetto, S. S. Concepções de cuidado para os cuidados: um estudo com a criança hospitalizado com câncer. *Rev. Gaúcha Enferm*. Vol. 26, n.2, pp.210 – 219, 2005.

Pereira, J.C.R. 2001. *Análise de dados qualitativos*: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Edusp.

Pessini, L.; Bertachini, L. 2006. Novas perspectivas em cuidados paliativos. *Acta Bioethica*. 12(2):231-42.

Rodriguez, M.I.F. 2013. Internação domiciliar: avaliações imperativas implicadas na função de cuidar. *Psic. Rev.* São Paulo, volume 22, n.2, 197-212.

Rosa, C.S.; Peres, A.M.; Maftum, M.A. 2009. Satisfação profissional da equipe de atendimento domiciliar terapêutico de uma unidade de referência ao portador de HIV/AIDS do estado do Pará. *Cogitare Enferm* Abr/Jun; 14(2):247-53.

Rothman, D.J. 2014. Where we die. *N Engl J Med*. 370(26):2457-60.

Searight, H.R.; Gafford, J. 2005. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *Am Fam Physician*. 71(3):515-22.

Silva, E.P.; Sudigursky, D. 2008. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm*. 21(3):504-08.

- Silva, K.L., Siexas, C.T., Feuerwerker, L.C.C. & Merhy, E.E. 2010. Atenção domiciliar como mudança no modelo tecnoassistencial. *Revista Saúde Pública*, v. 44, n.1, p.166-76.
- Silva, L.K., Sena, R.R. & Castro, W.S. 2017. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm.* 38(4):e67762.
- Simão, V.M.; Miotto, R.C.T. 2016. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate.* 40(108)156-69.
- Smeltzer, S.C.; Bare, B.G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- Soares, M. 2011. End of life care in Brazil: the long and winding road. *Crit Care.* 15(1):110.
- Soerensen, A.A.; Mendes, I.A.C.; Hayashida, M. Atendimento domiciliar: análise de um serviço privado homecare. *Rev. RENE.* Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 86-92, jul./dez.2004.
- Souza, A.M., Vicini, L. 2005. *Análise multivariada da teoria à prática*. Santa Maria: Departamento de Estatística UFSM.
- Stumm, E.M.F.; Leite, M.T.; Maschio, G. 2008. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare enferm.* Vol. 13, n. 1, pp. 75-82.
- Thumé, E.; Soares, M.U.; Wachs, L.; Cardoso, D.S.; Osório, A.; Fassa, C.G.; Facchini, L.A. 2016. *Indicadores para o monitoramento e avaliação na internação domiciliar: experiência no ensino a distância*. Pelotas.
- Trad, L.A.B., Bastos, A.C.S., Santana, E.M. & Nunes, M. 2001. *A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos*. PNEPG, CNPq.
- Urdan, A.T. 2001. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *Revista de Administração de Empresas.* São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-55, out./dez.
- Vaitsman, J., Andrade, G.R.B., Farias, L.O., Médici, M.E. & Nascimento, L.R. 2003. Projeto Gestão de Qualidade e Satisfação dos Usuários em Organizações Públicas de Saúde. Um estudo piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – IPEC. Resumo do relatório final apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro – *FAPER. ENSP / Fiocruz*.
- Vasconcelos, J.F., Ferreira, C.N., Santana, C.E.S., Souza, C.R. & Valente, M.L.F. 2015. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. *Jornal Brasileiro Economia & Saúde*, v. 7, n. 2, p. 110-115.

Vecina Neto, G.; Malik, A.M. 2007. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.825-839.

Vidal, C.E.L.; Bandeira, M.; Gontijo, E.D. 2008. Reforma psiquiátrica e serviços terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 70- 79, 2008.

Yin, Roberto K. 2015. *Estudo de Casos: Planejamento e Métodos*. São Paulo: Bookman.

Whoqol-100. 1998. Instrumentos de medida de qualidade de vida/desenvolvimento do WHOQOL-100 [Internet]. Disponível em: [http:// www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html](http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html). Acesso em 21 de julho de 2019.

Zem-Mascarenhas, S.H., Barros, A.C.T. 2009. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n.1, p.45-54.

Zeithaml, V.A.; Bitner, M.J. 2003. *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.



**APÊNDICE**  
**QUESTIONÁRIO**

**A) PERFIL DOS RESPONDENTES**

1) Idade:

( ) Menos de 20 anos

( ) entre 21 e 30 anos

( ) entre 31 e 40 anos

( ) entre 41 e 50 anos

( ) entre 51 e 60 anos

( ) entre 61 e 70 anos

( ) entre 71 e 80 anos

( ) acima de 80 anos

2) Sexo

( ) Masculino

( ) Feminino

3) Escolaridade

( ) nível médio

( ) nível superior incompleto

( ) nível superior completo

( ) pós graduado

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

## B) GRAU DE SATISFAÇÃO DO HOME CARE APÓS DESOSPITALIZAÇÃO

### INSTRUÇÕES

Baseado nas suas experiências como utilizador dos serviços de HOME CARE, pense no tipo de HOME CARE que lhe poderia oferecer um serviço de excelente qualidade. Pense no tipo de HOME CARE com a qual você se sentiria satisfeito em utilizar. Indique até que ponto esse HOME CARE devia ter as características descritas em cada declaração.

Se crê, em relação com a ideia que tem em mente, que uma característica *não é essencial* para considerar como excelente um HOME CARE, faça um círculo em redor do número 1. Se pensa que uma característica é *absolutamente essencial* para considerar como excelente um HOME CARE, faça um círculo em redor do número 7. Não há respostas corretas ou incorretas. Só nos interessa que nos indique o número que reflita com precisão o que pensa com respeito ao HOME CARE que deveriam oferecer um serviço de excelente qualidade.

	<b>Fortemente em desacordo</b>				<b>Fortemente de acordo</b>			
1. Empresas de HOME CARE excelentes têm equipas de aparência moderna.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Os empregados da empresa de HOME CARE excelentes têm uma aparência agradável.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Quando as empresas de HOME CARE excelentes prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Quando um cliente tem um problema, as empresas de HOME CARE excelentes mostram um interesse sincero em solucioná-lo.	1	2	3	4	5	6	7	
5. A empresa de HOME CARE excelente realiza bem o serviço à primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7	
6. A empresa de HOME CARE excelente conclui o serviço no tempo prometido.	1	2	3	4	5	6	7	
7. A empresa de HOME CARE excelente insiste em manter registos isentos de erros.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Em uma empresa de HOME CARE excelente, os atendentes comunicam aos pacientes quando se concluirá a realização do serviço.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Em uma empresa de HOME CARE excelente, os atendentes oferecem um serviço rápido aos seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Em uma empresa de HOME CARE excelente, os médicos estão sempre dispostos a ajudar os	1	2	3	4	5	6	7	

pacientes.

11. Em uma empresa de HOME CARE excelente, os enfermeiros estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
12. Em uma empresa de HOME CARE excelente, os técnicos de enfermagem estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
13. Em uma empresa de HOME CARE excelente, os fisioterapeutas estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Os pacientes de empresas de HOME CARE excelentes sentem-se seguros nas suas transações com a organização.	1	2	3	4	5	6	7
15. Uma empresa de HOME CARE excelente disponibiliza equipamentos que atendam as necessidades dos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
16. As empresas de HOME CARE excelentes dão aos seus pacientes atenção individualizada.	1	2	3	4	5	6	7
17. As empresas de HOME CARE excelentes têm horários de trabalho convenientes para todos os seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
18. As empresas de HOME CARE excelentes preocupam-se com os melhores interesses dos seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
19. Os médicos de uma empresa de HOME CARE excelente são sempre amáveis e compreende as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
20. Os enfermeiros de uma empresa de HOME CARE excelente são sempre amáveis e compreende as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
21. Os técnicos de enfermagem de uma empresa de HOME CARE excelente são sempre amáveis e compreende as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
22. Os fisioterapeutas de uma empresa de HOME CARE excelente são sempre amáveis e compreende as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7

---

## INSTRUÇÕES

A lista seguinte inclui cinco características que correspondem ao HOME CARE e aos serviços que oferecem. Gostaríamos de conhecer que nível de importância você atribui a cada uma dessas características quando avaliam a qualidade do serviço de um HOME CARE

Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características *de acordo com a importância que tem para os seus clientes cada uma dessas características*: quanto mais importantes considere que são essas características para os seus clientes, mais pontos atribui.

Assegure-se de que os pontos atribuídos às cinco características somam 100 pontos.

- |  |       |        |
|--|-------|--------|
| 1. Equipamentos, recursos humanos e material de comunicação que a empresa de HOME CARE disponibiliza.  | _____ | Pontos |
| 2. Capacidade da empresa de HOME CARE para realizar o serviço prometido de forma segura e precisa.   | _____ | Pontos |
| 3. Disposição da empresa de HOME CARE para ajudar os pacientes e dar-lhes um serviço rápido.   | _____ | Pontos |
| 4. Conhecimentos e tratamento amável dos atendentes e profissionais de saúde de uma empresa de HOME CARE e a sua capacidade para transmitir um sentimento de fé e confiança. | _____ | Pontos |
| 5. Cuidado, atenção individualizada que uma empresa de HOME CARE dá aos seus clientes.   | _____ | Pontos |

**TOTAL de Pontos atribuídos** **100** **Pontos**

**Indique o número de uma das características anteriores de acordo com a seguinte questão:**

Das cinco características assinaladas previamente *qual é a mais importante* para \_\_\_\_\_  
você?

Que característica é a *segunda* mais importante para você? \_\_\_\_\_

Qual a característica *menos importante* para você? \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

O seguinte grupo de declarações refere-se ao que você pensa sobre a empresa de HOME CARE PRO LIFE. Para cada declaração indique-nos até que ponto considera que a PRO LIFE, possui as

características descritas em cada declaração.

Também neste caso, fazer um círculo em volta do número 1 significa que você está fortemente em desacordo com o PRO LIFE, tenha essa característica e marcar o número 7 significa que está fortemente de acordo com a declaração. Pode traçar um círculo em redor de qualquer um dos números intermédios que melhor representam as suas convicções relativamente à declaração.

Não há respostas corretas ou incorretas. Só nos interessa que nos indique o número que reflita com precisão o que pensa com respeito a empresa PRO LIFE que deveriam oferecer um serviço de excelente qualidade.

	<b>Fortemente em desacordo</b>					<b>Fortemente de acordo</b>	
1. A empresa PRO LIFE tem equipas de aparência moderna.	1	2	3	4	5	6	7
2. Os empregados da empresa PRO LIFE têm uma aparência agradável.	1	2	3	4	5	6	7
3. Quando a PRO LIFE promete fazer algo em certo tempo, fazem-no.	1	2	3	4	5	6	7
4. Quando um cliente tem um problema, a PRO LIFE mostra um interesse sincero em solucioná-lo.	1	2	3	4	5	6	7
5. A empresa PRO LIFE realiza bem o serviço à primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7
6. A empresa PRO LIFE conclui o serviço no tempo prometido.	1	2	3	4	5	6	7
7. A empresa PRO LIFE insiste em manter registos isentos de erros.	1	2	3	4	5	6	7
8. Na PRO LIFE, os atendentes comunicam aos pacientes quando se concluirá a realização do serviço.	1	2	3	4	5	6	7
9. Na PRO LIFE, os atendentes oferecem um serviço rápido aos seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
10. Na PRO LIFE, os médicos estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
11. Na PRO LIFE, os enfermeiros estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
12. Na PRO LIFE, os técnicos de enfermagem estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5	6	7

13. Na PRO LIFE, os fisioterapeutas estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Os pacientes da PRO LIFE sentem-se seguros nas suas transações com a organização.	1	2	3	4	5	6	7
15. A PRO LIFE disponibiliza equipamentos que atendam as necessidades dos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
16. A PRO LIFE dá aos seus pacientes atenção individualizada.	1	2	3	4	5	6	7
17. A PRO LIFE têm horários de trabalho convenientes para todos os seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
18. A PRO LIFE preocupa-se com os melhores interesses dos seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
19. Os médicos da PRO LIFE são sempre amáveis e compreendem as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
20. Os enfermeiros da PRO LIFE são sempre amáveis e compreendem as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
21. Os técnicos de enfermagem da PRO LIFE são sempre amáveis e compreendem as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
22. Os fisioterapeutas da PRO LIFE são sempre amáveis e compreende as necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7