

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

DONIZETTI DA SILVA LOPES

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA IDOSOS NA
DIMENSÃO QUALIDADE PERCEBIDA EM OPERADORAS DE SAÚDE E SEUS
IMPACTOS NA SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

São Paulo

2019

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

DONIZETTI DA SILVA LOPES

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA IDOSOS NA
DIMENSÃO QUALIDADE PERCEBIDA EM OPERADORAS DE SAÚDE E SEUS
IMPACTOS NA SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

São Paulo

2019

Donizetti da Silva Lopes

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA IDOSOS NA
DIMENSÃO QUALIDADE PERCEBIDA EM OPERADORAS DE SAÚDE E SEUS
IMPACTOS NA SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Administração - Gestão
em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de
Julho – UNINOVE, como requisito parcial para
obtenção do grau de **Mestre em Administração –
Gestão de Sistemas de Saúde.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Francisca Monken
de Assis

São Paulo

2019

Lopes, Donizetti da Silva.

Prestação de serviços de desospitalização para idosos na dimensão qualidade percebida em operadoras de saúde e seus impactos n satisfação do beneficiário. / Donizetti da Silva Lopes. 2019.

64 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, 2019.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Sonia Francisca Monken de Assis.

1. Saúde do Idoso. 2. Atenção domiciliar. 3. SERVQUAL.
4. Satisfação do beneficiário. 5. Gestão de Serviços.

I. Assis, Sonia Francisca Monken de. II. Título

CDU

DONIZETTI DA SILVA LOPES

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA IDOSOS NA
DIMENSÃO QUALIDADE PERCEBIDA EM OPERADORAS DE SAÚDE E SEUS
IMPACTOS NA SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Administração - Gestão
em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de
Julho – UNINOVE, como requisito parcial para
obtenção do grau de **Mestre em Administração –
Gestão de Sistemas de Saúde.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Francisca Monken
de Assis

Prof. (a) Dra. Sonia Francisca Monken de Assis – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. (a) Dra. Ana Freitas Ribeiro – Membro Interno

Prof. Dr. Marcelo Lamy – Universidade Santa Cecília – UNISANTA

Prof. Dr. Luc Quoniam – (Université Du Sud Toulon Var) – (Suplente)

Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz – Universidade Nove de Julho – UNINOVE
(Suplente)

São Paulo, 26 de março de 2019.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem
momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e
pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha amada vovó Laura (*in memoriam*), aos meus pais, que sempre apoiaram e incentivaram meus estudos. E as minhas irmãs e sobrinhos, minha grande motivação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pela existência e o amor tão grande sobre minha vida, por todas as bênçãos que já recebi, pelas bênçãos que irei receber e por me conduzir sempre pelos melhores caminhos. Também por ter preenchido minha vida com pessoas maravilhosas e por colocar em meu caminho muitas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Agradeço minha eterna e amada Vovó Laura (*in memoriam*) neste momento ausente, mas sempre presente no meu coração apoiando e incentivando, com o perfeito equilíbrio entre o carinho, amor, dedicação, ensinamentos de amizades e a seriedade da orientação, me aconselhando nos momentos mais difíceis da minha vida.

Agradeço meus pais, Iraci e João pelos ensinamentos de valores como amizade, honestidade e caráter, os quais foram apresentados por meio de suas próprias ações. Devo a vocês tudo que tenho e tudo que sou.

As minhas irmãs Janaina e Gislaine meus queridos sobrinhos Roger Junior, Laura Elise e Lucas Eliel que de forma abnegada foi sempre um ponto de apoio e estímulo nas horas mais difíceis e são os verdadeiros artífices desta conquista.

Agradeço ao meu amigo Alberto de Matos, por todas as vezes que me ajudou, sempre com palavras de animo, seguir e enfrentar qualquer obstáculo com coragem e fé.

Agradeço a minha Professora Orientadora Dra. Sonia Francisca Monken de Assis, pela paciência e persistência que contribuíram para meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico.

Agradeço também aos meus colegas de turma de gestão em saúde, foi uma grata surpresa conhecer a todos em especial aos meus amigos Anne Monica, Carolina Vicentini, Eloisa Elena, Leandro Souza e Rosana Ávila a cada um de vocês contribuiu de alguma forma neste caminho e todos juntos nos transformamos em uma equipe, forte e divertida. Obrigado pela paciência, pela força e amizade. Foi ótimo estar com vocês como companheiros no módulo internacional em Washington. Sempre levarei cada um de vocês em minhas lembranças.

Aos professores do curso de mestrado em administração – gestão de sistemas de saúde agradeço pela paciência, ensinamentos, dedicação e, principalmente pelo carinho que vocês nos dedicaram.

À Queli, desde o primeiro dia, com aquele lindo sorriso, se colocando sempre à disposição para ajudar os mestrandos nesta jornada, acreditando em cada um de nós e torcendo para nosso sucesso.

Finalmente, gostaria de agradecer à Universidade Nove de Julho – Uninove por criar e manter cursos de mestrado e doutorado, com melhor nível de aprendizado e melhor equipe acadêmica.

A todos, meu eterno agradecimento. Muito obrigado!

RESUMO

Avaliar a satisfação dos idosos com rede referenciada no atendimento domiciliar, é um fator de sucesso na prestação de serviços em saúde, a investigação dos níveis de satisfação, permite apreender o olhar dos idosos e familiares sobre os serviços que estão sendo prestados pela rede referenciada após a alta hospitalar em sua residência. Para que este serviço possa ser oferecido a Lei 13.003 de 2014, que reforçam a obrigatoriedade da existência de contratos assinados entre as operadoras de planos e hospitais, clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios que compõem sua rede referenciada para documentar e formalizar a relação entre essas partes. Além do objeto e natureza do contrato, deve haver a qualidade do serviço prestado ao beneficiário no seu tratamento adequado, seja na internação hospitalar ou após sua alta para residência com o intuito de promover a satisfação (ANS). O atendimento domiciliar requer o comprometimento de todos os profissionais durante a execução das tarefas cotidianas, conseguir esse comprometimento constitui-se, um dos principais desafios dos gestores que prestam o serviço para o do Programa de Atenção ao Idoso (PAI). Diante desse contexto, o objetivo geral da pesquisa, de natureza descritiva, quantitativo, é analisar a satisfação e a qualidade percebida pelos beneficiários das operadoras de saúde. O método escolhido foi o instrumento validado pela escala SERVQUAL. Os dados foram coletados a partir de um questionário enviado pelo Google Forms ao familiar dos idosos, sua interpretação foi através do instrumento de análise contido nos questionários e dos documentos secundários pesquisados. O estudo contribuiu para os requisitos de avaliação dos fornecedores dos serviços de desospitalização, permitindo aos gestores dos serviços de desospitalização identificarem os fatores críticos na prestação dos serviços domiciliares e propor efetiva melhoria e inovação da prática dos cuidados a serem administrados aos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Atenção domiciliar, SERVQUAL, Satisfação do beneficiário, Gestão de Serviços.

ABSTRACT

To evaluate the satisfaction of the elderly with a network referenced in the home care, is a success factor in the provision of health services, the investigation of satisfaction levels, allows to apprehend the view of the elderly and their families about the services that are being provided by the network referenced after hospital discharge at his residence. So that this service can be offered Law 13.003 of 2014, which reinforces the obligation of the existence of contracts signed between the operators of plans and hospitals, clinics, autonomous health professionals, diagnostic imaging services and laboratories that make up their referenced network for document and formalize the relationship between these parties. In addition to the object and nature of the contract, there must be the quality of the service provided to the beneficiary in its adequate treatment, either in hospital admission or after discharge to residence with the intuition of promoting satisfaction (ANS). Home care requires the commitment of all professionals during the execution of the daily tasks, achieving this commitment is one of the main challenges of the managers who provide the service for the Elderly Care Program (PAI). Given this context, the general objective of the research, of a descriptive and quantitative nature, is to analyze the satisfaction and quality perceived by the beneficiaries of health care providers. The chosen method was the instrument validated by the SERVQUAL scale. The data were collected from a questionnaire sent by Google Forms to the relative of the elderly, its interpretation was through the analysis instrument contained in the questionnaires and the secondary documents surveyed. The study contributed to the evaluation requirements of the providers of the dehospitalization services, allowing the dehospitalization service managers to identify the critical factors in the provision of home services and propose effective improvement and innovation of the practice of care to be administered to the elderly.

Keywords: Health of the Elderly, Home Care, SERVQUAL, Beneficiary Satisfaction, Service Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEMID	Fundação a Associação das Empresas de Medicina Domiciliar
ADS	Acquired Immune Deficiency
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades de Vida Diária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
COOPENFINT	Cooperativa dos Enfermeiros Intensivistas
COTAQ	Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
NADI	Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar
NAHC	Associação Nacional para o Assistência domiciliar
NMES	National Medical Expenditures Survey
MS	Ministério da Saúde
PAI	Programa de Atenção ao Idoso
PAD	Plano de Atenção Domiciliar
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPS	Sistema de Pagamento Prospectivo
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
SEPN	Setor de Edifícios Públicos – Tecnologia
SERVQUAL	Instrumento de Mensuração da Qualidade Percebida
SIBRAD	Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USA	United States of América
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VNA	Visiting Nurse Association

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Funcionalidade	25
Figura 2 – Viabilidade da Assistência domiciliar.....	31
Figura 3 – Estrutura da Assistência domiciliar.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação clínica-funcional do idoso frágil	25
Tabela 2 – Dimensões da Qualidade para Serviços Dimensões Descrições.....	41
Tabela 3 – Valores do Coeficiente Kappa e critérios de concordância.....	51
Tabela 4 – Distribuição dos beneficiários em relação ao atendimento 24 horas.....	53
Tabela 5 – Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL, segundo valores da estatística alfa de Cronbach.....	54
Tabela 6 – Média de alocação de pontos.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População residente, segundo os grupos de idade.....	26
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	21
1.1.1	Questão de Pesquisa	21
1.2	OBJETIVOS.....	21
1.2.1	Geral	21
1.2.2	Específicos.....	21
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	22
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	SAÚDE DO IDOSO.....	24
2.2	DESOSPITALIZAÇÃO	28
2.3	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	30
2.3.1	Estruturas e Funcionamento	33
2.4	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR	35
2.5	OPERAÇÕES DE SERVIÇOS E QUALIDADE PERCEBIDA	37
2.5.1	Qualidade de vida e o bem-estar do idoso	37
2.5.2	Avaliação de satisfação dos beneficiários.....	38
2.5.3	Gestão da qualidade nas redes referenciadas	39
2.5.4	O modelo SERVQUAL	40
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	42
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	43
3.2.1	Local.....	43

3.2.2	Amostra.....	44
3.2.3	Coleta de dados.....	44
3.2.4	O Instrumento de Pesquisa.....	45
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA	56
5.1.	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS.....	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	61

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento vem acompanhado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que se desenvolvem ao longo da vida e implica transformações importantes no idoso. É um processo natural, dinâmico e irreversível, mas que varia de pessoa para pessoa. Não se reduz apenas a perdas derivadas do próprio processo de envelhecimento e degradação do corpo, tais como a dependência e a incapacidade, mas também a ganhos, pois é uma fase de maior maturidade e experiência de vida.

Contudo, fatores como a saúde em geral, o estado de saúde mental e físico, o bem-estar psicológico, a produtividade, a autonomia, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, o apoio familiar e social, a continuidade de relações informais em grupos primários, a disponibilidade económica, a capacidade funcional, a autoestima, as atividades de lazer e tempo livre, o ambiente, o estado do local onde vive, os recursos e aos serviços e acesso a eles, os valores culturais, éticos e religiosos, a satisfação com as condições de vida, as aspirações e expectativas com a vida, influenciam a Qualidade de Vida das pessoas idosas. (Bowling et al., 2002; Llobet et al., 2011).

O idoso pode usufruir do seu envelhecimento ativo de diversas formas, bem-sucedido e com qualidade de vida, não dependendo apenas das questões relacionadas a saúde, sobretudo, das ações e responsabilidade de cada indivíduo (Ribeiro e Paúl, 2011).

O resultado do aumento desta população, do aumento das incapacidades e doenças crónicas, faz com que a satisfação das necessidades, muitas vezes não consiga ser minimamente satisfeita, sendo necessário procurar apoios. Apesar deste processo não estar relacionado com patologias, é nesta faixa etária que as fragilidades, dependências e doenças crónicas degenerativas aumentam, o que pode levar a que a oferta de serviços nesta área, não seja capaz de colmatar as necessidades devido à sua elevada procura (Roncon, Lima, & Pereira, 2015).

Quando a solidão, as incapacidades físicas e psicológicas do idoso aumentam, as capacidades do meio ambiente diminuem, a perda de contato com a família e amigos, a carência de recursos económicos, ou mesmo por outras razões, é importante a procura de profissionais especializados (cuidadores formais) que prestem auxílio. Estes surgem como alternativa para apoiar e diminuir a sobrecarga dos cuidadores informais (familiares, amigos e vizinhos) (Goh, Lai, Lau, & Ahmad, 2013).

Assim, as redes referenciadas para idosos devem estar preparadas com bons profissionais, equipamentos e condições para proporcionar meios com qualidade, o objetivo de atender às necessidades e ajudar os idosos a lidar, recuperar e melhorar as suas condições de vida em suas residências (McGregor, Cohen, Stocks-Rankin, Cox, Salomons, McGrail, & Schulzer 2011).

Destaca-se que, na saúde suplementar, a atenção domiciliar (*Assistência domiciliar*) pode ser oferecida pelas operadoras como alternativa à internação hospitalar. Releva enfatizar que somente o médico assistente do idoso poderá determinar se há ou não indicação de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar.

A ANS nos seus dezoito anos, busca a garantia do acesso aos serviços de saúde suplementar, a conquista nesse âmbito abre espaço para a emergente discussão acerca da questão da qualidade. A qualidade, aqui, pode ser traduzida em um conjunto de políticas, diretrizes e ações que busca tanto a qualificação das relações contratuais e regulatórias quanto o parâmetro fundamental da satisfação dos beneficiários (Silva Júnior, et al., 2008).

A satisfação dos beneficiários aponta um parâmetro importante na ação de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das prestadoras de serviços de saúde, contribuindo no nível de qualidade dos serviços prestados (Sisson et al. 2011). A percepção dos beneficiários contribui para produção de informações na implementação de ações na área, inclusão de parâmetros nos indicadores extremamente complexo, os cuidados que operam num acordo contratual, continuidade de cuidados que extrapolam tal contrato, expectativa de consumo para procedimentos e tecnologias de ponta que não poderão ser contempladas, conjunto de prestadores de serviços especializados que terminam por fragmentar os cuidados, conflitos contratuais entre operadoras e prestadores devido a recursos insuficientes.

Neste contexto, a satisfação do beneficiário é fundamental para a avaliação da qualidade prestada, justifica pela necessidade de ser o beneficiário do sistema como foco e prioridade das operadoras de saúde suplementar.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A percepção dos usuários contribui para produção de informações na implementação de ações, analisar a satisfação dos beneficiários com os cuidados propostos, a qualidade dos serviços referenciados das operadoras de saúde, principalmente aquela no atendimento ao idoso, tornam-se pilares da gestão das operações de serviços para assistência ao idoso que possam sustentar um custo competitivo no panorama da saúde suplementar (Oliveira & Estender, 2015).

1.1.1 Questão de Pesquisa

Os serviços de saúde, bem como as operadoras de saúde suplementar são desafiados na estrutura de qualidade e custos, principalmente na prestação de serviços para a população idosa, sendo assim, esse panorama motivou o questionamento: “ Quais os fatores que influenciam a percepção dos serviços prestados a idosos na Assistência domiciliar, na perspectiva da família dos beneficiários das operadoras de saúde”.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Contribuir na gestão das operações de serviços de saúde para idosos, identificando os fatores que influenciam a percepção dos serviços prestados a idosos na Assistência domiciliar, na perspectiva da família dos beneficiários das operadoras de saúde.

1.2.2 Específicos

- a) Mensurar a satisfação dos beneficiários dos serviços de Assistência domiciliar (SERVQUAL);
- b) Mapear toda rede referenciada no atendimento de desospitalização.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

As organizações de saúde suplementar e Assistência domiciliar cada vez se preocupam mais com o tratamento dado aos seus beneficiários. Devido à elevada concorrência, modernização de processos e aderência dos beneficiários às organizações. Esse estudo, contribui para mapeamento da rede referenciada no atendimento domiciliar ao idoso e identificação do nível de satisfação da qualidade percebida desses serviços.

As instituições que pretendam sobreviver a um mercado de trabalho cada vez mais exigente e competitivo, têm de apostar na qualidade total. Para tal devem focar-se nas pessoas, na satisfação dos beneficiários, prestação de serviços de qualidade e eficiência. Esta é orientada para objetivos estratégicos ligados a processos, onde todos trabalham em equipe em torno dos mesmos objetivos, apostada na formação, na cooperação e identificação dos pontos fracos e fortes fundamentais para o desenvolvimento de um plano de melhoria continua (Bon & Mustafa, 2013).

A gestão da qualidade deve ser considerada como um elemento-chave de qualquer organização, para que se possa diferenciar positivamente da concorrência. A evolução da qualidade nas respostas sociais, tem vindo a demonstrar, nos últimos tempos, ser uma prioridade para os gestores de saúde, envolvendo-os no processo de mudança, independentemente do nível hierárquico em que se encontrem. Promover um bom ambiente e condições de trabalho é uma necessidade, visto que a forma como os profissionais se sentem, determina a qualidade dos serviços que prestam. Estes precisam saber identificar em que consiste a qualidade dos serviços que prestam, para que possam adequar os seus procedimentos e propor mudanças quando necessário (Fernandes, Souza, Casablanca, Soares & Scalco, 2015).

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho será dividido em três etapas, primeiro será apresentado a fundamentação teórica, em que a bibliografia nos norteará acerca dos conceitos e contextualizações, para ter uma obra sólida e pautada nos teóricos. Na segunda etapa, será apresentada a metodologia da pesquisa, a análise dos dados coletados pela pesquisa, e por último contextualizando e projetando então uma referência para dar seguimento não só no entendimento más servido de embasamento para futuros trabalhos e pesquisas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE DO IDOSO

Quando se fala de saúde do idoso, um contexto social remete em quais doenças este eventual indivíduo pode acarretar, de uma forma geral, quando abordado o tema deveria ser em que condições físicas e mentais este idoso se encontra conforme a própria portaria que institui a Política Nacional do considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006).

Conforme artigo 1º da Lei Nº 70.741, institui uma pessoa idosa o indivíduo que completa 60 anos de idade. Em uma outra optica, pode-se citar que o processo de envelhecimento não se dá apenas em questão da idade, más também no condicionamento que cada indivíduo apresenta, podendo acarretar ou não complicações em seu estado físico/ funcional ou reserva funcional.

Conforme definição do conceito funcional como a capacidade máxima de desempenho diante de uma situação de agravo. Um ser humano, no seu apogeu, possui a capacidade funcional de seus órgãos muito acima daquilo que necessita para viver, ou seja, de sua necessidade basal (Jacob Filho; Fartel, 2011).

Já a reserva funcional é destinada à resposta fisiológica em situações especiais. Tais situações podem ser grandes solicitações temporárias, porém planejadas (ex: corrida, natação, atividades de impacto ao solo), a manutenção da homeostasia em situações de sobrecarga involuntária (doenças cardiovasculares, hemorragia ou uma súbita exposição ao frio) ou mesmo uma agressão permanente (hepatopatia crônica em fase inicial) quando a função do órgão se mantém inalterada até as fases mais avançadas da doença (Jacob Filho; Fartel, 2011).

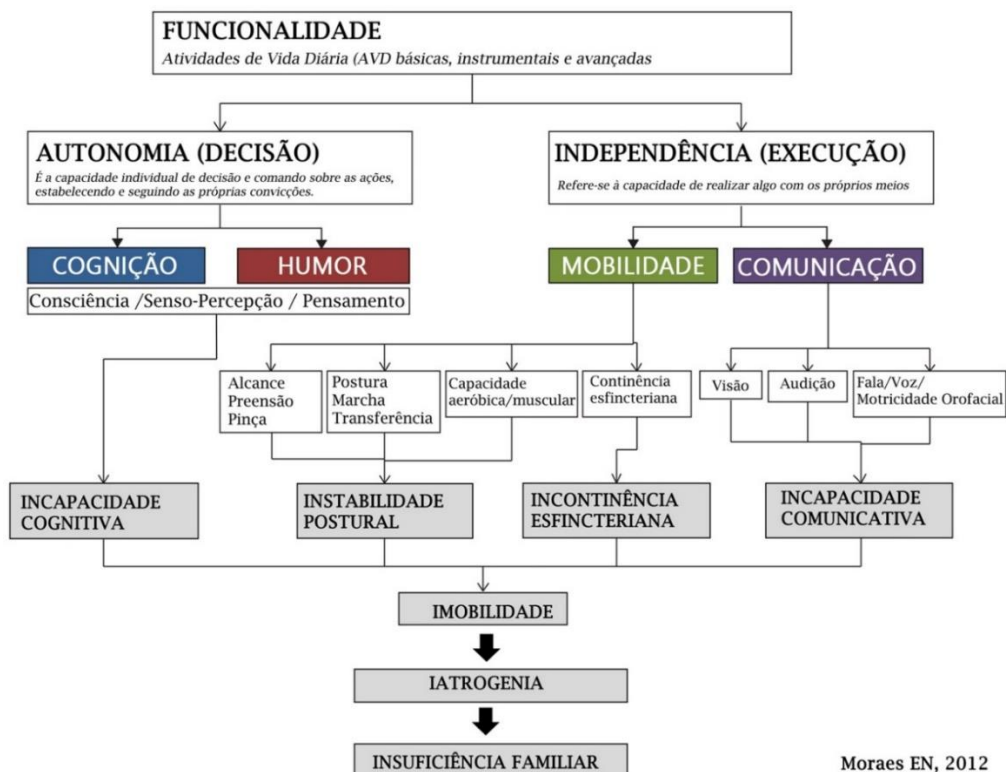
Entende-se então que o processo de envelhecimento ocorrem por duas formas: Senescência de forma natural ou Senilidade através de alterações alheias que determinam doenças ou maus hábitos de vida. Para Morães (2013) esse idoso já apresenta alguma das grandes síndromes geriátricas: Incapacidade cognitiva, (demência, depressão, transtorno mental e/outro), instabilidade postural, imobilidade, iatrogenia (através da polifarmácia) incotinência e incapacidade comunicativa. Moraes ainda ressalta as síndromes:

Tabela 1: Classificação clínico-funcional do idoso frágil

Incapacidade Cognitiva	demência, depressão, transtorno mental e/ou
Imobilidade	Há histórias de duas ou mais quedas nos últimos seis meses e/ou dificuldades de marcha caracterizada por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capazes de restringir a participação social do indivíduo
Incontinência Esfincteriana	Imobilidade parcial ou completa
Incapacidade Cognitiva	Capaz de restringir a participação social do indivíduo
Incapacidade Comunicativa	Distúrbio de fala, visão ou audição

Fontes: Adaptado de Moraes *at al* (2013)

Conforme a autonomia e a independência estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais: cognição, humor, mobilidade e comunicação (Moraes, 2013).

Figura 1: Funcionalidade

Moraes EN, 2012

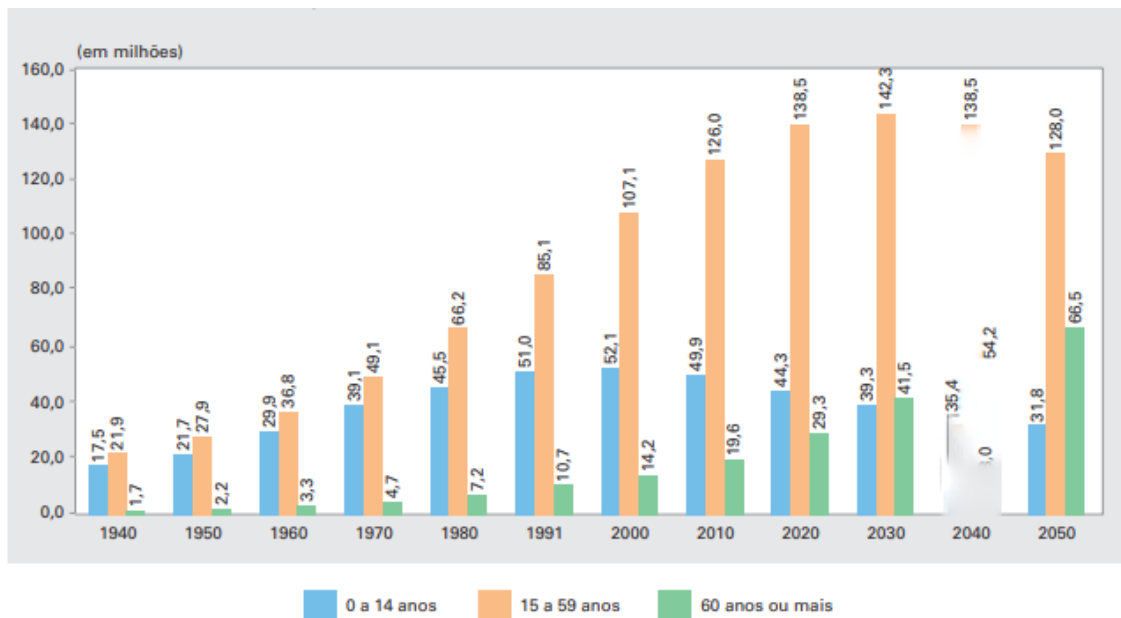
Fonte: Moraes EN, (2012) – Elaborado pelo UNA-SUS Avaliação Global da Pessoa Idosa

Para ter uma visão macro e um diagnóstico a avaliação geriátrica é o ponto inicial para uma abordagem completa da saúde do idoso. A partir da avaliação global, é possível fazer diagnósticos das doenças, mapear os riscos de saúde e planejar condutas. A avaliação de funcionalidade permite: detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção, monitorar o declínio funcional, estabelecer um plano terapêutico adequado às demandas assistenciais, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e estabelecer elos para a compreensão multidimensional dos casos (Moraes, 2012).

Em uma outra abordagem afirma que a avaliação multidimensional do idoso busca descortinar problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento per si (“da idade”) e, portanto, não abordados de forma adequada. É um processo amplo que envolve o idoso e a família, e que tem como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano terapêutico (Moraes, 2012).

Para se ter uma base em números de idosos no Brasil o IBGE, apresenta os seguintes dados:

Gráfico 1: População residente, segundo os grupos de idade



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

O gráfico 1 mostra a população idosa no Brasil em crescimento, projetando para 2020 a estimativa de 21,2 idosos para cada 100 pessoas em idade ativa, relação esta que, de acordo com as projeções do IBGE, poderá elevar-se para 51,9, em 2050, e para se ter uma qualidade de vida, é necessário que a saúde do idoso seja contemplada e garantida para uma velhice de qualidade minimizando os impactos na sua saúde. Nesse sentido, a sociedade civil e, principalmente, os órgãos públicos têm de ficar atentos às transformações profundas que vêm acontecendo na estrutura populacional da nação brasileira, dada a complexidade crescente das doenças e dos procedimentos médicos peculiares. Esses são aspectos resultantes do processo de envelhecimento que irão se acentuar, cada vez mais, no decorrer dos próximos anos, com consequências na aceleração das despesas relativas a esse grupo populacional específico.

Não se trata, de garantir a melhoria da qualidade de vida dessas gerações, mas de sustentação, de forma equilibrada, de toda a sociedade, no médio prazo, como componentes da população em idade ativa, a responsabilidade por um bom desempenho da economia. Consequentemente, dependerá, também, das atuais gerações de jovens, no médio prazo, a garantia de uma vida digna às gerações de idosos. Ademais, a sociedade deve se preparar nesta fase, através de reformas institucionais na área da seguridade social, para conviver, no futuro próximo, com altas e sustentadas taxas de dependência de idosos (Wong; Carvalho, 2006).

Para se garantir a qualidade nessa fase da vida, o governo federal através do SUS, promoveu uma cartilha onde indaga os projetos e programas de acolhimento dos idosos: (PNSPI) Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na sua versão atualizada de 2006, estabelece como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, considerando a condição de funcionalidade, entendendo que a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento, embora reconheça que a prevalência de incapacidade aumente com a idade e que esse fator sozinho não prediz incapacidade.

Com esse Programa que estabelece como suas diretrizes: A promoção do envelhecimento ativo e saudável; Integralidade à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação

sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, apresentou os seguintes dados sobre condições crônicas entre a população idosa: 68,7% apresentavam pelo menos uma doença ou agravo não transmissível, sendo que 53,3% apresentavam hipertensão; 24,2% artrite; 17,3% doenças do coração; 16,1% diabetes e 12% depressão. Além disso, cerca de 1/5 das pessoas idosas (22%) apresentavam duas doenças e/ou agravos crônicos e 13% apresentavam três ou mais. Sobre a prevalência de idosos com alguma limitação funcional, a pesquisa registrou seu aumento por faixa etária, sendo que entre 60 a 69 anos apresentou 28%; 70 a 79 anos correspondem a 42,5%; e entre a população mais idosa, com 80 anos ou mais, a prevalência da limitação funcional sobe para 64,3% dos idosos. Para a construção do indicador de limitação funcional foram considerados os critérios Atividades de Vida Diária (AVD) e três indicadores de mobilidade.

2.2 DESOSPITALIZAÇÃO

O Assistência domiciliar passou a existir por vários motivos, destacando suas principais funções: a necessidade de desospitalização; necessidade de alta para pacientes de longa permanência hospitalar (crônicos) com o objetivo de redução dos episódios de infecção hospitalar; desejo de pacientes crônicos e de seus familiares de permanecerem por mais tempo integrados na convivência familiar.

Visa os cuidados paliativos e assistência no ambiente domiciliar, porém com toda infraestrutura necessária e com profissionais qualificados e especializados para estes cuidados. Os hospitais foram criados para facilitar os trabalhos dos profissionais de saúde, o ato de cuidar em domicílio remonta a época antiga em que o número de doentes tornou-se muito grande e verificou-se a necessidade do médico, ou outro profissional, dirigir-se a um único lugar para atender toda demanda. (Duarte e Diogo, 2005).

Com o advento da atenção domiciliária, surge então o tema “desospitalização”, um neologismo que significa, literalmente, tirar o paciente do ambiente hospitalar para que receba

cuidados em sua casa. O crescimento deste tipo de atendimento pode ser explicado por uma série de fatores que parecem não ter volta:

- Uma transição demográfica marcada pelo envelhecimento populacional. Em 2025, no Brasil, estima-se que os idosos representarão 15% da população (contra os 6% atuais); O encarecimento da saúde, com a incorporação de novas tecnologias;
- A sensibilização por parte de profissionais, gestores e comunidade quanto à possibilidade de se prestar um atendimento seguro e de qualidade no domicílio;
- Mudança no perfil epidemiológico das doenças, com queda do percentual naquelas transmissíveis e de prevenção relativamente simples e predomínio das doenças crônico-degenerativas, incapacitantes, que podem tornar a hospitalização dos pacientes inviável sob vários aspectos.

Devido ao crescimento mundial da população idosa, a atenção à saúde do idoso determina uma preocupação quanto à capacidade funcional. Esse aumento populacional gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. Assim, é preciso utilizar instrumentos que possibilitem avaliar este aspecto (Ricci, 2005).

Quando se refere aos critérios de inclusão do idoso na assistência domiciliar, o Ministério da Saúde pontua os seguintes: existência de cuidador familiar ou informal com boas condições físicas, psicológicas e cognitivas; formalização de termo de consentimento informado com a família e com o idoso ou com seu representante legal; morar na área de abrangência da unidade de saúde; necessitar de cuidados com a frequência de visitas e complexidade compatíveis com a atenção básica; quando as condições clínicas do idoso não permitem que ele se desloque até o serviço de saúde; quando a infraestrutura física do domicílio permitir a efetividade da assistência (BRASIL, 2003).

Os resultados das intervenções devem ser periodicamente avaliados (e não ao seu término) e, dependendo da necessidade, ajustado o plano de ação. As necessidades de ajuste incluem a satisfação do idoso/cuidador/família com os cuidados recebidos, a adequação dos cuidados e as respostas do idoso às intervenções implementadas (Duarte; Diogo, 2000).

2.3 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

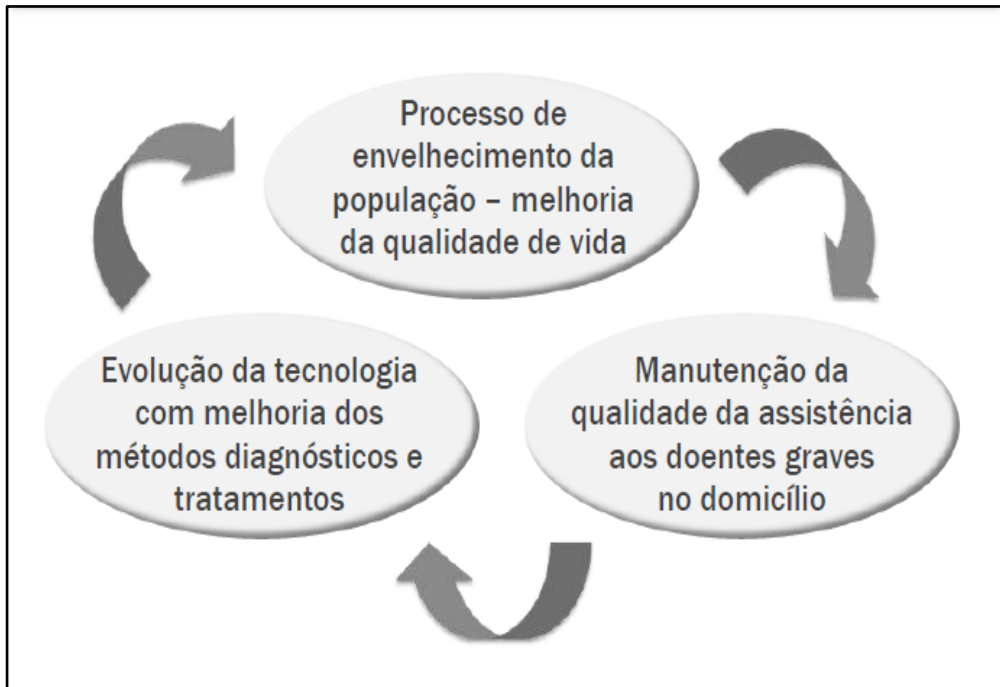
Assistência Domiciliar surgiu nos Estados Unidos da América em decorrência do alto custo das internações hospitalares e também para liberar leitos de alta tecnologia, ocupados por pacientes que exigiam acompanhamentos simples e que podiam ser realizados fora do ambiente hospitalar. É uma modalidade de assistência à saúde prestada na residência do paciente ou em estabelecimento de saúde especialmente estruturados para essa atividade, por equipes multiprofissionais, geralmente compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psiquiatras, assistentes sociais e outros profissionais eventualmente necessários.

Segundo a definição da ANVISA (2018), o termo genérico assistência domiciliar representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o atendimento e a internação domiciliar.

Define-se atendimento domiciliar como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e/ou assistenciais com participação de equipe multidisciplinar (LIMA et al, 2005).

A ANVISA estabeleceu as primeiras regras para este setor por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, em 26 de janeiro de 2006. Esta RDC determina as normas de funcionamento de serviços de atenção domiciliar, ou seja, qual a estrutura e processo de trabalho que uma empresa deve realizar para poder atuar na modalidade de atenção domiciliar. Esta regulamentação, durante a sua elaboração, teve a colaboração da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e de associações e empresas que prestam atenção domiciliar. O controle do setor é realizado por meio de fiscalização das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais e do Distrito Federal (ANVISA, 2018).

Figura 2 – Viabilidade da Assistência domiciliar



Fonte – Grupo Geriatrics, 2017.

A Assistência domiciliar cresceu no Brasil inicialmente para reduzir os custos hospitalares e para liberar leitos de alta tecnologia. Posteriormente suas atividades foram ampliadas para diversos outros tipos de tratamentos, cabendo especial destaque para o atendimento a pacientes crônicos, dependentes químicos, doentes mentais e pacientes com sequelas, devido aos seguintes fatos:

- Aumento da expectativa de vida;
- Avanços tecnológicos e científicos que acarretam aumento dos custos da
- Assistência hospitalar;
- Aumento das doenças crônico-degenerativas e mentais;
- Aumento dos casos de dependência química – alcoolismo e drogas;
- Aumento dos casos de sequelas resultantes de acidentes com veículos e de outras naturezas;
- Novas coberturas estabelecidas pela lei nº 9.656/98 que regulamentou as
- Atividades das operadoras de planos e seguros de saúde e;
- Exigência de períodos mais curtos de internação hospitalar pelas operadoras de planos e seguros de saúde.

A Assistência domiciliar insere-se em um sistema de saúde constituído por unidades que promovem diferentes níveis de cuidado (ERDMANN, MELLO, MEIRELLES et al., 2004), como uma modalidade que consiste em encaminhar para o tratamento domiciliar o paciente clinicamente estável (DUARTE; DIOGO, 2005), com necessidades formalmente avaliadas (GENET, 2001), assistindo ao indivíduo e à família de forma integral e contextualizada (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Esse tipo de serviço possibilita uma redução das internações hospitalares permitindo que a infraestrutura destes locais possa ser transferida para o ambiente no qual o paciente está habituado (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

A Assistência domiciliar pode ser visto também como um redutor de custos, já que em sua casa o paciente não precisa ter gastos com as despesas de hotelaria, que usualmente são cobradas pelos hospitais, principalmente pacientes que possuem patologias que necessitam de internações prolongadas ou reinternações frequentes. (OSMO; CASTELLANOS, 2007).

A crescente necessidade do cuidador domiciliar vem sendo demonstrada atendimento a diversas camadas sociais. (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Diminuir o tempo de internação hospitalar é um dos grandes desafios do atual sistema de saúde, pois os custos do mesmo são bastantes altos. A Assistência domiciliar pode ser a melhor alternativa para este objetivo ser alcançado, já que diminui os custos da internação, desocupa leitos hospitalares, otimiza os meios e os recursos e, ao mesmo tempo evita a infecção hospitalar (SILVA et al, 2005).

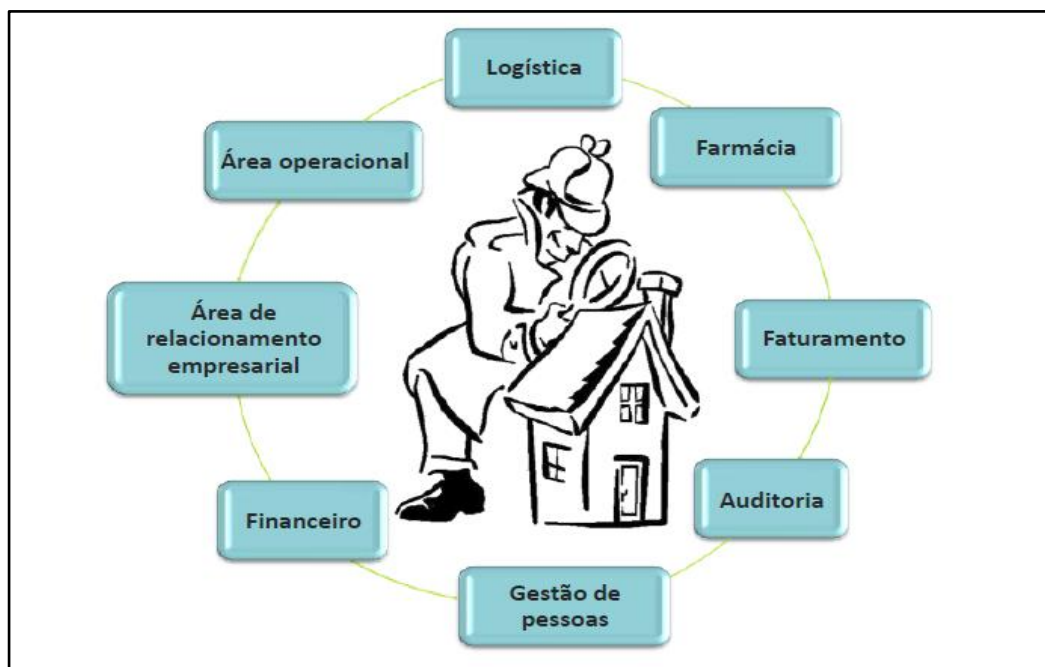
A hospitalização é vista como uma ruptura do indivíduo com o seu ambiente habitual. Muda seus costumes, hábitos e a capacidade de auto realização e autocuidado o que naturalmente causa uma insegurança. A assistência domiciliar permite que o indivíduo retorne ao convívio familiar. A recuperação deste paciente acaba sendo muito mais rápida, sem retornos frequentes ao hospital, por causa do apoio afetivo de familiares e amigos, uma alimentação melhor preparada, e um risco de infecção hospitalar diminuído comprovadamente (SILVA et al, 2005).

Entre outros objetivos, esse serviço tem como meta melhorar a saúde e a qualidade do paciente através de cuidados médicos, e de outros serviços de saúde realizados em domicílio, e assim reduzir as visitas aos serviços de emergência.

2.3.1 Estruturas e Funcionamento

De acordo com Tavorali, Fernandes e Medina (2000), as bases de uma estrutura eficiente e segura para o funcionamento dos serviços de Assistência domiciliar envolvem o funcionamento da empresa 24 horas por dia, um sistema de atendimento às emergências bem dimensionado, sistemas de informação em tempo real, prontuários de saúde do doente, fornecimento de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares, gases medicinais 24 horas por dia, eficiente gestão de pessoas e de processos, busca contínua da qualidade, atendimento eficaz e humano, treinamento e educação continuada, entre outros.

Figura 3 – Estrutura da Assistência domiciliar.



Fonte – Grupo Geriatrics, 2017.

O planejamento e gerenciamento de cada caso e dos processos de atendimento como um todo são de fundamental importância, pois a assistência domiciliar mal conduzida é dispendiosa e não alcança seus objetivos.

O processo de inclusão dos pacientes nos serviços da Assistência domiciliar deve ocorrer necessariamente por indicação médica, e seguir os seguintes critérios de elegibilidade: o consentimento informado do paciente se incapacitado de assinar, ou paciente menor de idade; autorização da família; estrutura física do ambiente de tratamento compatível com a infraestrutura necessária para os cuidados profissionais e instalação de equipamentos médico-hospitalares e acesso geográfico, sendo averiguado previamente antes do início dos serviços.

O plano de tratamento inicial é o documento descritivo específico para cada caso, sendo prescrito no ato da admissão pelo médico responsável pela internação hospitalar e/ou pela equipe responsável pela assistência domiciliar. Ele deve contemplar a estrutura de recursos humanos, infraestrutura mínima do domicílio do paciente, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais, logística dos atendimentos e o tempo de permanência do paciente no serviço. Devendo ser periodicamente revisado de acordo com a evolução/acompanhamento do paciente, registrando a data de revisão e a assinatura do responsável pela revisão.

Quanto a sua inclusão para o internamento e/ou atendimento domiciliar, não será qualificado para tal o paciente que possua uma condição que contra indique sua vida sozinho, se estiver confinado a uma cadeira de rodas, ou ao leito, sem a habilidade de locomover-se para um local seguro, salvo se possuir um cuidador hábil, disposto e disponível 24 horas por dia. Em casos de paciente terminal, ou seja, cujo óbito é esperado, e para o qual exista um plano específico de transição para morte ou programa de cuidados paliativos, ele não será qualificado caso seja julgado mentalmente hábil, e apresente recusa aos serviços de assistência domiciliar. O paciente não será qualificado para o internamento e ou atendimento domiciliar de saúde caso ele seja mentalmente incompetente, assim considerado formalmente por declaração legal escrita por um médico ou psiquiatra, e se recusa a receber os serviços, a não ser que o paciente possua um cuidador formal ou informal, legalmente responsável por ele, que seja hábil, disposto e disponível 24 horas por dia.

Para que seja concretizada a inclusão do paciente alguns itens além dos relatados acima devem ser contemplados como: o acesso imediato a um telefone para que se possa manter comunicação entre ele e a coordenação clínica de equipe multidisciplinar, o local deverá possuir condições básicas de saneamento que possam garantir um nível seguro de procedimentos em saúde, a infraestrutura da residência deverá favorecer o atendimento, contando com áreas adequadas no que se refere à segurança, recepção, armazenamento e utilização de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o tratamento do paciente.

Nos casos de internação, o ambiente também deve ser de fácil acesso geográfico para carros e ambulâncias; possuir instalações elétricas com aterramento, quando houver uso de equipamento que assim o exija, e sistema alternativo de energia elétrica diretamente ligado ao equipamento com acionamento automático em no máximo 0,5 segundo e quando houver uso de ventilação mecânica invasiva, além de um ambiente específico para a utilização de um leito.

2.4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Para adentrar em um dos objetivos desse trabalho, é necessário entender o conceito de Assistência domiciliar também conhecer o seu histórico dentro de nossa sociedade, ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) relata que a modalidade de atenção à saúde do tipo Assistência domiciliar foi iniciada nos Estados Unidos na década de 80 do século passado. No final desta mesma década havia algumas poucas empresas que prestavam este tipo de atenção no Brasil, mas a modalidade só passou a ser largamente utilizada na década de 90.

Os principais benefícios da atenção domiciliar são: a redução de infecções hospitalares em pacientes com patologias crônicas e suas complicações, tais como diabéticos, pacientes com sequelas neurológicas de acidentes vasculares cerebrais, pacientes com patologias neuromusculares, etc.; a maior convivência destes pacientes com a família e rede social, visto também que um ou mais dos familiares podem ser treinados como cuidadores e participarem da terapia e reabilitação do paciente. Estes cuidadores podem ser capacitados pela equipe da empresa

de atenção domiciliar em procedimentos simples ou complexos, tais como dar banho no paciente ou executar exercícios físicos prescritos pela equipe de profissionais de saúde.

As empresas que prestam atenção domiciliar contam com uma equipe multiprofissional, na maior parte das vezes, e recebem pacientes com indicação do profissional de saúde assistente. Ou seja, o profissional de saúde que vinha acompanhando o paciente no serviço ambulatorial ou hospitalar indica a modalidade de atenção do tipo domiciliar. Este paciente é encaminhado para a atenção domiciliar, sendo realizado, em um primeiro momento, uma avaliação global deste paciente com a elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD), que descreve quais os cuidados que serão dispensados ao paciente, bem como os recursos necessários no domicílio e o tempo estimado de alta. Este plano passa a ser seguido e é reavaliado periodicamente. Por outro lado, as empresas devem manter o prontuário do paciente no domicílio do mesmo enquanto durar a atenção domiciliar e devem prestar todas as informações necessárias aos pacientes e familiares em linguagem clara e acessível (ANVISA).

Além da ANVISA existem outros órgão responsável por reger todo o sistema de saúde suplementar Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. A Saúde Suplementar surgiu na década de 1960, influenciado pelo crescimento econômico do Brasil e pelo avanço do trabalho formal, momento em que as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores. Mas tal atividade só foi regulamentada no final da década de 1990, com a entrada em vigor da lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos de saúde. No ano seguinte, por meio da lei 9.961/2000 criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, criar e implementar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento. Antes disso, as seguradoras de saúde eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

2.5 OPERAÇÕES DE SERVIÇOS E QUALIDADE PERCEBIDA.

2.5.1 Qualidade de vida e o bem-estar do idoso

O bem-estar do paciente não se limita somente nos cuidados médicos e dos especialistas, a medicação é fundamental para combater as patologias, porém cuidar do paciente, do seu físico e mente é fundamental para sua recuperação e desenvolvimento. O sistema de saúde brasileiro, já vem planejando mudanças para amenizar a dependência criada no idoso. Novas propostas visando à desospitalização ou uma hospitalização em um tempo bem curto tem surgido. Uma delas é a “internação domiciliar que visa, além da humanização da assistência, a otimização dos leitos e a redução dos custos da assistência” (Marim, Angerami, 2002).

O profissional de saúde deve trabalhar com autonomia e independência da pessoa idosa, proporcionando o autocuidado e estimulando aceitação do profissional na residência, mesmo estando o idoso em condições de fragilidade, melhorando assim a qualidade de vida do mesmo. O plano de cuidado do idoso fragilizado, deve ser pautado na assistência individualizada requerendo assim uma maior atenção, na segurança e privacidade do idoso no lar, proporcionando um ambiente tranquilo e favorável à novas tarefas estabelecidas (Borges; Telles, 2010).

A política Nacional do Idoso, Lei Federal de 1994, defende o modelo de cuidado no domicílio, por isso é necessária a elaboração de programas para orientação das famílias e capacitação dos profissionais de saúde para lidarem com essa realidade (Borges; Telles, 2010).

O termo de qualidade de vida na terceira idade pode ser interpretado de diversas maneiras. De acordo com Neri e Col (2002) os principais indicadores relacionados a qualidade de vida são: saúde física e mental, status social, manutenção das relações interpessoais. Satisfação e controle cognitivo. Segundo Trentini (2004) “a definição de qualidade de vida na velhice é complexa, pois segundo a autora, existem diversas maneiras de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento”.

2.5.2 Avaliação de satisfação dos beneficiários

De acordo com o Ministério da Saúde, as modalidades da assistência domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Elas ocorrem no próprio domicílio e compreendem níveis de atenção tanto primária, secundária, quanto terciária.

Os Autores Kerber e Kirchhof (2008) ressaltam que a vinculação estabelecida com os usuários por meio da atenção domiciliária é conseguida com uma forma de tratamento adequado, com respeito à sua individualidade, às diferenças de linguagem, de cultura, de valores, e assumindo uma posição de escuta atenciosa, direcionando todo o foco de atenção para aquele indivíduo/família naquele momento ímpar da relação. As relações entre trabalhadores e usuários “são otimizadas pelos vínculos que se estabelecem no cotidiano da ação cuidadora no domicílio, centradas nas demandas e necessidades da pessoa cuidada, e são vistas como positivas para garantir a qualidade do cuidado”. Uma situação observada pode ser considerada como característica de uma equipe que está tentando desenvolver um trabalho humanizador. Refere-se à realização de um grupo, o grupo das artérias, com o propósito de proporcionar momentos de lazer e bem-estar para a população e, com isso, garantir um vínculo dessa comunidade com a unidade de saúde, em que participam vários membros da equipe e todos se voltam para a realização de atividades manuais diversas.

A satisfação dos beneficiários e da família são fundamentais não só para recuperação do mesmo, mas para a melhoria e propagação do segmento de trabalho, com isso algumas vantagens são apresentadas e caracterizadas para a avaliação, conforme Leme (2005).

A Assistência domiciliar, o profissional de saúde trabalha com um grau de autonomia maior do que em qualquer outro estabelecimento de saúde.

Nos casos de profissionais de campo, sua maioria, tem controle e flexibilidade sobre sua escala de trabalho, e agenda de serviços, aqueles que trabalham sem vínculo empregatício, contam com uma liberdade de escolha de casos a serem trabalhados, auxiliares e técnicos de enfermagem em regime de turnos possuem uma carga de paciente igual a um.

Diferentemente de o ambiente hospitalar onde o Auxiliar ou Técnico de Enfermagem deve cuidar de inúmeros paciente por turno, na Assistência domiciliar, na maioria das vezes, o Auxiliar e ou Técnico tem a oportunidade de dormir durante seu turno, e ser pago pelo descanso, a maioria dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem tem suas refeições subsidiadas pela família do paciente, o que representa uma economia para o profissional.

A flexibilidade com o agendamento de trabalho/escala proporciona a oportunidade de se gerenciar os compromissos durante a semana, sem a repercussão negativa que teria em um ambiente hospitalar, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e outros terapeutas e profissionais liberais contam com a liberdade de fazer seus próprios horários de atendimento.

O sistema de remuneração presente em uma empresa de Assistência domiciliar apoia uma vantagem financeira interessante, a todos envolvidos, o profissional pode trabalhar tanto quanto desejar, de acordo com suas metas orçamentárias, a vida em um ambiente fora do hospital diminui o risco de adquirir doenças inerentes de ambientes hospitalares;

Maior controle sobre a carga de trabalho permite que o profissional planeje atividades em outras áreas de sua vida, como por exemplo, atender a uma escola, ou universidade. Conforme Leme (2005).

2.5.3 Gestão da qualidade nas redes referenciadas

Além da prestação de serviço em excelência a qualidade e satisfação é fundamental para as empresas de Saúde Suplementar a satisfação do beneficiário é a meta do processo de qualidade: as expectativas e necessidades do usuário do beneficiário é a meta do processo de qualidade: as expectativas e necessidades do usuário devem ser satisfeitas. Por isso, a produção dos serviços de saúde resulta da interação entre usuário e prestador. A qualidade valoriza essa relação e o usuário deixe de ser considerado objeto para assumir a posição do sujeito. Uma vez que se busca a qualidade para diminuir a distância entre o desempenho do serviço e as expectativas dos beneficiários, é interessante verificar os motivos da satisfação ou de insatisfação com os serviços prestados.

A qualidade também é item mencionado e trabalhado pela ANS: É aplicado ao índice de reajuste estabelecido pela ANS, Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, aplicável aos contratos entre os prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde suplementar, quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste, e não há acordo após a negociação, nos primeiros noventa dias do ano. Fator de Qualidade poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos em Nota Técnica atualizada anualmente.

A ANS está divulgando os critérios para aplicação do Fator de Qualidade, que será aplicado aos prestadores hospitalares e demais prestadores de serviços de saúde, conforme, respectivamente,

as Instruções Normativas nº 61/2015 e n.º 63/2016, que complementam a regulamentação da Lei 13.003/2014.

Segundo Ford e Fottler (2000), a constante preocupação dos gestores a respeito da prestação de serviços nas instituições hospitalares, deve-se às responsabilidades ética e social dessas instituições em prestarem uma assistência de qualidade para uma determinada comunidade.

Já a questão do conceito de qualidade aplicado ao setor saúde, suas definições são variadas. Tal fato é atribuído pela visão de quem as define e pela posição que ocupam dentro desse âmbito, sejam eles, gestores, profissionais da área, usuários ou compradores do serviço (Blumenthal, 1996).

2.5.4 O modelo SERVQUAL

Baseando em um modelo de satisfação Parasuraman (1985) propuseram com Oliver (1980) a mensurar a qualidade dos serviços. Dessa forma, a avaliação da qualidade de um serviço, visto pelo cliente, é percebida por meio da diferença entre a sua expectativa, com o seu julgamento. A expectativa e o desempenho e uma medida da qualidade do serviço em relação a satisfação.

Os clientes avaliam os mesmos critérios para chegar num julgamento sobre o serviço prestado, independentemente do tipo do serviço. Estes critérios foram generalizados em 10 categorias denominadas de dimensões de qualidade representadas por fatores críticos da prestação do serviço. (Parasuraman et al., 1985).

Parasuraman et al. (1988), com base as dez dimensões da qualidade dos serviços, desenvolveu um questionário chamada de escala SERVQUAL, utilizada nas ocorrências para mensurar a satisfação dos serviços prestados. Foi feito um refinamento deste instrumento devido aos resultados negativos chegando pela metade com cinco dimensões da qualidade composta por 22 itens.

Estes vinte e dois itens da tabela são divididos pelas cinco dimensões por meio de afirmações e negações, representando características específicas:

Tabela 2 – Dimensões da Qualidade para Serviços Dimensões Descrições

Dimensões	Descrições
Tangibilidade	Aparência das instalações físicas, equipamento, pessoal e matérias de comunicação.
Credibilidade	Habilidade de realizar o serviço prometido confiável e acuradamente.
Presteza	Disposição de atender os clientes e de prestar o serviço rápido.
Segurança	Conhecimento e cortesia dos empregados e habilidade de transmitir confiança e segurança.
Empatia	Carinho, atenção personalizada que a empresa oferece aos seus clientes.

Fonte: Adaptado de Parasuraman et al. (1988)

Parasuraman et. al. (1985), tomando como base as dimensões da qualidade, descritas anteriormente, e o “modelo de gaps”, desenvolveram um questionário denominado de Escala SERVQUAL. Este, por sua vez, consiste no conjunto de dois blocos constituídos das afirmativas que fazem referência à expectativa do serviço e à percepção acerca da qualidade da empresa. Estas observações são avaliadas através de uma escala Lickert de 5 a 7 pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, a qual contém 22 itens que funcionam como mecanismos facilitadores para a mensuração das percepções dos consumidores acerca da qualidade nos serviços entregues, por intermédio da escala de Likert, bem como a mensuração da qualidade para cada categoria de serviço, conforme uma organização representativa (Donnelly et al., 2006). Essa escala permite avaliar as lacunas entre as expectativas e as percepções sobre a qualidade do serviço, bem como acerca de cada uma das dimensões da qualidade (Parasuraman et al. 1988).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa de natureza descritiva, transversal, quantitativa, propõe mensurar o nível de satisfação percebida dos familiares do beneficiário das operadoras de saúde no que diz respeito à qualidade percebido dos serviços de Assistência domiciliar das operadoras de serviços.

Os dados foram coletados a partir do instrumento SERVQUAL enviado pelo Google Forms, foi escolhido como meio de coleta de dados, pela conveniência dos familiares do idoso, que já se utilizam desse meio para inserir informações diárias pertinente ao estado de saúde que o encontra como: alimentação, ingestão e eliminações fisiológicas, cuidados e proteção com a pele e sinais vitais apontados no painel do equipamento eletrônico disponível no PAI monitorizado e atualizado a cada 30 minutos, sua interpretação foi instrumentalizada pela análise de conteúdo dos questionários e dos documentos secundários pesquisados.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A natureza quantitativa valoriza e permite alcançar uma amostra de beneficiários mais representativos da população idosa nos atendimentos domiciliar. Técnicas consideradas de fácil manejo, baixo custo e rápidas de ser aplicadas, podendo ser administradas anonimamente, dispensando a presença de um entrevistador treinado quando o questionário é auto-aplicável. No geral, as escalas ou questionários compostos de subitens que tratam de uma gama de questões incluindo estrutura, funcionamento e avaliação da qualidade do serviço de saúde pelo usuário (Leichner & Perrealut, 1990).

A abordagem descritiva tem como característica principal observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, sem interferência do pesquisador, que busca a explicação dos fenômenos do mundo físico e humano que são estudados, mas não manipulados (Martins & Theóphilo, 2009).

O questionário é um instrumento de coleta de informações, dados e evidências, com objetivo de entender e compreender cada processo e atribuições estruturas anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador (Arlida Schmidt Godoy, 1995a).

Segundo Godoy (1995), a análise documental é o material coletado de natureza diversas, que ainda não recebeu um tratamento analítico e que podem ser reexaminados, sempre buscando

novas e/ou interpretações complementares. Podem ser primários (produzidos por quem vivencia o evento) ou secundários (coletados por pessoas que não estavam presentes na ocasião da sua ocorrência). Tratam-se de materiais escritos, estatísticas e elementos iconográficos (sinais, fotografias, filmes etc.).

No processo estatístico dos dados, será utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 13.0, sendo aplicados os testes de independência X^2 de Pearson e o X^2 de Kendall, na análise da relação entre a variável dependente e as independentes, adotando-se o valor de $p < 0,05$ como nível de significância para a rejeição da hipótese nula.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

3.2.1 Local

A Primeira etapa da pesquisa foi desenvolvida em programas de atenção ao idoso (PAI), localizados na cidade de São Paulo, tem como objetivo definir os atendimentos preliminares seguindo os requisitos: o paciente morar em bairros dentro do perímetro de atendimento e preencher critérios clínicos de inclusão, bem como Doenças crônicas com dificuldade importante para a marcha (Acamado), fragilidade e alto grau de dependência física. Lembrando que pacientes cadeirantes não têm perfil para o PAI.

O atendimento inclui: visitas médicas de rotina na especialidade de Geriatria, visitas de enfermagem para orientação de curativos e dispositivos, como: sondas e gastrostomias, coleta de exames laboratoriais (autorizado apenas para os nossos geriatras visitantes) e contatos telefônicos para esclarecimentos de dúvidas de medicação e para comunicar agravos de saúde do paciente. Cabe frisar que o serviço acima citado é oferecido em caráter de rotina.

Os serviços de assistência domiciliar (SAD) foram selecionados a partir dos serviços de saúde suplementar na cidade de São Paulo, utilizando como critério de seleção o número de beneficiários divulgados pela Agência Nacional de Saúde.

De acordo com a Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [CONEP], trata-se de pesquisa de satisfação de opinião pública, com participante não identificado, não cabendo avaliação ética.

3.2.2 Amostra

A amostra foi construída pelos atendimentos de idosos que utilizam o PAI com profissionais 24 horas. Sendo assim o assistido pela rede referenciada das Operadoras de Saúde na cidade de São Paulo. Foi aplicado o questionário SERVQUAL. Os familiares responderam o questionário no momento em que receberam do profissional ou sozinhos em local reservado, também foi enviado por e-mail com um link direcionando a plataforma Google Forms onde os familiares preencheram o questionário, juntamente a outros programas desenvolvidos pelo PAI (monitoramento de sinais vitais e controle hídrico). Foram excluídos os questionários com respostas parciais das questões. Os familiares levaram em média sete a dez minutos para responderem o SERVQUAL.

Fator de Inclusão: Familiares cujos beneficiários têm assistência de 24 horas pelo PAI.

Fator de Exclusão: Beneficiários com assistência de 12 horas e 6 horas no PAI.

3.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio do questionário estruturado e validados pelo modelo SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1985). O período da coleta de dados foi entre 09 a 23 de fevereiro de 2019 na cidade de São Paulo SP. O primeiro contato foi feito através de ligações telefônicas na residência dos beneficiários explicando todo o procedimento a se realizar para os familiares, onde informei da pesquisa de satisfação relacionada ao atendimento prestado pela equipe multiprofissional atuante naquele momento.

O questionário tem por finalidade avaliar os serviços prestados pela Assistência domiciliar naquela residência, foi explicado a composição do questionário a ser respondido de 22 pares de

afirmativas sendo distribuídos nas dimensões tangibilidade (item 1 a 4), confiabilidade (item 5 a 9), responsabilidade (item 10 a 13), segurança (item 14 a 17) e empatia (item 18 a 22), onde: 1=Discordo Muito, 2=Discordo Pouco, 3=Nem Concordo e Nem Discordo, 4=Concordo Pouco, 5=Concordo Muito, seria enviado por e-mail e através da plataforma Google Forms podendo responder pelo celular.

Em seguida foi esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, que a participação era voluntária, sigilosa sem identificação das pessoas envolvidas por ser uma opinião pública conforme a Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [CONEP], trata-se de pesquisa de satisfação de opinião pública, com participante não identificado, não cabendo avaliação ética.

Houve situações em que o entrevistador foi acionado pela família devido à dificuldade de preenchimento *online*, quando o familiar não atendia aos critérios de inclusão (idade abaixo do estabelecido, escolaridade e incapacidade para responder) tendo que ser orientado pessoalmente.

3.2.4 O Instrumento de Pesquisa

O instrumento SERVQUAL foi enviado por e-mail com um link direcionando a plataforma Google Forms onde os familiares preencheram o questionário, nos casos de dúvidas no preenchimento do mesmo foi aplicado na residência por um profissional.

O questionário aplicado aos beneficiários do PAI, buscou a percepção quanto a satisfação dos cuidados prestados na residência,

Estes vinte e dois itens da tabela são divididos pelas cinco dimensões por meio de afirmações e negações, representando características específicas:

Tabela 2 – Dimensões da Qualidade para Serviços Dimensões Descrições

Dimensões	Descrições
Tangibilidade	Aparência das instalações físicas, equipamento, pessoal e matérias de comunicação.
Credibilidade	Habilidade de realizar o serviço prometido confiável e acuradamente.
Presteza	Disposição de atender os clientes e de prestar o serviço rápido.
Segurança	Conhecimento e cortesia dos empregados e habilidade de transmitir confiança e segurança.
Empatia	Carinho, atenção personalizada que a empresa oferece aos seus clientes.

Fonte: Adaptado de Parasuraman et al. (1988)

A escala Likert de um a cinco é a métrica do SERVQUAL, que compreende desde a total discordância até a total concordância nas afirmativas sobre expectativa e percepção do beneficiário sobre as dimensões abordadas pelo questionário, onde: 1=Discordo Muito, 2=Discordo Pouco, 3=Nem Concordo e Nem Discordo, 4=Concordo Pouco, 5=Concordo Muito.

O questionário é composto de 22 pares de afirmativas sendo distribuídos nas dimensões tangibilidade (item 1 a 4), confiabilidade (item 5 a 9), responsabilidade (item 10 a 13), segurança (item 14 a 17) e empatia (item 18 a 22). O questionário também uma tabela de pontos composta por cinco afirmativa, cada uma delas referente a uma das dimensões abordadas pelo SERVQUAL, onde o entrevistado deveria distribuir 100 pontos entre elas.

QUESTIONÁRIO SERVQUAL

Instruções: Baseado nas suas experiências como utilizador dos serviços de assistência domiciliar oferecido pelos serviços de saúde suplementar, faça um círculo em redor do número escolhido que melhor caracteriza os serviços prestados pelos profissionais de saúde,

1= Discordo Muito,

2 = Discordo Pouco,

3 = Nem Concordo e Nem Discordo,

4 = Concordo Pouco

5 = Concordo Muito.

Não há respostas corretas ou incorretas; só nos interessa que nos indique um número que reflita com precisão o que pensa com respeito às empresas que oferecem o serviço.

CARACTERÍSTICAS	QUALIDADE PERCEBIDA.				
1. Na assistência domiciliar tem equipamentos conservados e modernos.	1	2	3	4	5
2. As Instalações físicas da assistência domiciliar são visualmente bonitas e agradáveis.	1	2	3	4	5
3. Os profissionais de saúde da assistência domiciliar têm aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
4. Relatórios e demais documentos entregues ao paciente ou familiar da assistência domiciliar são de fácil compreensão e visualmente atrativos.	1	2	3	4	5
5. A assistência domiciliar realiza suas atividades no horário marcado.	1	2	3	4	5
6. A assistência domiciliar demonstra interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	1	2	3	4	5
7. A assistência domiciliar executa os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	1	2	3	4	5

8. A assistência domiciliar presta seus serviços no prazo de execução prometido.	1	2	3	4	5
9. A assistência domiciliar apresenta relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	1	2	3	4	5
10. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde informa ao paciente ou familiares com exatidão quando os serviços serão executados.	1	2	3	4	5
11. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde atende prontamente seu paciente.	1	2	3	4	5
12. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde procura ajudar seu paciente.	1	2	3	4	5
13. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde estão disponível para atender aos pedidos do paciente.	1	2	3	4	5
14. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde transmite confiança ao paciente e familiares.	1	2	3	4	5
15. Paciente da assistência domiciliar sentem-se seguros em utilizar os seus serviços.	1	2	3	4	5
16. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde são educados e cortês com o paciente.	1	2	3	4	5
17. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde tem conhecimento	1	2	3	4	5

adequado para responder as perguntas do paciente e familiares.					
18. Na assistência domiciliar, os profissionais de saúde dá atenção individualizada ao paciente.	1	2	3	4	5
19. A assistência domiciliar funciona em horários adequados ao seu paciente.	1	2	3	4	5
20. A assistência domiciliar tem profissionais de saúde que oferecem uma atenção personalizada ao seu paciente.	1	2	3	4	5
21. A assistência domiciliar preocupa-se com os melhores interesses do seu paciente.	1	2	3	4	5
22. Na assistência domiciliar os profissionais de saúde entende as necessidades específicas de seu paciente.	1	2	3	4	5

Instruções: Cinco características do atendimento recebido neste serviço assistência domiciliar estão listadas abaixo. Indique a importância de cada uma destas características na avaliação da qualidade do serviço prestado pelos profissionais de saúde da Assistência domiciliar. Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características, de acordo com o grau de importância em sua avaliação – quanto mais importante for a característica, mais pontos devem ser usados na avaliação. Assegure que o total da avaliação das cinco características some 100 pontos.

1. A aparência das instalações físicas, pessoal e material, material de comunicação e equipamento da assistência domiciliar.	_____ pontos
---	--------------

2. A execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura pela assistência domiciliar.	_____ pontos
3. A ajuda aos pacientes e a Operadora de suas necessidades pela assistência domiciliar.	_____ pontos
4. O conhecimento, a cortesia e a confiabilidade transmitida pelos profissionais de saúde aos pacientes da assistência domiciliar.	_____ pontos
5. A atenção individualizada ao paciente pelos profissionais de saúde da assistência domiciliar.	_____ pontos
TOTAL de pontos atribuídos	100 pontos

Dados do entrevistado: Escolaridade () Superior; () Médio – 5º do 1º grau ao 3º ano do 2º grau; () Primário 1º à 4ª série do 1º grau; () analfabeto.

Idade: _____ **Sexo:** _____

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

No processo estatístico dos dados, utilizado foi o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0 e pelo SAS 9.2., as análises exploratórias (frequência), cálculo da consistência interna (alfa de Cronbach) e Coeficiente Kappa foi realizadas por meio do pacote estatístico.

Foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach. Este indicador é recomendado para análise da consistência interna de instrumentos, por refletir o grau de covariância dos itens si. De acordo com Pasquali (2003) o coeficiente alfa vai de 0 a 1, sendo que 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e 1 indica a presença de consistência de 100%. Valores de alfa de Cronbach

considerados aceitáveis são os maiores que 0,70 por refletirem alto grau de consistência interna (PASQUALI, 1998).

O cálculo do coeficiente Kappa é, seguramente, a principal estratégia utilizada na literatura, quando o interesse é a avaliação da concordância entre métodos traduzidos em forma de categorias. O Kappa expressa a proporção da concordância observada que não é devida ao acaso, em relação à concordância máxima que ocorreria além do acaso (LUIZ, 2009).

Conforme Luiz (2009) há várias classificações para os intervalos de interpretação do coeficiente Kappa, optamos por utilizar o quadro a seguir.

Tabela 3 – Valores do Coeficiente Kappa e critérios de concordância

Valor de Kappa	Concordância
< 0	Pobre
0 – 0,19	Superficial
0,20 – 0,39	Razoável
0,40 – 0,59	Moderada
0,60 – 0,79	Substancial
0,80 – 1,00	Quase Perfeita

Fonte: Luiz (2009, p.351)

Os cálculo do coeficiente Kappa, neste estudo foi adotado uma recategorização da escala Likert, onde 1,2 passaram a ser correspondente a discordo; 3 a neutro e 4, 5 a concordo.

Com relação a alocação de 100 pontos feita pelos entrevistados nas últimas cinco afirmativas do questionário, atribuímos em cada domínio, optando o calculo da média de pontos em cada escores. Foi feita a somatória dos escores de cada domínio, com a distribuição máxima de pontos em cada dimensão. Para as dimensões com quatro itens (tangibilidade, responsabilidade e segurança) o máximo de pontos foi de 28 e para as com cinco itens (confiabilidade e empatia) foi de 35. E a somatória foi dividida em três categorias:

- de 1 a 12 ou de 1 a 15 correspondem a discordo,
- 13 a 16 ou 15 a 20 correspondem a neutro e
- 17 a 28 ou 21 a 35 correspondem a concordo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) foi a primeira tentativa de operacionalização do constructo de satisfação do usuário frente a um serviço. O questionário tem sido utilizado para avaliação de qualidade em diversos ramos da economia (turismo, educação, indústria, transportes, saúde, entre outros) e apóia decisões na busca da melhoria da qualidade, do ponto de vista dos clientes (diferença entre expectativa e percepção).

Identificamos que o questionário SERVQUAL é fundamental na avaliação de qualidade esperada e percebida por beneficiários na Assistência domiciliar. Avaliação foi identificada em todas as publicações a partir das diferenças entre expectativas e percepções nas dimensões que envolvem a qualidade, tanto de clientes como de profissionais da saúde. Os resultados publicados e avaliados emergem a necessidade de incorporação e compreensão da qualidade do atendimento prestado, os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no atendimento ao beneficiário, interferem neste processo.

As dimensões tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, garantia e empatia delimitam os critérios utilizados por beneficiários dos serviços para o julgamento da satisfação. A tangibilidade é a dimensão de menor importância e a confiabilidade é a maior importância na avaliação do beneficiário sobre um serviço recebido (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Os dados foram coletados no período de 09 a 23 de fevereiro de 2019 na cidade de São Paulo, Entre 110 beneficiários de uma empresa que presta serviços de assistência domiciliar apenas 30 são idosos, participaram da pesquisa 26 beneficiários sendo entrevistado os familiares, e 4 recusaram-se a participar do estudo. adotando o seguinte critério: pacientes idosos a partir de 60 anos com atendimento domiciliar 24 horas.

Foi composto por 26 beneficiários e 26 familiares. Os beneficiários 13 (50%) eram homens e 13 (50%) mulheres e entre os familiares 17 (65,39%) homens e 9 (34,61%) mulheres.

Quanto à situação familiar/conjugal dos beneficiários a maioria 18 (69,22%) era casada, 6 (23,10%) solteiro, 1 (3,84%) viúvo e 1 (3,84%) possuía outro tipo de união. Sobre os familiares 21 (80,77%) eram casados e 5 (19,23%) solteiros.

Escolaridade obteve-se 15 (57,70%) beneficiários e 15 (57,70%) familiares com o ensino superior completo e 11 (42,30%) beneficiarios e 11 (42,30%) familiares com o segundo grau completo.

Apresenta-se a baixo a distribuição dos beneficiários que necessitam de atendimento 24 horas.

Tabela 4 – Distribuição dos beneficiários em relação ao atendimento 24 horas

Patologias	N (%)	%
Câncer	09	38,52
Acidente Vascular Cerebral	05	19,21
Alzheimer	05	19,21
Esclerose	06	23,06
Total	26	100

O questionário utilizado neste estudo mede a satisfação dos serviços prestados com uma escala de percepção, nas cinco dimensões da satisfação: tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, segurança e empatia.

As dimensões foram avaliadas baseadas na escala Likert de 1 a 5 (concordância total à discordância total), com evolução positiva do menor para o maior número e o número 3 representado tanto a falta de concordância como falta de discordância com a afirmação colocada.

Para verificação da consistência interna dos itens do questionário utilizado, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach

Tabela 5 – Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL, segundo valores da estatística alfa de Cronbach.

Escala/Subescalas	Alfa de Cronbach
Percepção	0,952
Tangibilidade	0,835
Confiabilidade	0,782
Responsabilidade	0,948
Segurança	0,854
Empatia	0,903

A seguir apresentamos os resultados obtidos com a aplicação do questionário SERVQUAL.

Apresentamos das estatísticas Kappa optamos por apresentar as discordâncias no Apêndice C e as concordâncias nesta seção. Há itens em que não foi possível o cálculo devido ao fato de, em algumas variáveis, uma categoria não ter sido observada na percepção, assim, temos valores de Kappa negativos e/ou baixos.

Os beneficiários e familiares obtivemos a percepção em todas as dimensões. Na Tangibilidade (item 1 a 4) o nível concordância variou de 78,8% a 96,2%, Para Confiabilidade (item 5 a 9) o nível concordância variou de 90,5% a 94,2%, A Responsabilidade (item 10 a 13) o nível concordância variou de 90,5% a 94,2%, Na Segurança (item 14 a 17) o nível concordância variou de 92,4% a 94,2%, Na Empatia (item 18 a 22) o nível concordância variou de 84,6% a 96,2%.

Encontramos menor porcentagem de concordância na percepção para Tangibilidade no item 2 (instalações físicas visualmente bonitas e agradáveis) para Confiabilidade no item 5 (a assistência domiciliar realiza suas atividades no horário marcado) para Responsabilidade no item 13 (os

profissionais de saúde estão disponível para atender aos pedidos do beneficiário) na Segurança no item 14 (o comportamento dos profissionais da saúde transmite confiança aos beneficiários) e Empatia no item 18 (os profissionais de saúde da atenção individualizada ao beneficiário).

As porcentagens de concordância maior relacionada a percepção para Tangibilidade foram referentes ao item 3 (os profissionais de saúde têm aparência e trajas bem cuidados). Para Confiabilidade o item 7 (a assistência domiciliar executa os serviços de procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho) o item 9 (a assistência domiciliar apresenta relatórios, documentos e informações sobre o beneficiário sem erros). Responsabilidade o item 12 (os profissionais de saúde procuram ajudar seus beneficiários). Para Segurança o item 16 (os profissionais de saúde são educados e cortês com os seus beneficiários) e o item 17 (os profissionais de saúde tem conhecimentos adequados para responder as perguntas dos beneficiários). Para Empatia o item 21 (a assistência domiciliar prioriza os interesses do beneficiário).

De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) a aplicação do SERVQUAL não deve ser feita apenas uma vez. Sua primeira utilização deve ser considerada um ponto de partida para periodicamente ser re-utilizado junto a outras formas de avaliação. Concordamos com os autores sobre a necessidade de se repetir a aplicação do questionário rotineiramente para os familiares da satisfação dos serviços prestados. Os dados obtidos podem servir como indicadores para implementação de novas rotinas, mudanças estruturas e de recursos de pessoas.

Quanto aos 100 pontos que foram alocados pelos familiares, no momento da entrevista o grau de importância de cada característica na avaliação de satisfação da assistência domiciliar.

Tabela 6 – Média de alocação de pontos.

Percepção	Característica	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	1º Quadril	Median	3º Quadril	Máximo
Tangibilidade -1	17 a 28	52	17,07	8,27	0	10	20	20	60

Confiabilidade -2	21 a 35	5 2	26,2 5	14,38	10	20	20	30	100
Responsabilidade -3	17 a 28	5 1	17,8 9	5,35	10	15	20	20	30
Segurança -4	17 a 28	5 1	21,8 1	9,89	10	15	20	20	50
Empatia -5	21 a 35	5 0	18,3 5	7,14	10	15	20	20	50

Os beneficiários e familiares possuem maior percepção em relação à tangibilidade e alocaram médias maiores de pontuação a características 1 com 17,07 (DP 8,27).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os fatores de satisfação influenciam a percepção dos serviços prestados a idosos em Assistência domiciliar, na perspectiva da família dos beneficiários das operadoras de saúde,

A segurança do profissional, foi identificado como fator que influencia percepção dos serviços prestados a idosos em Assistência domiciliar, na perspectiva da família e dos beneficiários.

Por meio de análise dos níveis de concordância obtidos, concluímos que o questionário SERVQUAL foi sensível para captar em quais itens de cada dimensão os beneficiários e familiares tiveram a percepção.

É sabido que a Assistência domiciliar, serve como uma ferramenta de controle e redução de custo, já que além das despesas relacionadas à internação, o atendimento exclusivo e o conforto dedicado ao paciente contribuem para o seu melhor restabelecimento, além da redução de risco e demandas decorrentes de possíveis infecções hospitalares, diminuindo a geração de novas despesas. Tendo em vista esses benefícios para o beneficiário, percebe-se claramente uma

possibilidade mais ampla de controle maior de recursos para empresa. Onde o gestor aumenta suas possibilidades de administrar com mais eficiência os recursos humanos, materiais e financeiros da empresa e aumentar o lucro e a visibilidade da empresa.

Observou-se nesse estudo que será de responsabilidade do gestor implantar processos bem definidos, para que todos saibam como cada atividade interna é desenvolvida, e que, todos os envolvidos no processo precisam de organização para realizar um bom trabalho. Conclui-se que em Empresas de Assistência domiciliar o processo de trabalho é responsabilidade de gestor e dos colaboradores para ter como resultado retorno do investimento e humanização na assistência à saúde.

Propor para a rede referenciada ações que atendem os familiares dos beneficiários em sua residência, identificando as falhas relativo aos atendimentos e corrigindo com orientação da equipe multidisciplinar, introduzir atividades de educação em saúde na residência do beneficiário que proporciono bem-estar para o idoso, associando técnicas e práticas em saúde (manequins).

Como medida preventiva: desenvolver material educativo para prevenir acidentes na ausência do cuidador ou familiares que se refere ao *layout* da residência, desenvolver indicadores que auxiliam os gestores na tomada de decisão na troca ou diminuição da carga horaria da rede referenciada.

5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

Os resultados deste estudo fornecem subsídios para o desenvolvimento de novas investigações que analisem a satisfação do atendimento domiciliar simultaneamente em outras instituições semelhantes, abordando além do beneficiário, familiares e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS:

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Home Care. Disponível em <
http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=columnn-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2870410&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=home-care&inheritRedirect=true> acesso em 08 Jul 2018.
- BLUMENTHAL, D. Quality of health care – Part: Quality of care: what is it? The New England Journal of Medicine, v.335, p. 891-894, 1996.
- BORGES, M. M. M. C. TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- CARRIERI, A.P.; LEITE-DA-SILVA, A. Aspectos simbólicos da gestão organizacional. 2007.
- Chiba T. Assistência ao idoso terminal. Gerontologia “a velhice e o envelhecimento em visão globalizada”. São Paulo. Atheneu, 2001.
- DAL BEM, L.W.; GAIDZINSKI, R.R. *Home care*: planejamento e administração da equipe de enfermagem. São Paulo: Andreoli, 2007.
- DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.1. p.3-17.
- DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.O. Assistência Domiciliária: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2005.
- DUARTE, Y.A.O & DIOGO, M.J.D E., Um Atendimento Domiciliar enfoque Gerontológico. São Paulo : Atheneu, 2000, p 3-17.
- DUARTE, Y.A.; DIOGO, M.J. (Orgs.). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 3-18.

- ELIOPOULOS, C. Enfermagem gerontológica. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ERDMANN, A.L.; MELLO, A.L.S.F; MEIRELLES, B.H.S.; MARINO, S.R.A. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-471, jul./ago. 2004.
- FAGERSTRÖM C.; MELCHIORRE, M.G.; GRECO, C.; DEVILLÉ, W. Home Care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Services Research, London, v. 11, p. 1-14, 2001.
- FABRÍCIO, S.C.C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.721-726, 2004.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Home care for the elderly: problem or solution?. , Cad. Saúde Pública , 2004, vol.20, no.4
- FERNANDES, M. G. M. Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes: análise conceitual. 2003. 190f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. João Pessoa, 2003.
- FORD, R. C.; FOTTLER, M. D. Creating customes focused health care organizations. Health Care Management Review. V5, n4, p 18-33, 2000.
- GENET, N.; BOERMA, W.G.W; KRINGOS, D.S.; BOUMAN A.; FRANCKE A.L.; KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre assistência domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar. 2008.
- LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R.; GIACOMOZZI, C.M. VENTURI, K.K.; TRUPPEL, T.C. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde . 2007.
- LUECKE, Richard. *Criando equipes*. Tradução de Ryta Magalhães Vinagre. Rio de Janeiro: Record, 2010. 210 p.
- LEME, Edvaldo de Oliveira. Profissionais: Vantagens. Portal Assistência domiciliar, 2015. <http://portalhomecare.com.br/vantagens/> acesso em 21/05/2018.
- LEME, Edvaldo de Oliveira. História do Assistência domiciliar. Portal Assistência domiciliar. 2005. <http://portalhomecare.com.br/historia-do-home-care/> acesso em 22/05/2018.

JACOB FILHO,WILSON; FARTEL, ELINA LIKA. GERIATRIA E GERONTOLOGIA BÁSICAS. SÃO PAULO: EDITORA ELSELVIER, 2011.

MARIN, MJS. ANGERAMI, ELS. CARACTERIZAÇÃO DE UM GRUPO DE IDOSAS HOSPITALIZADAS E SEUS CUIDADORES VISANDO O CUIDADO PÓS ALTA HOSPITALAR. VER ESC ENFERM. USP 2002.

Mercadante, E. F. A. A construção da identidade e da subjetividade do idoso. Tese de Doutorado. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

Neri, A. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus, 1993.

Neri, A. y Freire, S. A. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus, 2000.

RICCI, NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):655-62.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos de População, São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006. Disponível em: Acesso em: set. 2016.

SILVA, K.L.; SENA, R.; LEITE, J.C.A.; SEIXAS, C.T.; GONÇALVES, A.M . Internação domiciliar no sistema único de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

TAVOLARI, Carlos Eduardo Lodovici; FERNANDES, Fernando; MEDINA, Patrícia. O desenvolvimento do “Home HealthCare” no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, v. 3, n. 9, p. 15-18, Out./Dez. 2000.

APÊNDICE C – TABELS DE COEFICIENTES KAPPA

Expectativa 1	Percepção 1		
	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	5 (9,5)	1 (1,9)	46 (88,6)
Kappa (IC95%)	*		

Expectativa 2	Percepção 2		
	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	8 (15,2)	2 (3,8)	41 (78,8)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,11; 0,07)		

Expectativa 3	Percepção 3		
	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	50 (96,2)
Kappa (IC95%)	*		

Expectativa 4	Percepção 4		
	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	1 (1,9)	50 (96,2)
Kappa (IC95%)	*		

Expectativa 5	Percepção 5		
	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,7)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	47 (90,5)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,15; 0,10)		

Expectativa 6	Percepção 6		
	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,22; 0,18)		

Percepção 7			
Expectativa 7	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	1 (1,9)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 8			
Expectativa 8	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	0,24 (0,10; 0,36)		

Percepção 9			
Expectativa 9	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,28; 0,23)		

Percepção 10			
Expectativa 10	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	0,23 (0,03; 0,43)		

Percepção 11			
Expectativa 11	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	48 (92,4)
Kappa (IC95%)	-0,04 (-0,31; 0,24)		

Percepção 12			
Expectativa 12	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	2 (3,8)	48 (92,4)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,18; 0,14)		

Percepção 13			
Expectativa 13	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	2 (3,8)	1 (1,9)	47 (90,5)
Kappa (IC95%)	-0,04 (-0,24; 0,17)		

Percepção 14			
Expectativa 14	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	2 (3,8)	48 (92,4)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,18; 0,14)		

Percepção 15			
Expectativa 15	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,28; 0,23)		

Percepção 16			
Expectativa 16	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,28; 0,23)		

Percepção 17			
Expectativa 17	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	1 (1,9)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,22; 0,18)		

Percepção 18			
Expectativa 18	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (1,9)	0 (0,0)	4 (7,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	1 (1,9)	44 (84,6)
Kappa (IC95%)	0,20 (-0,20; 0,60)		

		Percepção 19		
Expectativa 19		Discordo	Neutro	Concordo
Discordo		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro		0 (0,0)	0 (0,0)	4 (7,6)
Concordo		2 (3,8)	0 (0,0)	46 (88,6)
Kappa (IC95%)		-0,03 (-0,15; 0,10)		

		Percepção 20		
Expectativa 20		Discordo	Neutro	Concordo
Discordo		0 (0,0)	0 (0,0)	4 (7,6)
Neutro		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo		1 (1,9)	1 (1,9)	45 (86,5)
Kappa (IC95%)		-0,05 (-0,10; 0,01)		

		Percepção 21		
Expectativa 21		Discordo	Neutro	Concordo
Discordo		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo		1 (1,9)	0 (0,0)	50 (96,2)
Kappa (IC95%)		-0,01 (-0,14; 0,12)		

		Percepção 22		
Expectativa 22		Discordo	Neutro	Concordo
Discordo		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo		3 (5,7)	0 (0,0)	47 (90,5)
Kappa (IC95%)		-0,04 (-0,24; 0,17)		