

## II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

---

*Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas*  
9 e 10 de dezembro de 2021

---

### **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM O ATENDIMENTO PRESTADO POR RESIDENTES**

Adriane Vieira, Professora, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; Pollyanna Maria Carmo, Graduanda, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; João Antonio Deconto, Graduado, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG; João Paulo Carvalho, Graduado, Gestão de Serviços de Saúde, EE/UFMG

**PALAVRAS-CHAVE:** residentes, usuários, satisfação.

### **INTRODUÇÃO**

Os programas de Residência fazem parte da modalidade de pós-graduação *lato sensu*, possibilitam aos estudantes obter conhecimentos específicos em uma determinada área, e por se tratar de uma modalidade de treinamento em serviço, é possível vivenciar a prática. Muitos dos discentes dos programas são jovens no início de carreira profissional e durante a residência podem adquirir também mais confiança para atuar na assistência e atingir um grau maior de aperfeiçoamento nas práticas, levando também aos pacientes um acesso aos serviços de saúde com maior qualidade (GILBERT; CARDOSO; WUILLAUME, 2006). A partir dos anos 1980, a Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS) começou a reorientar o enfoque das ações educativas ressaltando a importância do papel do profissional de saúde e estimulando o trabalho participativo e intersetorial. Durante a X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, algumas críticas foram mais contundentemente formuladas, dando origem a propostas que enfatizaram a necessidade de ações de formação dos trabalhadores orientadas pelas necessidades da população e pelo diálogo entre profissionais e usuários (ALVES; AERTS, 2011). Mais de vinte anos depois a maioria das instituições formadoras para a área de saúde no Brasil ainda privilegia o modelo de saúde disciplinar, com prioridade para a formação especializada, fragmentada e compartimentalizada, impedindo o aluno de ter uma visão geral do usuário dos serviços de saúde e do contexto onde ele vive (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; BEZERRA et al., 2012). Nesse contexto, faz-se necessário analisar a qualidade da prestação de serviços pelos residentes e verificar se atende as premissas de acolhimento e escuta (ARGENTA, 2018).

### **OBJETIVO**

Avaliar a satisfação dos usuários com o atendimento prestado pelos Residentes Médicos e Multiprofissionais em três hospitais gerais de Belo Horizonte, Minas Gerais.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo *survey* transversal, com aplicação de questionário em três hospitais, sendo eles um público em nível federal, um público em nível estadual e um privado, respectivamente Hospital A, Hospital B e Hospital C. Os Hospitais A e B contavam com programas de residência Médica e Multiprofissional, e o Hospital C apenas residência Médica. A Escala de Avaliação do Atendimento Prestado pelo Residente foi desenvolvida tendo como referência o questionário de satisfação do usuário elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), que conta com 28 itens de avaliação. Na adaptação desse instrumento

considerou-se necessária a redução do número de itens, com o intuito de facilitar a aplicação. Como muitos usuários atendidos pela rede pública de saúde possuem baixa escolaridade, sabia-se de antemão que os pesquisadores precisariam fazer a leitura e preenchimento do instrumento. Foi formado um painel de especialista com a participação de dois coordenadores do Programa de Residência Médica do Hospital A. Posteriormente o mesmo instrumento foi submetido a apreciação dos membros componentes da Diretoria de Ensino e Pesquisa desse hospital. A versão final do instrumento manteve 8 itens de avaliação. Cada item foi pontuado em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 para ‘Muito insatisfeito’ e 5 para ‘Muito satisfeito’. Os usuários dos serviços foram abordados nas dependências de cada hospital. Primeiramente, perguntava-se se ele sabia o nome do(s) residente(s) médico(s) e dos residentes multiprofissionais (enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, terapia ocupacional) responsável(is) pelo(s) atendimento(s). Previamente se fazia a consulta aos prontuários e identificava-se o nome do residente que atendia cada paciente, em seguida verificava-se a acurácia da informação, e só então se dava prosseguimento ao preenchimento do questionário pelo pesquisador, que lia a pergunta e assinalava a resposta fornecida. Se o usuário estivesse sendo atendido por mais de um residente, pedia-se para fazer a avaliação em separado, ou seja, um questionário para cada residente. Quando o usuário era criança ou idoso solicitava-se ao acompanhante que respondesse às questões. O cálculo da amostra foi realizado de acordo com as recomendações de Hair Junior *et al.* (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados no instrumento. Ao final da aplicação obteve-se 363 respostas, sendo: 227 no Hospital A; 72 no Hospital B; e 64 nos Hospital C. Todos os usuários assinaram o TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da UFMG com o parecer número 1.705.952, e todos os usuários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados coletados foram lançados em planilha Excel e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 61% de respondentes atendidos no Hospital A, 22% no Hospital B e 17% no Hospital C. Sobre o perfil da amostra: 90% das avaliações envolveram os residentes médicos e 10% os multiprofissionais; 60% dos respondentes se identificaram como acompanhantes e 40% como pacientes; 75% dos atendimentos ocorreram na enfermagem, 20% no ambulatório e 5% na maternidade; 29% dos respondentes tinham ensino médio completo e 9% ensino superior completo; 93% residiam em área urbana. Foi apurado que em 99% dos atendimentos o residente se identificou antes de iniciar o atendimento. Para a validação da escala utilizou-se alguns procedimentos estatísticos. Para verificar a confiabilidade foram utilizados os indicadores Alfa de Cronbach (A.C.) e Confiabilidade Composta (C.C.), obtendo-se os respectivos valores de 0,922 e 0,937, ou seja, valores acima de 0,60, confirmando a confiabilidade do instrumento. Na avaliação da validade convergente utilizou-se o critério da Variância Média Extraída (AVE) que resultou em 65,2%, confirmando a validade da escala. Para análise da adequação da amostra foi utilizado o cálculo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obtendo-se 0,923, valor considerado apropriado à aplicação da AFE (HAIR JUNIOR *et al.*, 2009). A Tabela 1 apresenta a verificação das medidas de validade e qualidade dos itens da escala.

**Tabela 1** - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Avaliação do Atendimento Prestado pelo Residente

Itens da escala	Carga Fatorial	Comunalidade
1. Interesse e atenção do profissional.	0,852	0,726

2. Orientações fornecidas pelo profissional sobre o atendimento.	0,790	0,625
3. Tempo que o profissional dedicou ao atendimento.	0,778	0,605
4. Cuidado do profissional com a própria aparência e vestimenta.	0,657	0,431
5. Respeito do profissional às necessidades e a privacidade do paciente.	0,861	0,741
6. Capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente.	0,792	0,628
7. Empenho do profissional em atender e resolver seus problemas.	0,840	0,706
8. Avaliação geral do atendimento.	0,869	0,756

Fonte: dados da pesquisa.

No que tange a AFE, todos os itens podem ser mantidos na escala, uma vez que apresentaram carga fatorial superior a 0,50. A Tabela 2 apresenta a descrição dos itens da escala.

**Tabela 2** – Descrição dos itens da Escala de Avaliação do Atendimento Prestado pelo Residente

Itens da Escala	Média	D.P.	I.C. - 95%
1. Interesse e atenção do profissional.	4,74	0,58	[4,68; 4,80]
2. Orientações fornecidas pelo profissional sobre o atendimento.	4,72	0,56	[4,66; 4,78]
3. Tempo que o profissional dedicou ao atendimento.	4,66	0,67	[4,59; 4,73]
4. Cuidado do profissional com a própria aparência e vestimenta.	4,79	0,49	[4,68; 4,80]
5. Respeito do profissional às necessidades e a privacidade do paciente.	4,78	0,56	[4,74; 4,84]
6. Capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente.	4,79	0,53	[4,72; 4,83]
7. Empenho do profissional em atender e resolver seus problemas.	4,74	0,60	[4,74; 4,85]
8. Avaliação geral do atendimento.	4,79	0,58	[4,67; 4,80]

Fonte: dados da pesquisa.

Amestoy *et al.* (2008) defendem que a educação em saúde deve ser centralizada nos problemas diários, no reconhecimento do ser humano e na interpretação de distintas realidades. Sob os auspícios dessa concepção nasceu a Educação Permanente em Saúde (EPS), que convida a pensar sobre os processos de trabalho e a relação do trabalhador da saúde com o usuário. Logo, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade de se envolver com os usuários, utilizando o diálogo como ferramenta terapêutica e fundadora da saúde (ALVES; AERTS, 2011). Os resultados da pesquisa confirmam a presença dessa premissa, dado que todas as médias ficaram acima de 4,5, indicando que os respondentes estão satisfeitos com os serviços prestados. As médias de todos os itens ficaram dentro do intervalo de confiança e o desvio padrão abaixo de 1. Os itens que obtiveram as maiores médias (4,79) foram: capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente; e cuidado do profissional com sua apresentação (aparência e vestimenta). A avaliação geral do atendimento recebeu também média 4,79.

## CONCLUSÃO

O objetivo geral da pesquisa da pesquisa foi alcançado. A escala construída foi validada e os usuários dos três hospitais investigados se mostraram satisfeitos com o atendimento prestado pelos residentes médicos e multiprofissionais em todos os quesitos, com destaque para capacidade de ouvir e compreender as demandas do paciente. Conforme preconiza a política de Educação Permanente em Saúde, a formação dos profissionais em serviço não deve ficar restrita a orientações normativas, deve-se sim buscar a democratização das decisões e dos

espaços cotidianos, o que implica em ativar a escuta e empoderar os pacientes em todas as fases do seu tratamento.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 319-325, 2011.

AMESTOY, S. C. *et al.* Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 083-088, 2008.

ARGENTA, J. S. **A construção discursiva do vínculo terapêutico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Sobral, Ceará**. 200 f. Dissertação (Mestrado)—Departamento de Linguística. Universidade de Brasília, 2018.

BEZERRA, A. L. Q. *et al.* O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 618-25, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 77p.

GILBERT, A.C.B.; CARDOSO, M.H.C.A.; WUILLAUME, S. M. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 103-116, 2006.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Bookman editora, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 492-499, 2008.

## AGRADECIMENTOS

Agrademos a FAPEMIG e CNPQ pelo financiamento da pesquisa.