

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

LAIANE NASCIMENTO OLIVEIRA

**ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO INDICADOR DA
QUALIDADE DO ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE
UTILIZAM O AMBULATÓRIO NUTRICIONAL**

Cuité-PB

2015

LAIANE NASCIMENTO OLIVEIRA

ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO INDICADOR DA QUALIDADE DO
ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE UTILIZAM O AMBULATÓRIO
NUTRICIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel em
Nutrição.

Orientador (a): Prof. (a). Msc. Ana Paula de
Mendonça Falcone

Cuité-PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

O48e Oliveira, Laiane Nascimento.

Elaboração de instrumento indicador da qualidade do atendimento para pacientes que utilizam o ambulatório nutricional. / Laiane Nascimento Oliveira. – Cuité: CES, 2015.

90 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Ana Paula de Mendonça Falcone.

1. Ambulatório de nutrição. 2. Qualidade em saúde. 3. Qualidade da assistência à saúde. I. Título.

CDU 612.3

LAIANE NASCIMENTO OLIVEIRA

ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO INDICADOR DA QUALIDADE DO
ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE UTILIZAM O AMBULATÓRIO
NUTRICIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel
em Nutrição, com linha específica em Nutrição
Clínica.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Msc. Ana Paula de Mendonça Falcone
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Orientadora

Profa. Dra. Izayana Pereira Feitosa
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Examinadora

Prof. Msc. Jefferson Carneiro de Barros
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Examinadora

Cuité-PB

2015

A meu inesquecível pai (in memoriam) pela realização que lhe proporcionaria vivenciar esse momento. A minha mãe e irmãos por serem fonte inesgotável de força e amor.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou. Mesmo sem merecer, Deus tem me presenteado todos os dias, me embebedado no seu amor e me faz acreditar num mundo mais justo, mais humano e mais fraterno, crença essa que me mantém em pé todos os dias.

Aos meus pais Meire e Carlos (in memoriam), a vocês que me deram a vida e ensinaram a vivê-la com dignidade, que tanto me apoiaram e me amaram, vocês são meu exemplo de força e coragem que fizeram com que eu nunca desistisse dos meus sonhos. Obrigada pelos sacrifícios e renúncias em favor de me oferecer o melhor de suas possibilidades. Obrigada por fazer de mim o que sou agora. Eu os amo!

Aos meus irmãos Carlos Ney, Ramon e Fernanda que são grande parte da minha fonte de inspiração, permanecendo sempre presente na partilha de minhas conquistas e frustrações. Agradeço pela força e motivação, pelas correções, por toda energia positiva, pelos diálogos e conselhos que sem dúvida foram e serão imprescindíveis para minha vida pessoal e profissional.

A todos da minha família que, de alguma forma, incentivaram-me na constante busca pelo conhecimento. A minha avó Lourdes, por me apresentar a simplicidade e o gosto pela vida, transmitindo-me valores sem os quais jamais teria me tornado pessoa, buscando de fato todos os dias, ser mais humana e sensível às necessidades dos outros.

A Guilherme, homem que adentrou em minha vida e me faz crescer como mulher, como pessoa, como futura nutricionista, que me fez enxergar um mundo novo. Obrigada por todo amor, carinho e paciência que tem me dedicado, por estar sempre ao meu lado, pelas correções e compreensão. Apesar da distância física seu apoio foi muito importante para a conclusão desta etapa.

Ao meu querido sexteto Amanda, Carolina, Caroliny, Flaviany e Morganna por sempre estarem perto, ouvindo minhas angústias e dividindo momentos alegres. Especialmente a Amanda que me ajudou a rodar os dados para os resultados e enxugou minhas lágrimas no finalzinho desta etapa. Deus na sua

infinita sabedoria cruzou nossos caminhos, possibilitando esta amizade. Sou muito grata por tê-las presente em minha vida.

As minhas amigas de toda vida, Mona, Lisa e Juli. Obrigada pelo amor de sempre, pelo abraço fraterno, pelas conversas cheias de carinho. Obrigada por entenderem minha ausência nesses 5 anos e por nunca me abandonarem, mostrando o verdadeiro valor de uma amizade sólida, honesta e verdadeira.

A minha professora orientadora Ana Paula de Mendonça Falcone, por sua orientação segura e competente. Seu estímulo constante e testemunho de seriedade, permitiram-me concretizar este estudo. Agradeço também pela compreensão de meus limites e ousadias, auxiliando-me com sua imensa sabedoria e paciência. Seus ensinamentos têm ultrapassado os limites do profissional: conduta, caráter e exemplo sendo fonte de inspiração para minha vida. Obrigada por acreditar no meu trabalho.

Agradeço a todos pacientes e profissionais da Nutrição que gentilmente aceitaram participar da pesquisa, contribuindo assim para a concretização deste trabalho.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê” (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

OLIVEIRA, L. N. **Elaboração de um instrumento indicador da qualidade do atendimento para pacientes que utilizam o ambulatório nutricional**. 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

Algumas pesquisas evidenciam o aumento de doenças relacionadas ao desequilíbrio nutricional, o que tem gerado um aumento na demanda da procura pelo ambulatório nutricional. A partir do crescimento do atendimento clínico nutricional, é preciso avaliar a qualidade da assistência prestada. Nesse contexto, uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade do serviço é o emprego de indicadores, visando o acesso, eficiência, confiabilidade e completude dos processos de trabalho e resultados, constituindo, desse modo, uma prática valiosa para avaliação nos serviços de saúde. Após revisão de literatura sobre o tema, foi realizada uma estruturação do Inquérito “Instrumento de avaliação da qualidade ambulatorial de Nutrição”. Durante a construção do questionário, foram considerados os principais fatores que oferecessem subsídios para qualidade dos serviços de saúde, e que se encaixam no conceito responsividade para a Nutrição. Em seguida, realizou-se uma validação semântica objetivando verificar a compreensão do questionário, uma vez que um indicador deve ser fundamentado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre o serviço que recebe. Na Nutrição, ainda não existe um controle da qualidade da assistência, para isso é necessário um processo de avaliação capaz de identificar a estrutura, o processo e o resultado do trabalho nutricional. Este trabalho objetivou a produção de um indicador avaliador da qualidade ambulatorial, tornando possível seu uso para organizar estratégias, dimensionar melhor o pessoal, gerenciar recursos físicos, materiais e econômicos na busca por melhores padrões de qualidade.

Palavras-chave: Ambulatório de nutrição. Qualidade em saúde. Qualidade da assistência à saúde.

OLIVEIRA, L.N. **Development of an instrument indicator of quality of care to patients using nutritional clinic**. 2015. 90f. Work Completion of course (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

ABSTRACT

Some studies show an increase in diseases related to nutritional imbalance, which has generated an increase in demand for seeking nutritional clinic. From the nutritional clinical care growth, you need to assess the quality of care. In this context, one of the tools to monitor the quality of service is the use of indicators, seeking access, efficiency, reliability and completeness of work processes and results, and is thus a valuable practice for evaluation of health services. After review of the literature on the subject, structuring the survey was carried out "Assessment Tool outpatient Improved Nutrition". During the construction of the questionnaire, the main factors that would provide subsidies to quality health services were considered, and that fit responsiveness concept for Nutrition. Then there was a semantic validation aiming to verify the understanding of the questionnaire, as an indicator should be based on the user's understanding when expressed your opinion about the service you receive. In nutrition, there is still no control of the quality of care for that an evaluation process able to identify the structure, the process and the result of nutritional work is needed. This study aimed to produce a reviewer indicator of outpatient quality, making possible its use for organizing strategies, better scale the staff, manage physical, material and economic in search of better quality standards.

Keywords: Nutrition Clinic. Quality in health. Health care quality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1-	PASSOS PARA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
FIGURA2-	ESCALA LIKERT E ÍCONES DE SATISFAÇÃO DA ESCALA HEDÔNICA FACIAL.....	38
QUADRO	1- ASPECTOS RELACIONADOS A ESTRUTURA	40
QUADRO	2- ASPECTOS RELACIONADOS AO PROCESSO.....	41
QUADRO	3- ASPECTOS RELACIONADOS AOS RESULTADOS.....	46

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA CADA UMA DAS QUESTÕES APRESENTADAS.....49

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO PARA CADA UMA DAS QUESTÕES APRESENTADAS.....52

LISTA DE SIGLAS

ADA- *American Dietetic Association*

AMB- Área muscular do braço

ANS- Avaliação Nutricional Subjetiva

BIA- Bioimpedância elétrica

CMB- Circunferência muscular braquial

DCNT- Doença Crônica Não Transmissível

ILSI-Brasil- *International Life Science Institute- Brasil*

IMC- Índice de Massa Corpórea

NCHS- *National Center for Health Statistics*

OMS- Organização Mundial da Saúde

PCT- Prega cutânea tricípital

PNH- Política Nacional de Humanização

PNHAH- Programa de Humanização da Assistência Hospitalar

PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SPSS - *Statistical Packet for Social Sciences*

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidades Básicas de Saúde

WHO- *World Health Organization*

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	3
2.OBJETIVOS	5
OBJETIVO GERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
3.REVISÃO DA LITERATURA	5
3.1 O TRABALHO EM SAÚDE: O QUE ENVOLVE CUIDAR NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	6
3.2. QUALIDADE EM SAÚDE.....	9
3.3 ATENDIMENTO AMBULATORIAL NUTRICIONAL.....	12
3.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CAMPO DA SAÚDE.....	16
3.5 INDICADORES EXISTENTES NA NUTRIÇÃO.....	20
3.6 INDICADORES DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	23
4.METODOLOGIA	30
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	30
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	30
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	31
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
4.5 PROCEDIMENTOS.....	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 DO INQUÉRITO.....	36
5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	48
5.3 VALIDAÇÃO SEMÂNTICA	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58

APENDICES.....	73
ANEXOS.....	88

1. INTRODUÇÃO

A nutrição adequada é fundamental para a saúde em todas as fases da vida. Os danos à saúde decorrentes do consumo insuficiente ou excessivo de alimentos são alvo de constante discussão entre os estudiosos e doutrinadores que tratam do tema. O estado nutricional expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas, resultando do equilíbrio entre sua ingestão e necessidades (BOSCO, et al 2013).

Contudo, alterações no balanço energético contribuem para o surgimento de morbidades e riscos de mortalidade, que apresentam caráter epidêmico de grande prevalência. A modernização das sociedades é apontada pelos epidemiologistas como responsável pelo crescimento acelerado da relação sobrepeso/obesidade na população, que é consequência da chamada transição nutricional, caracterizada por um aumento exagerado do consumo de alimentos ricos em gordura e com alto valor calórico, adjunto a redução da prática de atividade física e incremento de hábitos que não geram gasto calórico (COSTA, 2005).

Em virtude desse desequilíbrio energético, ampliou-se a incidência do conjunto das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), cujo bloco abarca ainda diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, infarto do miocárdio e alguns tipos de cânceres. Esse conjunto de doenças constitui um dos principais problemas de saúde no mundo, pela alta ocorrência e pela expressão no padrão de morbidade adulta.

Estimativas da *World Health Organization* (WHO) apontam que as DCNT, como derrame, câncer, doenças cardíacas, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são, de longe, a principal causa de mortalidade no mundo, representando 63% do total de óbitos (WHO, 2005). Em decorrência do acelerado desenvolvimento das DCNT's, cresce a demanda por serviços nutricionais ambulatoriais.

A partir do crescimento da procura por atendimento clínico nutricional, é preciso avaliar a qualidade da assistência prestada. Nesse contexto, uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade do serviço é o emprego de indicadores, visando o acesso à eficiência, confiabilidade e completude dos

processos de trabalho, constituindo, desse modo, uma prática valiosa para avaliação nos serviços de saúde.

O uso de indicadores possibilita aos profissionais monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários e as organizações, conseqüentemente melhorando como os profissionais de saúde e os processos organizacionais atendem às demandas desses usuários (TRONCHIN, et al, 2009).

Avaliar as ações de saúde, atualmente, significa assumir um lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. É tendente considerar as especificações de cada contexto, abrangendo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização das práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Entendendo a avaliação da qualidade à assistência prestada como um dos componentes da garantia da qualidade dos serviços de saúde, o atual cenário nos mostra uma necessidade de avaliação adequada à prática no ambulatório nutricional, visto o aumento da demanda ambulatorial. Principalmente na busca da qualidade de vida, manutenção ou recuperação do estado nutricional e melhoria do quadro clínico em patologias específicas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL: Elaborar uma ferramenta como processo de avaliação da qualidade de atendimento em ambulatório nutricional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar revisão literária acerca do atendimento no ambulatório nutricional;
- Selecionar indicadores de medição na qualidade do atendimento nutricional;
- Padronizar os parâmetros da qualidade do ambulatório nutricional.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O TRABALHO EM SAÚDE: o que envolve cuidar na assistência à saúde

A noção de cuidado em assistência à saúde fundamenta-se nas conjecturas de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, embora represente a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo (AYRES, 2004).

O termo cuidado compreende práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham como produto final o cuidado, está subentendido que nos serviços estejam acontecendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade e autonomia dos serviços envolvidos, as necessidades em saúde, a resolubilidade, o compromisso e o social (FERRI, 2006).

Boff (1999) traz a concepção do cuidado como atitude de ocupação, preocupação de responsabilização, e de envolvimento afetivo com o outro.

Segundo Candeias (1992), assistência seria ação que vai ao encontro das necessidades de saúde de qualquer grupo social. Nas relações dos serviços existe “quem assiste” e “quem é assistido”, sem ocorrer no entanto a passividade do segundo, sendo então semelhante ao cuidado.

Silva Junior e Mascarenhas (2004, p 243) trazem definições sobre o que seria acolher: “É uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelos usuários e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde.” Mehry e Onocko (1997), dizem que é uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço de saúde tem que estabelecer com os seus usuários, alterando a relação fria impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde.

Tradicionalmente, o termo cuidado é adotado pela área de enfermagem. Borestein et al. (2003), expandindo este conceito para a área de saúde, destacam que o cuidado é um encontro instituído entre a pessoa que cuida e quem é cuidado, manifestando-se através de ações profissionais disciplinares e interdisciplinares que se dão no processo de interação terapêutica entre os seres humanos.

Diante disso, estar ciente das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade de um vínculo profissional/cliente, um aspecto fundamental para a assistência humanizada, aumentando a resolubilidade do serviço. O entendimento de que a saúde da população e das pessoas, individualmente, é determinada pelo que acontece no cotidiano, que é decorrente das relações pessoais e econômicas. Assim, o profissional deve ter conhecimento abrangente dos profundos fatores relacionados e dos problemas que afetam a saúde da população atendida pela instituição, bem como sua condição socioeconômica, necessidades e carências, crenças e valores culturais, dentre outros aspectos (HOGA, 2004).

No campo da saúde, o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de Direitos Humanos expressos individual e socialmente, referindo-se a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos. A fonte mais recente dos princípios da humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), que se funda nas noções de dignidade e igualdade de todos os seres humanos.

Do ponto de vista empírico, os direitos dos pacientes se modificam de acordo com contextos culturais e sociopolíticos. São resultado do modo como se estruturam, implementam e distribuem os direitos individuais, sociais e políticos em cada lugar do país, assim como o modo que se instituíram as formas de relação entre profissional e paciente. Tanto o reconhecimento legal de direitos quanto a sua aplicação são condicionados por essas variáveis (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Para o Ministério da Saúde, o núcleo do conceito de humanização é a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde. Essa noção começou a ser mais amplamente utilizada na área da saúde a partir dos anos 90, quando surgiu a visão que o modelo tradicional que caracteriza essa relação tem sido descrito por alguns estudiosos como aquele centralizado no médico, na doença e na medicalização, pautando-se em uma relação que tende a ser mais autoritária, na qual o paciente e suas necessidades têm papel passivo e o médico passa a ser o detentor de todo o conhecimento. Percebendo-se que a prática médica havia se tornado impessoal e desumana. O conceito de humanização foi estabelecido como princípio de dois programas de saúde no setor público brasileiro, o Programa de Humanização no

Pré-natal e Nascimento – PHPN e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, entretanto estes programas, de modo geral, não mantinham articulação entre si e tinham um caráter fragmentado, culminando assim com a Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2004).

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo antes da constituição da PNH, em 2003, o tema da humanização, às vezes sob outras designações, aparece em vários contextos, geralmente ligado à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, e mais recentemente aos trabalhadores da saúde. Pelo lado dos usuários, a reivindicação pode ser sintetizada pelo clamor de qualificação e de ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços. Os trabalhadores ou parte deles, por sua vez, querem melhores condições de trabalho e de formação, para lidar satisfatoriamente com a intensidade do impacto que o enfrentamento cotidiano da doença e do sofrimento impõem, bem como para dar conta dos desafios da assistência nas perspectivas da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde (SOUZA; MENDES, 2009).

Na maioria das vezes, aplica-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que estime a qualidade do cuidado com enfoque técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda na valorização do profissional e do diálogo das equipes profissionais (DESLANDES, 2004).

Essa inquietação sobre o cuidado se articula intimamente à noção de integralidade. A integralidade constitui um dos pilares formadores do SUS no Brasil e exerce uma função pluridimensional que impõe um olhar expandido sobre o homem, a saúde e o cuidado, exprimida na necessidade de múltiplos olhares diante de um determinado objeto (ALVES, 2005).

O projeto de humanização dos serviços contém, dentre suas ações, a avaliação periódica da satisfação dos usuários e dos profissionais, envolvendo três aspectos fundamentais: capacitação permanente dos profissionais de saúde e criação de condições para sua participação na identificação das melhorias necessárias às suas condições de trabalho; criação de condições para a participação ativa do usuário na avaliação da qualidade dos serviços; participação da comunidade organizada como parceira dos agentes públicos em ações de apoio e acompanhamento dos serviços (BRASIL, 2006).

Silva (2010) destaca que a definição de padrões assistenciais é de fundamental importância implementar o controle da qualidade do cuidado na assistência à saúde. Veio orientar propostas para assegurar a proteção dos direitos humanos fundamentais e promover a humanização da assistência a todos os pacientes (WHO, 1994).

3.2 QUALIDADE EM SAÚDE

Entendendo-se pois que o principal objetivo dos serviços de saúde seria oferecer serviços de melhor qualidade possível, é necessário discutir as dimensões do atributo qualidade, de forma que o estabelecimento de indicadores que meçam essa característica possa ser compreendido.

Desde que teve início o atendimento médico-hospitalar, pôde-se identificar uma preocupação com a qualidade, uma vez que se torna inaceitável o fato de alguém operar sobre a vida de seu semelhante sem mostrar a intuito de fazê-lo com a melhor condição possível (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A preocupação com a qualidade tem estado presente na história da humanidade e seu conceito evoluiu historicamente, associado ao processo político, econômico e cultural de cada época (LEITÃO; KURCGANT, 2004).

Donabedian (1992) relata que na redefinição do sentido da qualidade, deve-se desenvolver o embasamento científico para dimensionar a efetividade e a eficiência; equilibrar a assistência prestada nos aspectos técnicos e nas relações interpessoais, bem como na efetividade, nos custos e nos valores individuais e sociais.

O tema qualidade da assistência à saúde tem várias origens e todas decorrem do aumento pela procura dos serviços de saúde, seus custos crescentes e recursos limitados para manter estes serviços, assim como os Direitos Humanos, conscientização dos usuários, reivindicações de gestores e profissionais de saúde por condições dignas de trabalho (MOTA et al; 2007).

Os autores Duarte e Ferreira (2006 p.64), reportando-se a Donabedian (1990), verificaram que o tema qualidade já aparecia em pauta no setor da saúde, e adotam o conceito que “qualidade no campo da saúde deve ser entendida como

obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos e custos para os usuários”.

O Ministério da Saúde define qualidade como grau de atendimento a padrões estabelecidos, frente às normas e protocolos que organizam essas ações práticas (BRASIL,2006).

O termo qualidade estaria anexo a um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado, tais como, efetividade, eficiência, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992).

Vale salientar que o conceito qualidade em saúde é subjetivo e difícil de ser definido. Para Fernandes et al (2000), apesar de seu uso generalizado, ele continua vago e polêmico. Conceituar qualidade traz muitas implicações e paradigmas que vão desde o saber científico até o senso comum.

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, quando referiam-se à satisfação do paciente, tinham por objetivo conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos (WILLIAMS, 1994).

Em 1993, a OMS definiu a qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos, dentre os quais estão inclusos: alto grau de competência profissional, eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, alto grau de satisfação dos pacientes e uma implicação favorável na saúde (GILMORE, 1997).

Com Donabedian (1994), a ciência de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os pacientes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como

era comum nos objetivos de estudos anteriores (SHAW, 1986; VUORI, 1987; WILLIAMS, 1994).

A qualidade de um serviço é resultado do comprometimento e responsabilidade dos sujeitos envolvidos que, dispostos a oferecer um bom atendimento, prezam por não ferir os aspectos sociais, éticos e religiosos do cliente, cumprindo suas tarefas com êxito. Partindo desse pressuposto, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde torna-se fundamental no sentido de buscar a satisfação do usuário, permitindo detectar problemas e falhas no processo de atendimento prestado ao cliente. Todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado devem participar do desenvolvimento e implementação dos processos avaliativos em razão de legitimá-lo e garantir um maior envolvimento na busca pela qualidade (RODRIGUES, 2011).

A qualidade em saúde é considerada segundo o grau em que os cuidados ao usuário aumentem a possibilidade da desejada recuperação e reduzam a perspectiva do acontecimento de eventos indesejados. Qualidade não constitui um atributo abstrato, pois é construída pela avaliação assistencial, abrangendo a análise da estrutura, do processo e do resultado (TRONCHIN, et al, 2009). Para viabilizá-la, é necessário que as instituições reconheçam a sua dimensão conceitual, juntamente com seu contínuo monitoramento (MIGUEL, 2001).

A qualidade vem sofrendo alterações ao longo da história e um novo modelo em relação ao gerenciamento das instituições reconhece que a qualidade não é só atributo de um produto ou serviço, mas é também a medida de um relacionamento de todos envolvidos no processo (SILVA, 2010).

As políticas e as metas organizacionais, voltadas para o assistir balizado nos pressupostos de segurança e da satisfação dos seus usuários e dos profissionais, devem permear a qualidade nos serviços de saúde (TRONCHIN et al, 2009).

Com o passar do tempo, a “satisfação do usuário” passou a denominar um conjunto amplo e heterogêneo de pesquisas, sempre com o objetivo de saber a opinião dos usuários de serviços de um modo geral, públicos ou privados. O termo usuário também passa a ser utilizado nas pesquisas de avaliação em saúde. Essas pesquisas vieram focalizar as distintas dimensões que envolvem o cuidado

à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O uso de metodologias da qualidade torna-se valioso quando se considera a situação contemporânea dos serviços de saúde do país, ou seja, a escassa utilização de planejamento estratégico, a ausência de um sistema de informações confiáveis, a carência de um sistema de gestão fundamentado na melhoria do processo e centrado em resultados, a carência de indicadores de desempenho e de qualidade, enfim, a inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a qualificação da estrutura organizacional e, principalmente, para satisfação de seus clientes e usuários (SILVA,2010).

Contemporaneamente, nos serviços de saúde, o conceito de qualidade vem sendo muito expandido e discutido em organizações comprometidas em desenvolver programas e ações que atendam às necessidades e expectativas dos usuários. O movimento da qualidade iniciado no setor industrial foi difundido para o setor de serviços e, rapidamente, adotado pelos serviços de saúde, que incorporaram as teorias básicas de controle da melhoria da qualidade. Nessa direção, ações de melhoria do processo de produção das ações da qualidade à saúde também tem ganhado destaque entre serviços e pesquisadores (NONINO,2006).

3.3 ATENDIMENTO AMBULATORIAL NUTRICIONAL

A nutrição é fundamental para promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida, pautada em princípios éticos, com reflexões sobre a realidade econômica, política, social e cultural dos indivíduos (NOGUEIRA,2005).

O estilo de vida contemporâneo tem gerado sérias consequências à saúde da população. Se por um lado, a modernidade, a industrialização e a tecnologia propiciaram um maior desenvolvimento econômico, rapidez na transmissão de informações e maior conforto, por outro, excitaram um estilo de vida sedentário e perda da qualidade alimentar (NOGUEIRA,2005).

Evidências epidemiológicas indicam que 1,4 bilhões de pessoas no mundo estão com excesso de peso e, no Brasil, 40% da população está acima do peso. Tal realidade expõe a população ao aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, como a obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes mellitus, osteoartrite, osteoporose, câncer de mama, de endométrio e de cólon. O aumento destas doenças, induz a população a procurar pelo atendimento nutricional (MATIAS, 2010). Projeções baseadas em inquéritos populacionais realizados nas últimas décadas estimam que a obesidade atinja, em 2025, 40% da população nos EUA, 30%, na Inglaterra, e 20%, no Brasil (CONDE,2011).

Normalmente, a procura pela consulta nutricional acontece motivada por um problema de saúde ou pela indicação de um médico para que a pessoa seja orientada por um nutricionista sobre a alimentação adequada ao seu caso, para controle, tratamento ou prevenção de alguma doença. Essa procura pode ocorrer, ainda, espontaneamente, quando a própria pessoa identifica que sua alimentação precisa ser melhorada. A busca por orientação alimentar tem crescido significativamente, em expressão ao reconhecimento da influência da alimentação sobre a saúde (NOGUEIRA,2005).

O atendimento nutricional é efetuado quando indivíduos sadios solicitam espontaneamente orientação nutricional, ou para correção de excesso de peso, bem como por encaminhamento médico para os portadores de doenças que necessitem de dietas específicas (STRINGHINI et al, 1997).

Em regra, o principal objetivo da procura pela dietoterapia é a perda de peso, pois este fator melhora as condições clínicas e metabólicas, quando o excesso de peso se faz presente, o que ocorre na maioria dos casos. O tratamento das doenças DCNT deve acontecer de forma individualizada, processo em que se avalia o indivíduo fisiologicamente e se faz investigações acerca de seu histórico familiar, pessoal e alimentar, propiciando a descrição do perfil clínico e nutricional para traçar estratégias a serem seguidas (OLIVEIRA; LORENZATTO; FATEL, 2008).

Durante atendimento do cliente no ambulatório nutricional, geralmente utiliza-se um prontuário específico onde constam seus dados biopsicossociais, além do prontuário médico. Após este registro, procede-se à anamnese alimentar utilizando-se o questionário de frequência e o recordatório alimentar de 24 horas conforme preconizado por Anselmo, et al.(1992). Para se avaliar o estado

nutricional são utilizados mais comumente: dados da história clínica, medidas antropométricas, cálculo da ingestão de nutrientes e dados laboratoriais (VANNUCCHI et al, 1985). Alguns métodos utilizados na avaliação nutricional, como, por exemplo, a antropometria, fornecem informações sobre a distribuição corporal, quantificando a massa magra e o tecido gorduroso (MARCHINI, VANNUCCHI, UNAMUNO, 1996).

Com a regulamentação da profissão de nutricionista, através da Lei nº 5276/67 (BRASIL,1967), ocorreram grandes reflexos para a atuação do nutricionista, principalmente na área clínica por garantir maior autonomia, permitindo a esse profissional tornar-se integrante das equipes de saúde pública e hospitalares. O nutricionista tornou-se mais conhecido e passou gradativamente a expandir suas ações de cuidado hospitalar a clientes externos, através de atendimento ambulatorial (ANSELMO, et al.1992).

Juntamente com a regulamentação da profissão, surgem, no âmbito da nutrição, duas grandes vertentes que nortearam o crescimento e ampliação desse campo: a social e a biológica. A perspectiva social incentivou a produção, distribuição e o consumo de alimentos pela população, com atuação voltada para o coletivo, à população em geral, à sociedade, à economia e à disponibilidade de alimentos, dando origem à Nutrição em Saúde Pública, que visava facilitar o acesso aos alimentos por todos os indivíduos da sociedade, com o objetivo de racionalizar a alimentação de coletividades sadias e enfermas (VASCONCELOS, 2002).

Já a perspectiva biológica preocupou-se essencialmente com os aspectos clínico-fisiológicos do consumo e utilização dos nutrientes, com atuações individuais, voltadas ao enfermo, no campo da clínica ao laboratório, e deu origem à Nutrição Clínica, sendo também conhecida como Dietoterapia. Que é centrada no “alimento como agente de tratamento”. Nessa perspectiva, surgiu o campo ambulatorial, mantendo a atuação individual, voltada à prevenção, promoção e recuperação da saúde (NOGUEIRA, 2005).

O profissional da Nutrição que atua na área ambulatorial deve ter conhecimento técnico-científico, o que se torna fundamental para avaliar o paciente de diferentes modos, diagnosticando seu estado nutricional frente às suas necessidades dietoterápicas, para com isso estimar sistematicamente a

adequação da dieta, intervendo no quadro nutricional do cliente com adesão ao tratamento e melhoria na qualidade de vida (FISBERG, MARCHIONI, 2009).

A atuação profissional do nutricionista deve estar pautada pela técnica, a qual o dá respaldo científico e legal para as ações necessárias, entretanto, suas ações são direcionadas a uma pessoa, com suas características únicas, suas crenças, cultura, expectativas, limitações e conhecimentos prévios. Essa técnica, que é imprescindível, tem que ser adequada à referida pessoa e com ela, ou seja, o técnico dentro de uma relação humana. Para isso, a educação nutricional deve ser utilizada a todo instante pelo profissional em ambulatório, ou qualquer outra área de atuação, tornando possível a adequação individual da recomendação nutricional à pessoa que dela necessita. Assim, ao nutricionista, cabem as funções de “tradutor da Ciência da Nutrição” e “mediador” da adaptação do indivíduo às mudanças necessárias (NOGUEIRA,2005).

Na nutrição, segundo a *American Dietetic Association* (ADA) o cuidado nutricional como um artifício de ir ao encontro das distintas necessidades nutricionais de uma pessoa inclui:

[...] a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de atividades nutricionais e a avaliação do cuidado nutricional [...] (ADA,1994 p.838)

A avaliação do estado nutricional tem por objetivo verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, visando a estabelecer atitudes de intervenção. Dessa forma, é de fundamental importância a padronização da avaliação a ser utilizada para cada faixa etária, uniformizando assim os critérios empregados pela equipe de saúde (VULCANO, 2010).

A antropometria é considerada o método mais útil para rastrear o estado nutricional do paciente, por ser barato, não invasivo, universalmente aplicável e com boa aceitação entre os clientes. Índices antropométricos são obtidos a partir da combinação de duas ou mais informações antropométricas básicas (peso, altura, sexo, idade) (ABRANTES, 2002). Neste sentido, é essencial durante o atendimento ambulatorial avaliar os clientes de acordo com a faixa etária que se encontram.

Na história clínica obter a anamnese tem um papel fundamental. Deve-se investigar perda de peso, se foi significativa e como ocorreu, alterações do padrão alimentar, avaliação da capacidade funcional, antecedentes médicos, uso de medicamentos, história social e história dietética (ACUNA; CRUZ,2004).

Ainda não há registros sobre a dimensão atual da demanda pelos ambulatórios nutricionais, mas observa-se que ela tem aumentado tanto na rede básica de saúde, quanto em clínicas e consultórios (BOSCO, et al 2013). Conforme Oliveira, Lorenzatto, Fatel (2008), uma das hipóteses para tal, baseia-se em pessoas que só procuram o serviço de saúde quando as doenças já se encontram instaladas, caracterizando o serviço de saúde em atenção secundária. O aumento da procura por “orientação nutricional”, “orientação alimentar”, “consulta de nutrição” ou “atendimento nutricional”, justifica a importância de avaliar qualidade dos serviços prestados (MATIAS, 2010).

Explorar a realidade da atenção nutricional e propor um modelo que atenda demandas dos clientes e contribua para a qualidade do atendimento torna-se uma necessidade, dado ao papel da alimentação como coadjuvante terapêutico. Portanto, conhecer as práticas ambulatoriais da atenção nutricional sejam elas técnicas ou relacionadas as relações interpessoais fazem-se necessárias para avaliar a conduta da equipe profissional, e para que o tratamento nutricional seja eficaz (PEDROSO et al., 2011).

3.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CAMPO DA SAÚDE

Os processos de avaliação no campo da saúde são de fundamental importância como medida da qualidade da atenção prestada, mesmo considerando as críticas que lhe são imputadas. Através desse tipo de estudo busca-se a chave do trabalho em saúde, pois a partir da opinião dos usuários do sistema, é possível repensar acertos, erros e fracassos do serviço (PAULA,2011).

A satisfação dos usuários, segundo Rodriguez et al. (2008), pode ser definida como a atenção de saúde recebida resultante da superação da expectativa esperada pelo usuário em relação ao seu problema de saúde.

De acordo com Caminal (2001), a avaliação dessa satisfação do usuário é um ponto chave para melhora da qualidade dos serviços de saúde, a

complexidade e a definição de satisfação como sendo algo subjetivo é o que explica a resistência de alguns autores em incluir este termo como critério para avaliar o serviço prestado. No entanto, vale lembrar que a análise da satisfação do usuário pode facilitar a compreensão sobre as dificuldades enfrentadas por profissionais no que diz respeito à assistência prestada. Em decorrência desses fatos é que se torna relevante enxergar a avaliação da satisfação do usuário como um fator da qualidade dos serviços de saúde.

De acordo com Halal et al. (1994), em serviços de saúde, a satisfação é uma percepção subjetiva de profissionais e pacientes quanto ao alcance das suas expectativas.

Para Bernhart et al. (1999), a satisfação dos clientes com o serviço é um componente integral da qualidade destes e depende da eficácia dos cuidados oferecidos. Esse estudo mostra que o paciente satisfeito com o serviço de saúde tem maior chance de seguir o tratamento, além de serem mais aptos a fornecer informações clínicas relevantes aos profissionais e com maior possibilidade de continuar usando os serviços.

A avaliação da satisfação do usuário é um parâmetro que representa respostas quanto às suas esperanças e desejos, podendo se tornar um instrumento útil na organização da assistência e melhoria da qualidade de vida (GAIOSO; MISHIMA, 2007).

O processo de avaliar a satisfação do usuário é difícil e deve acontecer por meio de ferramentas apropriadas para este fim. O instrumento encarregado de analisar tal satisfação precisa ser baseado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre o serviço que recebe. Deste modo, a satisfação do usuário pode ser entendida como a percepção que este tem sobre as dimensões definidas dos serviços de saúde (SANTOS, 2007).

Uma alternativa ao conceito de satisfação, em razão do aspecto subjetivo deste, no campo da avaliação em saúde é a responsividade. Que surgiu como um indicador de qualidade, que descreve o modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e responde às expectativas universalmente reconhecidas dos

indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado (RODRIGUES et al, 2012).

Oliveira (1998), define satisfação em saúde, a partir da visão de mercado, como o sentimento de uma pessoa resultante da comparação de desempenho ou resultado de um produto/ serviço em relação as suas expectativas.

O termo expectativas é empregado na literatura alusivo à qualidade dos serviços, diferentemente da forma como é utilizado o termo satisfação do consumidor. Eventualmente, a satisfação do paciente é definida como avaliação positiva individual de distintas dimensões do cuidado à saúde. Expectativa é vista como uma previsão de algo, feita pelo consumidor de acordo com seus desejos ou necessidades e que é influenciada pelo acúmulo de experiências negativas e positivas de forma que interfiram no comportamento do indivíduo (RODRIGUES et al, 2012).

A responsividade traduz-se em duas dimensões: respeito pelas pessoas e orientação para o cliente. O respeito pela pessoa relaciona-se à ética envolvida na interação dos usuários com o sistema de saúde e é conformada pelas seguintes categorias: dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. A segunda dimensão, orientação para o cliente, inclui as categorias que influem na satisfação do usuário e que estão diretamente relacionadas com o cuidado: atendimento rápido, apoio social, instalações e escolha ao tratamento (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Pesquisas sobre responsividade avaliam dois elementos de operacionalização: medir o que acontece quando o cliente interage com o sistema e medir como o cliente atendido compreende e avalia o que acontece. A importância do conceito responsividade e a preponderância de se mensurar o quanto o serviço objetiva às percepções e expectativas dos clientes (SILVA, 2000).

Donadebian (1992), quando se refere aos 3 elementos para a qualidade nos serviços de saúde: o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos; as relações interpessoais: o relacionamento com o paciente; e as amenidades: conforto e estética das instalações e equipamentos onde a prestação do serviço ocorre. A satisfação do

usuário poderá estar presente ou não, em qualquer uma dessas dimensões, bastando que as expectativas dos usuários em questão tenham sido percebidas e resolvidas. Porém, não implica que todos os desejos dos usuários serão resolvidos, visto que muitos deles são inerentes ao problema apresentado.

Vuori (1981), abaliza oito dimensões da qualidade que estariam ligadas a qualidade desejada nos serviços de saúde, seriam elas: efetividade, eficácia, equidade, qualidade técnico-científica, acessibilidade, adequação e aceitação. A satisfação do usuário estaria implicada em aceitabilidade, pois se relaciona diretamente ao fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais, e outras e com a expectativa do cliente em potencial. A aceitação se relaciona diretamente com as expectativas e satisfações do usuário, como ele se relaciona com a equipe de saúde, as dependências e instalações, as preferências do usuário ao seu tratamento e tudo aquilo que ele acha justo (GAIOSO; MISHIMA, 2007).

No ano 2000, a OMS propôs o conceito responsividade na temática da avaliação em saúde, como uma alternativa ao conceito de satisfação, para se referir aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Este conceito refere-se ao modo como o sistema de saúde reconhece as expectativas legítimas da população em relação aos aspectos não médicos do cuidado, ou seja, os elementos não diretamente ligados ao estado de saúde. Em sua operacionalização, o conceito consideraria somente o que o usuário é capaz de avaliar, excluindo a competência técnica dos profissionais, por exemplo, e utilizando um formato de pergunta que se reporta mais ao que acontece do que ao quanto o usuário está satisfeito (GAIOSO; MISHIMA 2007).

O conceito de responsividade, discutido por vários estudiosos, fundamenta-se no pressuposto de que o sistema deve promover e manter a saúde dos indivíduos, tratando-os com dignidade, facilitar sua participação nas decisões sobre o tratamento, incentivando a comunicação entre profissional e usuário (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Conforme Silva (2000), o conceito responsividade poderia ser visto a partir de dois ângulos: o primeiro, do usuário do sistema de saúde como um consumidor,

sendo que a maior responsividade atrairia mais consumidores. Segundo, diria respeito à preservação dos direitos dos pacientes a um cuidado adequado.

As extensões da responsividade pressupõem não apenas um alicerce de valores, mas correspondem também ao processo de mudanças socioeconômicas e políticas das últimas décadas, que significou maior ênfase na escolha individual e responsabilidade. Politicamente, implicou limitar as promessas e expectativas sobre o que os governos deveriam fazer. Mas, ao mesmo tempo as expectativas das pessoas em relação aos sistemas de saúde são cada vez maiores. Quase todo dia há uma nova droga ou tratamento, ou um novo avanço da medicina e na tecnologia em saúde é anunciada. Este ritmo do progresso só é pareado pela taxa com que a população procura sua parcela nos benefícios (OMS, 2000).

3.5 INDICADORES EXISTENTES NA NUTRIÇÃO

Diante do cenário atual no atendimento ambulatorial em Nutrição, o conhecimento da prática clínica torna-se imprescindível para julgar a qualidade da assistência nutricional. O estado nutricional de um indivíduo é resultado da relação entre o consumo de alimentos e suas necessidades nutricionais. A avaliação do estado nutricional, objetiva identificar pacientes com risco, colaborar para a promoção ou recuperação da saúde e monitorar sua evolução (FISBERG; MARCHIONI, 2009).

A avaliação nutricional realizada por nutricionista é de fundamental importância visto que possibilita a identificação dos distúrbios e a adequada correção. A avaliação nutricional pode ser objetiva, subjetiva ou multicompartimental (avaliação da massa magra e massa de gordura) (VULCANO, 2010).

Na prática clínica são utilizados um conjunto de apontadores para avaliação da condição nutricional, analisa-se a história clínica, dietética e psicossocial, os dados antropométricos e bioquímicos como também a interação entre fármaco-nutriente para estabelecer uma análise nutricional do indivíduo (VULCANO, 2010).

A avaliação objetiva baseia-se em parâmetros comumente utilizados: peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), medidas de dobras cutâneas, circunferências, dinamometria, exames físicos e laboratoriais (VULCANO, 2010).

A Avaliação Nutricional Subjetiva (ANS) é método clínico de avaliação do estado nutricional, desenvolvido por Baker et al. (1982) e Detsky et al. (1984). Esta diferencia-se dos demais métodos de avaliação nutricional utilizados na prática clínica por englobar não apenas alterações da composição corporal, mas também alterações funcionais do paciente. Trata-se de um método simples, de baixo custo e não-invasivo, podendo ser realizado à beira do leito. É utilizado mais em âmbitos hospitalares, com pacientes internados ou em idosos (BARBOSA-SILVA, BARROS, 2002).

Para indivíduos adultos, os indicadores do estado e das condições nutricionais, entre as várias medidas antropométricas obtém-se os seguintes dados: peso, altura, circunferência do braço, circunferência da cintura, circunferência do quadril, coxa, comprimento do braço e dobras cutâneas. E a partir desses dados são calculadas medidas secundárias como Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência muscular braquial (CMB), área muscular do braço (AMB). A gordura corpórea pode ser estimada através da prega cutânea tricipital (PCT) ou com a combinação do somatório de diferentes pregas (NAVARRO; MARCHINI, 2000).

Em crianças e adolescentes é comum o uso dos indicadores antropométricos de peso/idade, altura/idade, peso/altura e IMC segundo a idade e sexo. Esses indicadores devem ser obtidos e classificados pela tabela de percentil das curvas de referência do *National Center for Health Statistics* (NCHS) e da OMS. Os resultados podem ser obtidos em percentil, escore z (ARAÚJO; CAMPOS, 2008).

O indicador antropométrico é essencial na avaliação nutricional. É preciso ressaltar que, um parâmetro isolado não pode ser utilizado como um indicador confiável do estado nutricional de um indivíduo, sendo cogente associar vários indicadores de avaliação do estado nutricional para aumentar a acurácia do diagnóstico (MARCHIONI; FISBERG, 2003).

Antropometria no idoso é um importante indicador nutricional, mas as alterações biológicas que ocorrem com o envelhecimento modificam a composição corporal. As principais alterações são: diminuição da massa muscular, aumento

da gordura corporal, e em alguns casos encurvamento da coluna e/ ou o encurtamento das vértebras. Alguns autores sugerem que a flacidez da pele pode interferir na mensuração das dobras cutâneas, com resultados muitas vezes errôneos (VITOLLO, 2008). Alguns idosos têm dificuldade para ficar em pé. Então é preciso estimar o peso através de uma fórmula de estimativa de peso para idosos (CHUMLEA, 1985). O estado nutricional deve ser classificado segundo IMC para idade. A mensuração das dobras cutâneas também é muito utilizada. Porém existem limitações que atrapalham a acurácia dessas medidas em idosos, como edema, perda de peso e flacidez acentuada da pele (VITOLLO, 2008).

Já a avaliação multicompartimental baseia-se na observação das alterações presentes nos compartimentos corporais. Por muitos anos o corpo foi dividido em dois compartimentos: gordura e massa magra. O modelo de dois compartimentos assume que todos os outros elementos presentes, água e célula, são constantes em todos os indivíduos. Atualmente os dois compartimentos de maior importância utilizados são: massa celular corpórea e a gordura corporal total (reserva de energia). Em estudos recentes tem-se utilizado a bioimpedância elétrica, para avaliar a quantidade desses compartimentos no corpo humano. A bioimpedância elétrica (BIA) baseia-se na inserção de uma corrente elétrica de intensidade muito baixa, aquém da capacidade de percepção do corpo humano, que flui através do corpo pela movimentação dos íons. A oposição que o corpo oferece a passagem de uma corrente elétrica é denominada impedância elétrica e está inversamente relacionada à condutividade elétrica (VULCANO,2010).

O exame físico é direcionado para detectar deficiências nutricionais devendo ser minucioso, com o objetivo de identificar sinais de carências específicas de nutrientes. A vistoria geral proporciona muitas informações úteis, como: sinais de depleção nutricional: perda de tecido subcutâneo, perda de massa muscular, presença de edema; coloração de mucosas. Na antropometria é possível estimar o tamanho, proporções e composição do corpo humano, que são, altura, peso, combinação de peso e altura (IMC), circunferências, relação cintura quadril e pregas cutâneas (ACUNA; CRUZ,2004).

Em 2008, um grupo de estudiosos de nutrição clínica do *International Life Science Institute- Brasil* (ILSI-Brasil) publicou uma lista de 36 indicadores de qualidade em terapia nutricional e suas respectivas metas, propostas por um grupo de 40 especialistas em terapia nutricional, para atender diferentes diretrizes

nacionais e internacionais da área (WAITZBERG, 2008). No entanto, esses indicadores são importantes para avaliação e monitoramento da terapia nutricional e não para avaliar a qualidade atendimento nutricional prestado.

Ao contrário do que se observa para a área médica, da enfermagem, psicologia, odontologia e fisioterapia são escassos os estudos teóricos e empíricos no campo das Ciências Nutricionais voltados para a avaliação da prática clínica ambulatorial ou atendimento oferecido.

3.6 INDICADORES DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

SANTIAGO et al. 2013, diz que desde o século passado avaliam-se serviços de saúde de um modo mais ou menos sistemático. Contudo, ao longo do tempo, o foco da avaliação e os meios de realiza-las sofreram algumas mudanças.

A partir do final dos anos 70, na Europa e nos Estados Unidos, surgiram vários movimentos, que fizeram parte de um processo mais amplo de transformações econômicas, políticas e culturais, que permitiram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. No setor público, os custos crescentes dos serviços de saúde foram um dos elementos que favoreceram as políticas reformadoras e de restrição de gastos, e o surgimento de novos modelos de gestão visando maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços (VAITSMAN, J & ANDRADE, 2005).

Nos últimos anos as instituições de saúde têm proposto várias iniciativas dirigidas a avaliação dos seus serviços tendo como propósito atribuir-lhes um grau de certificação segundo a qualidade do serviço que oferecem (SILVA,2010).

A introdução de um mecanismo sistemático de avaliação da qualidade de serviços fornecidos pelo profissional ao usuário possibilita a melhoria dos serviços de saúde (VUORI,1991).

Neste sentido, cria-se também um campo propício e um mercado para pesquisas de avaliação a partir das percepções dos usuários, que geralmente passam a ser feitas por meio da coleta direta de informações junto aos respondentes por meio de questionários com respostas fechadas para a produção de dados estatísticos, os *surveys*. A pesquisa *survey* possibilita a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado

grupo. Dando aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Nos últimos anos, estudiosos e especialistas têm trabalhado para desenvolver métodos eficientes e eficazes que permitam identificar a qualidade da assistência à saúde, expandindo o uso de metodologias que indiquem o processo e resultado dessa assistência (MENEZES, 2009).

O atual cenário da saúde reflete a necessidade das instituições estabelecerem indicadores e metas que visem a atingir a excelência do atendimento nesta área. Indicador é uma medida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição (SELEGHIM, et al, 2010).

Minayo (2009), confirma que o cenário atual da saúde impõe a necessidade de utilização adequada de recursos, visando alocação responsável em busca de produção, produtividade e resolutividade, faz com que todos os gestores da área da saúde, tenham que se ater a esta demanda, uma vez que a busca da qualidade dos serviços deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se imperativo técnico e social. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial.

Deste modo, a avaliação, torna-se uma preocupação das equipes responsáveis pela programação dos serviços, possibilitando o desenvolvimento de análises críticas do que e como são ofertados os serviços de saúde à população (FERRARI, et al, 2013).

Nos serviços de saúde, frequentemente são tomadas decisões capazes de definir o limite entre a vida e a morte. Destarte, garantir a qualidade do atendimento é primordial para que a instituição e seus trabalhadores cumpram com o ofício de produzir saúde, bem como a promoção de qualidade de vida daqueles que utilizam os seus serviços (SELEGHIM, et al, 2010).

Durante o levantamento bibliográfico realizado, foi possível observar que apesar da importância das fontes de informação para a gerência dos serviços ambulatoriais, são escassos os estudos dedicados à avaliação da qualidade dos serviços em saúde no âmbito da Nutrição. Haddad (2004), em estudo direcionado a enfermagem enfatiza, que não é possível existir apenas um conjunto de padrões e indica que cada organização e profissão determinem padrões objetivos que nortearão os profissionais para uma assistência segura e eficaz.

A utilização de indicadores que avaliem o desempenho, a produtividade e a qualidade da assistência prestada, fornece informações que permitem aos gestores o desenvolvimento de novas estratégias (HADDAD, 2011).

Um indicador não é a medida direta da qualidade. É um instrumento que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados, dentro de uma organização de saúde que devem ser motivo de revisão (VITURI, 2009).

Os indicadores são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, servindo também para comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade. Os indicadores constituem parâmetros quantitativos e/ou qualitativos utilizados para monitorar a qualidade, a produtividade e a capacidade de realização de um dado processo (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2005).

Haddad (2011, p. 42) define indicadores como medidas utilizadas para identificar uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período e avaliar a qualidade e a quantidade das ações de saúde.

De tal modo, o indicador pode ser compreendido como um dispositivo para medição, estabelecimento de parâmetros e avaliação, permitindo ao gestor explicitar sistemas e processos, e elencar as situações que devem ser alteradas para se alcançar o resultado desejado. A eleição dos indicadores encontra-se diretamente atrelada aos sistemas que se quer gerenciar ou transformar (FERRARI, et al, 2013). Além dos indicadores quantitativos, esforços são necessários para aprimorar o desenvolvimento de indicadores no âmbito da abordagem qualitativa (MINAYO, 2009).

Para elaboração de um indicador, deve-se iniciar pelo seu conceito, que pode ser utilizado para auxiliar na descrição de uma situação existente, avaliar mudanças e analisar a qualidade e quantidade das ações de saúde executadas. Mas é sempre necessário avaliar se um indicador é sensível as características do serviço. Assim para a definição de indicadores para um processo avaliativo é preciso considerar políticas assistenciais, educacionais e gerenciais, missão e estrutura organizacional, programas e propostas de trabalho nas instituições e a expectativa da clientela (KURCGANT; MELLEIRO, 2006).

A função dos indicadores ultrapassa a avaliação do sistema e estes podem ser considerados como insumos necessário para atividades de planejamento e tomada de decisões e até mesmo a estruturação de um serviço (KURCGANT; TRONCHIN, MELLEIRO, 2006). De acordo com esses autores um indicador normalmente é construído segundo uma expressão matemática, em que o numerador representa o total de eventos predefinidos ou a ser avaliado e o denominador, a população em risco. Deve-se observar se o parâmetro é confiável, válido, objetivo, sensível e específico. Porém, dificilmente um único indicador irá retratar total realidade, onde é mais plausível que um grupo deles possa espelhar uma dada situação.

Os indicadores da qualidade trazem uma resposta da efetividade de um determinado processo e do quão próximo está do seu objetivo final. Neste sentido os indicadores são instrumentos de melhoria, pois só é possível melhorar aquilo que se consegue medir (WAITZBERG, 2008).

O controle da qualidade do cuidado em saúde é alicerçado em indicadores utilizados como ferramentas para sua avaliação. Uma vez que a avaliação da qualidade e da produtividade dos serviços de saúde é fundamental para o gerenciamento, o planejamento, a organização e o controle dos recursos disponíveis, com vistas a otimizar a prática da instituição e obter melhores resultados. A partir desta concepção, para obtenção da qualidade em qualquer área da saúde, é preciso que ocorra sistematização de todas as suas práticas e processos (VEROTTI, 2012).

A qualidade da assistência prestada pela instituição de saúde possui forte relação com a atuação da equipe. Todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado devem participar do desenvolvimento e implementação dos processos avaliativos em razão de legitimá-lo de modo a garantir um maior envolvimento na busca pela qualidade. A ferramenta disponível para se avaliar o cuidado em saúde são os indicadores de qualidade (RODRIGUES et al., 2012).

Nem sempre está claro como demonstrar a participação das equipes profissionais na produção do cuidado. Para isto é necessário o uso de instrumentos de avaliação, como indicadores de qualidade ou parâmetros de medição que devem refletir as características vinculadas ao gerenciamento dos processos (MARSHALL JR., 2008).

Segundo Vieira, 2005, a qualidade é avaliada pela concordância ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três aspectos básicos: a eficácia, determinada pela ciência; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; a legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais. Do mesmo modo, a qualidade não é avaliada exclusivamente em termos técnicos ou da prática específica, mas, por um conjunto de fatores.

A avaliação da qualidade do cuidado por meio de indicadores pode ser utilizada no sentido de reforçar o desejo natural dos profissionais da saúde em melhorar o cuidado, ao mesmo tempo em que funciona como uma forma de compreender a qualidade deste cuidado. Avaliar serviços de saúde não é um procedimento simples, sendo imprescindível que seja instituído com base em critérios predeterminados para o alcance de padrões de qualidade preestabelecidos pelo serviço, desenvolvidos segundo a realidade e contexto local (RODRIGUES et al., 2012).

Donadebian (1992) enfatiza ainda que num processo de gestão da qualidade, ao se estabelecer uma avaliação criteriosa, faz-se necessária a seleção de um conjunto de indicadores, que represente as três variáveis do processo avaliativo. Isto significa traduzir os conceitos e definições gerais em critérios operacionais, parâmetros e indicadores validados e calibrados pelos atributos da estrutura, do processo e dos resultados, que possibilitem não somente a estruturação dos serviços, mas que facilitem o acompanhamento, a avaliação e o replanejamento dos processos assistenciais.

Gouveia et al. (2005), ao analisarem os dados do World Health Survey (WHS) do Brasil, perceberam um grau de insatisfação entre os usuários, sendo o menor grau de satisfação relacionado ao acesso e atributos dos serviços. Além disso, estes autores referem que o grau de satisfação com serviços públicos é menor em relação aos privados.

Arroyo (2007) em uma pesquisa destinada a avaliar a qualidade dos serviços de saúde na rede pública e privada de Ribeirão Preto-SP com foco na análise do tempo de consulta médica. Identificou fragilidade quanto as expectativas e as percepções de usuários em relação aos serviços públicos e privados, tendo sido demonstrado que usuários dos serviços privados tem maior nível de exigência, já os clientes do serviço público têm um nível de percepção

menor do serviço. No que tange à escolaridade, os usuários com maior grau de instrução demonstraram maiores expectativas e percepções em relação aos serviços. Ressaltando a importância de que ao construir um indicador, este deve ser encarregado em mensurar o grau satisfação e necessita ser fundamentado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre o serviço que recebe.

Em geral, a avaliação da qualidade em saúde é realizada tendo por base variáveis gerenciais, segundo o enfoque de sistemas. Procura mensurar as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal, e/ou do desempenho de equipamentos. Outras maneiras de realizar a avaliação são através de indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência prestada e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Para Alves (2010), a avaliação e a qualidade em saúde são temáticas discutidas sob o foco e a produtividade do custo-benefício e produtividade. As instituições devem implementar processos de avaliação do desempenho que quantifiquem e monitorem a eficácia dos seus serviços. Em determinados casos podem ser utilizados indicadores já descritos na literatura, ou é pertinente a criação de indicadores mais sensíveis ao que se pretende medir. A elaboração de um indicador é importante para avaliar a qualidade assistencial, pois permite o monitoramento e identificação da oportunidade de melhoria dos serviços.

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção, uma vez que há grande quantidade de informações registradas rotineiramente nos serviços de saúde que não são utilizadas para análise da situação da saúde, para definição de prioridades e para reorientação das práticas (SILVA; FORMIGILI, 1994).

Para que os padrões de qualidade e produtividade sejam estimados quanto ao seu alcance, é necessário desenvolver critérios de avaliação, a fim de operacionalizar o uso de indicadores. Os critérios avaliados são atributos dos dados da estrutura, do processo e do resultado que permitem fazer juízo sobre um fato. Os atributos podem ser qualitativos ou quantitativos. No caso dos critérios qualitativos, a sua tradução não se dará em termos numéricos, mas sim interpretativos, como por exemplo o conhecimento técnico-científico dos

profissionais, conduta terapêutica e a percepção do usuário sobre a assistência prestada. Já em relação aos critérios são exemplos de números de: procedimentos coletivos, números de consultas, quantidade de profissionais por ambulatório (HADDAD, 2011).

Na Nutrição, ainda não existe um controle da qualidade da assistência ambulatorial, para isso é necessário um processo de avaliação capaz de identificar a estrutura, o processo e o resultado do trabalho nutricional. Com a produção de um indicador avaliador da qualidade da prática clínica ambulatorial, será possível organizar estratégias, dimensionar melhor o pessoal, gerenciar recursos físicos, materiais e econômicos na busca por melhores padrões de qualidade. Alguns teóricos afirmaram que é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados em outros setores, para o setor saúde, até com certa facilidade, dando exemplos concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade. Assim, os serviços de saúde iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação. Permitindo de tal modo a compressão de fenômenos complexos, tornando-os fenômenos quantificáveis de forma que possam ser avaliados juntos a outros indicadores da qualidade de assistência à saúde. (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, não experimental correlacional, de corte transversal, retrospectivo.

Consiste em uma investigação original na área da Nutrição, estudo primário (DESIGNS, et al 2005). A pesquisa quantitativa adota a estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento, ela frequentemente quantifica relações entre variáveis. De forma geral, os desenhos de pesquisa quantitativa são classificados como experimentais e não experimental. Os desenhos não experimentais são usados para descrever, diferenciar ou examinar associações (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

O caráter quantitativo não experimental correlacional (covariância), que envolve uma investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés de relações indiretas de causa e efeito. Desenhos correlacionais analisam direção, grau, magnitude e força das relações ou associações (ROUQUAYROL, 2003).

Corte transversal apresenta-se como um corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, realiza-se o estudo a partir de registros do passado, e progride a partir daquele momento até o presente. Possui como principais vantagens o fato de ser de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O presente trabalho foi realizado com pacientes atendidos em ambulatório nutricional no setor público e privado das cidades de Cuité, Estado da Paraíba e Irecê, Estado da Bahia, e também com estudantes de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Estado da Paraíba.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Estão inseridos na pesquisa profissionais que atuam ou já atuaram na área de Nutrição ambulatorial no setor público ou privado, estudantes de Nutrição que

já tenham tido contato com a prática clínica em atendimento ambulatorial e pacientes que tenham passado pelo atendimento ambulatorial em Nutrição. O que foi analisado consistiu em adultos, alfabetizados ou não, independente da sua camada na classe social. Foram excluídos da pesquisa aquelas pessoas que ainda não tenham passado pela consulta ambulatorial em nutrição, crianças e adolescentes, como outros indivíduos que não atenderam aos critérios de inclusão.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

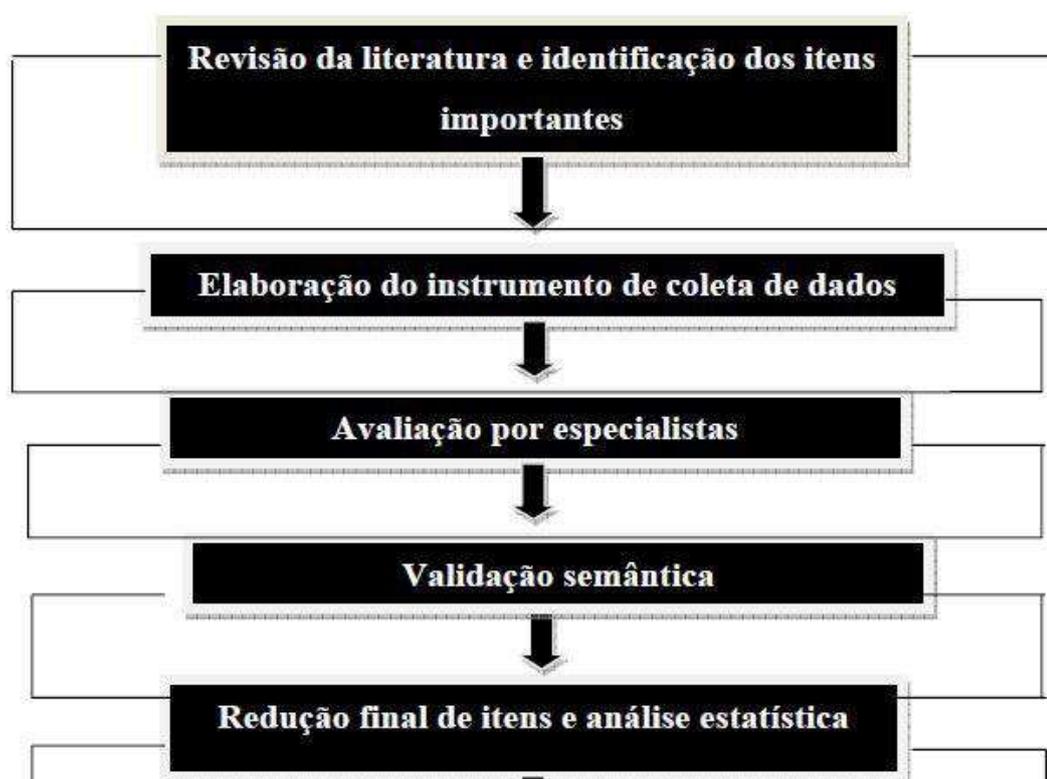
Por se tratar de uma pesquisa a ser realizada com seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 1.a.) a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) – para todos os profissionais da área ambulatorial da Nutrição, e as pessoas atendidas no ambulatório nutricional, a fim de explicar aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante de desistir a qualquer momento do estudo sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Esclarecendo os possíveis riscos, no caso dessa pesquisa, trata-se do desconforto em responder o questionário.

Para aqueles que aceitaram participar, apresentou-se o TCLE, que depois de lido e assinado, em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com a orientadora e orientando da pesquisa. A pesquisa foi realizada após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTOS

O presente estudo refere-se ao processo de desenvolvimento de um instrumento de avaliação sobre a qualidade da assistência ambulatorial em Nutrição. O processo de desenvolvimento do instrumento ocorreu em 2014.

Utilizou-se a metodologia descrita pelos estudos de Reis, 2008; Fegadolli et al., 2010; Fuzissaki, 2012. As etapas metodológicas deste estudo estão descritas na figura 1.



Fonte: Adaptação do estudo de Fuzissaki, 2012.
Figura 1- Passos para construção do instrumento de coleta de dados.

Na primeira etapa foram estabelecidos critérios para mensurar a qualidade do serviço em ambulatório nutricional, sendo estes: qualidade em saúde, qualidade da assistência à saúde, qualidade do atendimento ambulatorial, indicadores nutricionais, indicadores da qualidade em saúde e satisfação do usuário (SOUZA; CORREIA, 2010; VULCANO, 2010; FUZISSAKI, 2012; TENGA, 2004; SILVA, 2010)

Na segunda etapa a elaboração dos itens do questionário foi fundamentada em achados da literatura acerca da responsividade e satisfação dos usuários da

saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; OMS, 2000; GAIOSO; MISHIMA, 2007; PAULA,2011; RODRIGUEZ, et al 2008), juntamente com o código de ética a Resolução CFN N.º 223/99, de 8 de março de 1998 que rege a profissão da Nutrição (BRASIL,1999). Que possibilitou a construção de um guia (APÊNDICE A) onde foram considerados os principais fatores que oferecessem subsídios para qualidade dos serviços de saúde, baseados nas três variáveis do processo avaliativo. Segundo Donadebian (1992) deve-se focar nas três dimensões estrutura, processo e resultados. Seguindo essas variáveis as mesmas foram adaptadas a Nutrição, buscando-se construir itens que pudessem refletir a qualidade da assistência ambulatorial em Nutrição.

A partir da elaboração e estruturação das dimensões do atendimento na forma de uma guia foi possível construir o instrumento (APÊNDICE B), foram instituídas frases condizentes com as dimensões, levando-se em conta a literatura acerca do objeto de estudo (DONADEBIAN,1992; BRASIL,1999; RODRIGUEZ, ET AL 2008; SILVA, 2010; TENGA, 2004 E KLOETZEL ET AL,1998). Buscou-se a construção de um instrumento cujas medidas possam ser aplicadas em diversas instituições com as mais variadas realidades para pacientes adultos, de forma que represente segurança e precisão de seus resultados. Considerando sempre que o participante já tenha tido contato com o ambulatório nutricional.

A validação de um instrumento é a confirmação por análise de que esse atende aos requisitos específicos para o seu uso pretendido. Não ter a validação de um indicador, é ter apenas um número, não um resultado de fato, pois não há garantias de que o método é adequado (CHIUZI, SIQUEIRA, 2008).

Nesse estudo foram realizadas duas validações, a validação de conteúdo realizada com especialistas da área e validação semântica do instrumento, realizada com os sujeitos da pesquisa ambas seguindo a metodologia do estudo de Fuzissaki (2012).

Para as seguintes etapas do trabalho procurou-se por especialistas de ambulatórios nutricionais de serviços particulares e públicos, discentes da Nutrição e pacientes de ambulatórios particulares e públicos que já tenham passado por no mínimo 1(uma) consulta nutricional. Apresentando os objetivos da pesquisa bem como o instrumento a ser utilizado. Mediante consentimento dos participantes era entregue o TCLE.

A terceira etapa do estudo consistiu em submeter o instrumento a uma validação de conteúdo pela avaliação de especialistas da área profissionais que atuam ou atuaram na área ambulatorial das redes públicas e privadas e estudantes de Nutrição que já tenham tido contato com a prática clínica em atendimento ambulatorial. Os juízes foram orientados a analisar o instrumento através escala Likert, onde foi pedido que se atribuísem notas para cada pergunta de 1 não é válida, dois (2) pouco válida, 3 válida e 4 muito válida. De acordo com as considerações dos avaliadores referentes aos 25 quesitos da primeira versão do questionário (APÊNDICE C). O método utilizado para calcular a porcentagem de concordância seguiu a metodologia descrita nos estudos de Tilden; Nelson; May, (1990); Alexandre; Coluci, (2011) que está descrita abaixo:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

Os cálculos dessa análise foram feitos no programa Excel 2013, utilizando a fórmula proposta nos estudos supracitados, e organizado em tabelas para melhorar o entendimento dos dados.

Os autores Alexandre e Coluci (2011) defendem que durante o procedimento da construção de um indicador, a validade de conteúdo, consiste na avaliação do instrumento por especialistas. Procura-se abordar esse procedimento no processo de construção de questionários e escalas e durante a realização de uma adaptação cultural.

Após a validação de conteúdo submeteu-se a primeira versão do instrumento a uma avaliação de pacientes que já utilizaram ambulatório nutricional. Buscando realizar uma validação semântica por todas as camadas de conhecimento, tendo em vista a compreensão de cada item da composição do instrumento (ANASTASI; URBANA, 2000).

Para a quarta etapa do trabalho a validação semântica do instrumento, a pesquisadora procurou pacientes de ambulatórios particulares e públicos que já tenham passado por no mínimo 1(uma) consulta nutricional. Nesta ocasião foram apresentados os objetivos da pesquisa bem como o instrumento a ser utilizado. Mediante consentimento dos participantes era entregue o TCLE. Os questionários foram aplicados antes das consultas para os usuários que já tinham

sido atendidos no ambulatório ou, imediatamente após a consulta para aqueles que estavam sendo atendidos pela primeira vez.

Os participantes foram entrevistados individualmente, neste momento entregou-se o instrumento criado (APÊNDICE B) e buscou-se verificar itens inteligíveis para todos estratos sociais, as entrevistas duraram cerca de 30 a 40 minutos, onde foram apresentados os objetivos e dados do Inquérito. Posteriormente foi solicitado aos participantes responder a uma escala numérica adaptada, a fim de avaliar a clareza e a compreensão de cada questão e do instrumento na íntegra.

O participante foi orientado a indicar o quanto compreendeu de cada item do instrumento, por meio de uma escala Likert de 0 (não entendi nada) a 10 (entendi perfeitamente e não tenho dúvidas). Conforme Tengan (2004) foi estabelecido que as respostas 0, 1, 2, 3 e 4 eram indicadoras de uma compreensão insuficiente, as respostas 5, 6 e 7, itens de compreensão razoável e 8, 9, 10 perfeita compreensão dos itens. Além de que foram adotados os critérios onde nota quatro (4) foi a nota mínima adotada para rejeição do item, ou seja, todas os itens que receberem nota igual ou abaixo de quatro (4) serão descartados e todos para os itens que receberem acima de 30% das notas entre cinco (5) a sete (7) indicando uma compreensão semântica razoável, sendo refeitos, significando, que os itens devem receber mais de 70% de notas entre oito(8) a dez(10) para indicar uma boa compreensão. Os participantes foram ainda orientados, caso não compreendesse a questão ou a linguagem não parecesse adequada, que comunicasse ao pesquisador ou sublinhasse a palavra que não entendeu. Os dados foram tabulados utilizando o programa Accsses 2013 e a análise dos dados foi realizada mediante a utilização do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 13.0, seguindo metodologia de Fuzissaki (2012), foram empregados os testes de frequência e posteriormente feito a média para verificar os resultados expostos em tabela de distribuição das respostas para validação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DO INQUÉRITO

O questionário que recebeu a nomeação “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE AMBULATORIAL DE NUTRIÇÃO” (APÊNDICE B) foi construído com base em estudos sobre indicadores da qualidade da assistência. Na composição do instrumento, foram utilizadas as dimensões do atendimento relativas à responsividade do atendimento ambulatorial, ou seja, quanto às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos não técnicos do atendimento.

Os subsídios da responsividade foram definidos com base no estudo de Donadebian, (1992); Brasil, (1999); Rodriguez, et al. (2008); Silva, (2010); Tenga, (2004) e Kloetzel et al, (1998) em que além de promover e manter a saúde dos indivíduos, o sistema de saúde deve tratá-los com dignidade, facilitando sua participação nas decisões sobre os tratamentos a serem adotados, incentivando a comunicação entre profissional de saúde e usuário e garantindo a confidencialidade do histórico médico.

Os elementos da responsividade são agrupados em dois componentes: respeito pelas pessoas e orientação para o cliente. O respeito pelas pessoas faz junção à dimensão ética envolvida na interação das pessoas com o sistema de saúde: dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. A orientação para o cliente inclui os elementos que implicam na satisfação do paciente, mas que não estão diretamente ligados com o cuidado à saúde: agilidade, instalações, escolha e resultados (RODRIGUES et al., 2012), embora a pesquisa tenha explorado diferentes aspectos relativos a cada dimensão.

Na ausência de uma padronização para atendimento ambulatorial nutricional, após revisão de literatura, gerou-se a necessidade do desenvolvimento de uma ferramenta para proporcionar uma referência que se torne como base para estudos comparativos e para atendimento ambulatorial em Nutrição. Então, foi possível criar um “Guia para atendimento ambulatorial de Nutrição” (APÊNDICE A), que ajudou na estruturação do questionário e, assim, também traga aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços ambulatoriais de Nutrição,

propiciando avanços significativos no âmbito da assistência dos serviços de saúde.

Em estudo semelhante na área de medicina, Kloetzel et al (1998) diz que, à primeira vista, para construção de um inquérito tendo como tema a satisfação do usuário, não se trata propriamente de estabelecer rígidos critérios de qualidade do atendimento (pois mesmo os iniciados dificilmente chegarão a um consenso a respeito do que vem a ser o padrão-ouro), mas de tirar conclusões que permitam prever o comportamento futuro do profissional junto ao paciente, e suas atitudes em face do seu serviço de saúde.

Um guia permite a normatização e a organização dos procedimentos relativos direcionados a pacientes atendidos pelo Serviço de Nutrição, traduzidos em protocolos específicos de assistência nutricional orienta a seleção da conduta, garante a prescrição dietética adequada e melhora a qualidade dos serviços disponibilizados aos usuários (VILLELA, 2008).

O fato de direcionar o processo de cuidado nutricional não isenta o uso de Protocolos do caráter de flexibilidade, o qual garante ao nutricionista o exercício do bom senso sempre que se deparar com situações que fujam à sua rotina profissional na complexidade da Nutrição. Também se deve atentar para a necessidade de atualização constante desses, com o objetivo de otimizar o atendimento nutricional (VILLELA, 2008).

O “Guia para atendimento ambulatorial de Nutrição” contém subsídios necessários para um atendimento nutricional de qualidade, com aspectos relacionados à atenção do cuidado em saúde, revelando, de modo objetivo, aspectos pertinentes à estrutura, ao processo, bem como às relações interpessoais, autonomia do tratamento e os resultados. Trata-se de um conjunto sistematizado de normas básicas que objetiva elucidar condutas de manutenção de boas práticas aos profissionais da Nutrição durante o atendimento ambulatorial.

No inquérito para avaliação do paciente, atribuiu-se uma escala Likert (figura 2). Este tipo de escala foi construído por Rensis Likert e busca levantar atitudes frente ao conjunto de assertivas (BABBIE, 2001). Para isso, posteriormente quando esse questionário for validado e aplicado, na sua coleta de dados para cada escolha do respondente é dada uma pontuação, com variação numérica de 1 a 10, de acordo com a extensão de credibilidade, sendo 1(um) se o usuário discorda fortemente e 10 (dez) se concorda fortemente que o serviço

tenha oferecido o recurso/condição. Os números entre os dois extremos devem ser assinalados de acordo com o quão forte é a sensação/impressão sobre a disponibilidade ou não do recurso/condição. O número 0 (zero) deve ser assinalado quando o paciente não tem opinião sobre a afirmativa, ou não tenha vivenciado a situação.

Numa tentativa de simplificar as respostas mediante a escala numérica, e facilitar para o participante em “dar notas” aos itens apresentados os participantes serão confrontados com uma escala hedônica facial contendo 5 ícones (figura 2), assim como nos estudos de Kloetzel *et al.*,(1998) validado no Brasil, que é composto de 12 perguntas sobre satisfação em relação a aspectos distintos da atenção à saúde (acesso, cordialidade, confiança, atuação do médico, orientações, marcação de consultas, avaliação geral).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE AMBULATORIAL DE NUTRIÇÃO

Número do questionário: _____ Data da entrevista: ___/___/20__

Aspectos relacionados a estrutura	PÉSSIMO			RUIM		REGULAR	BOM		ÓTIMO		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Fonte: Adaptação do estudo Avaliação do atendimento público odontológico (TENGA,2004).
Figura 2- Escala Likert e ícones de satisfação da escala hedônica facial**

Os resultados da maioria das pesquisas de avaliação, tanto nacionais como internacionais, têm sido bastante positivos em relação aos serviços de saúde, especialmente nas pesquisas com respostas fechadas, como são os surveys (PASCOE, 1983; KOTAKA ET AL., 1997; RAMIRÉZSANCHEZ et al., 1998).

Segundo o consenso dos estudiosos da área, a avaliação da qualidade deve basear-se tanto em critérios objetivos, como subjetivos. São numerosos os

trabalhos, demonstrando a confiabilidade dos inquéritos de satisfação objetivos, bem como sua correlação com a adesão a pesquisa demonstrada pelos usuários (RUBIN ET AL., 1993; COHEN ET AL., 1996).

Durante a construção de um indicador da qualidade em saúde, torna-se indispensável delimitar em que sentido os conceitos estão sendo empregados em sua construção, pois avaliação corresponde à análise das dimensões dos indicadores. Tal definição de avaliação da qualidade, deve incluir dados que possibilitem expressões objetivas, ou seja, voltadas às dimensões de qualidade que admitem a objetivação e mensuração (BOSI, UCHIMURA, 2007).

Do mesmo modo, com o intuito de avaliar o serviço de saúde através da percepção do usuário, Zils et al (2009) avaliaram a satisfação do usuário do serviço de atenção primária de Porto Alegre, através da escala de avaliação do tipo Likert. O estudo foi conduzido comparando os desfechos de serviços com baixa e alta orientação para a atenção primária. O resultado desta pesquisa reforça a ideia que pacientes atendidos por serviços com avaliação da qualidade para a atenção primária de saúde apresentam significativamente maior satisfação com o serviço, o que favorece a adesão ao cuidado.

Através da literatura, pode-se notar que os diferentes estudos de avaliação dos serviços de saúde hoje desenvolvidos referenciam-se em uma ou mais categorias donadebianas. Donabedian, que pesquisou qualidade da assistência à saúde por mais de 20 anos, dizia que a qualidade do cuidado em saúde é decorrente de três fatores: estrutura, processo e resultados. Neste sentido, com base nesses conceitos foi construído o “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE AMBULATORIAL DE NUTRIÇÃO”, para avaliar a qualidade do serviço de Nutrição, voltado para as percepções dos usuários, que foi subdividido e estruturado nas categorias Estrutura, Processo e Resultados, seguindo as diretrizes do estudo de Donabedian (1999).

O inquérito possui um total de 25 itens, sendo 4 relacionados aos aspectos de estrutura, 16 interligadas aos aspectos do processo e 5 relacionadas aos aspectos do resultado. Estes itens foram elaborados partindo-se da premissa de que pudessem refletir como deve ser a prática do cuidado na assistência ambulatorial. Em sua maioria os itens foram elaborados de maneira a formarem conotações positivas e serão expostos em formas de quadros, para melhorar o entendimento e visualização.

Para os autores Nogueira e Bittar (2001), o indicador dos aspectos relacionados à estrutura é aquele que avalia o meio ambiente em que se desenvolve a assistência e os instrumentos utilizados, referindo-se, portanto, às características mais estáveis e invariáveis, de como se estabelece a direção da atenção à saúde, ou seja, a parte física da instituição, os seus funcionários, os instrumentos, equipamentos, móveis, utensílios, aspectos pertinentes a organização. Correspondendo ainda às características necessárias ao processo assistencial, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos e apoio político. Essa abordagem aponta para o fato de que um processo adequado de trabalho decorre de organização prévia. Adaptando para área da Nutrição, os conhecimentos em nutrição e competência técnico-científica são imprescindíveis neste processo, além da incorporação de novas tecnologias e a especialização dos saberes, visa como princípio básico o fortalecimento do trabalho em equipe. No quadro abaixo estarão os itens do questionário relacionados a estrutura:

O consultório está estruturado com mobiliário em condições adequadas de conservação e funcionalidade, com pintura íntegra, sem ferrugem
O consultório encontra-se em condições satisfatórias de higiene e limpeza
O número de profissionais da Nutrição foi suficiente para atender à todas as suas necessidades
O nutricionista que te atendeu possui habilidade técnica e organização para oferecer
Total:4 de 25 questões

Fonte: Próprio autor

Quadro 1- Aspectos relacionados a estrutura

Silva (2010), em seu trabalho diz que na avaliação da estrutura se estuda as características organizacionais da instituição, seus recursos físicos e humanos, equipamentos e insumos, perfil de profissionais, seu preparo e experiência. Apontando, assim, para o fato de que boas condições organizacionais de trabalho proporcionam um processo adequado de cuidados.

A OMS (2000) expõe que o meio no qual o cuidado de saúde é ministrado deve incluir vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, comida saudável e de qualidade sanitária, ventilação suficiente, água potável, banheiros e roupas limpos. Os procedimentos de limpeza devem ser regulares assim como a manutenção da edificação e alicerces das instalações.

De acordo com Sitzia & Wood (1997), o ambiente deve conter sinais de direção claros, equipamentos e mobília adequados, atmosfera agradável promovendo assim um ambiente acolhedor e confortável.

A PNH (2002) profere que o profissional da saúde deve possuir habilidade técnica e organização de modo a evitar riscos desnecessários e erros, bem como estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o processo de trabalho eliminando ações desnecessárias.

Matuoto et al. (2009) em seu estudo, expõem que o espaço físico deve garantir que o usuário sinta-se seguro e respeitado para expressar seus problemas e necessidades. Deste modo, as condições de limpeza como ambiente limpo, claro, organizado, refletem o cuidado da equipe de saúde com assistência do cuidado aos seus pacientes, conforme foi abordado aqui neste trabalho.

Os indicadores relacionados ao processo avaliam a dinâmica da assistência prestada ao cliente, ou seja, o que fazem os profissionais do ponto de vista técnico na condução da atenção e enquanto sua intenção com os pacientes. Envolve todas as atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e os usuários do serviço. Fornece as bases para a valorização da qualidade que é de onde se obtém os resultados da assistência (DONABEDIAN, 1999; FELDMAN, 2004). Os aspectos relacionados ao processo deste trabalho estão alistados no quadro abaixo:

Acesso
Você encontrou dificuldade em conseguir consultas
Você encontrou dificuldade em ser atendido
Você esperou muito para ser atendido de modo a causar desconforto com a espera
Aspectos interpessoais
O nutricionista te atendeu com dignidade e competência, sem discriminação de qualquer natureza
O nutricionista te atendeu de forma cordial, com carinho, calor humano, dignidade e respeito
Durante o atendimento o nutricionista garantiu sua individualidade e respeitando seus valores éticos e morais
O nutricionista prestou atenção nos seus relatos de problemas e necessidade
O nutricionista prestou toda assistência necessária durante o atendimento
Durante o tratamento o nutricionista respeitou e garantiu sua privacidade e intimidade
O nutricionista respeitou o sigilo/confidencialidade acerca das questões que envolvem o seu diagnóstico/tratamento, te tratando sem qualquer tipo de preconceitos ou privilégios

Você sentiu dificuldades de informações oferecidas pelo nutricionista
O nutricionista avaliou o seu estado nutricional, utilizando medidas antropométricas e exames laboratoriais
O nutricionista prescreveu o tratamento nutricional ou outros procedimentos somente após realizar sua avaliação pessoal
Você teve o direito à informação sobre alternativas de tratamentos dietoterápicos
Você saiu bem esclarecido sobre as informações nutricionais
O tratamento dietoterápico estava de acordo com a sua realidade
16 de 25 questões

Fonte: Próprio autor.

Quadro 2- Aspectos relacionados ao processo

A avaliação do processo descreve as atividades do serviço de atenção à saúde. Este tipo de avaliação está orientado para análise da competência do profissional no tratamento dos problemas de saúde. (REIS et al., 1990)

Rodrigues et al. (2012) trouxeram em um estudo de Enfermagem que os aspectos relacionados ao processo envolvem boa parte da complexidade do tratamento e depende diretamente do acesso do usuário ao serviço, dos aspectos éticos/interpessoais, da autonomia do usuário sob o tratamento, do apoio social e comunicação/informação que este recebeu e do processo de trabalho da equipe.

Além de que, vem se construindo um crescente consenso internacional em relação aos princípios de que todo paciente deve ter direito fundamental à privacidade, confidencialidade de seu quadro clínico, em consentir ou recusar o tratamento e ser informado sobre os riscos relevantes dos procedimentos durante o tratamento (VAITSMAN, J & ANDRADE, 2005).

Em várias pesquisas de qualidade da assistência à saúde, em UBS's, o indicador acesso está dentro dos aspectos relacionados à estrutura, esses autores classificam o acesso pela facilidade de regionalização das UBS's, se tem boa localidade e se é próximo da casa dos usuários (FERRI, 2006; KLOETZEL, 1998; VAITSMAN, J & ANDRADE, 2005). Porém, nesse trabalho que busca julgar a qualidade em ambulatório nutricional, o indicador acesso encontra-se dentro dos componentes relacionados ao processo. O acesso foi o primeiro quesito analisado dentro dos aspectos relacionados aos processos, visto como Starfield (2004), é a forma como a pessoa experimenta a característica da acessibilidade do serviço, que possibilita aos usuários ter entrada aos serviços (tipo de serviço), e conseqüentemente melhorar a sua qualidade de vida, diminuindo o risco de comorbidades e mortalidade.

A dificuldade de acesso ao serviço, ou seja, o tempo que aguardam para conseguir consultas e o tempo de espera para o atendimento são os maiores problemas enfrentados pelo cliente. Estudos anteriores sobre a qualidade da assistência à saúde, que apresentaram resultados semelhantes entre si, comprovando que o acesso tem sido o principal indicador de insatisfação demonstrada pelos usuários, evidenciado que o indicador acesso é item indispensável na avaliação dos serviços de saúde (FRANCO & CAMPOS, 1998; KLOETZEL et al., 1998; GOMES et al., 1999; NUTO, 1999; BRITO JUNIOR, 2000; BARROS & BERTOLDI, 2002; ARAÚJO, 2003; RAMOS & LIMA, 2003; VÁZQUEZ ET AL., 2003).

Ferri (2006) relata que há uma insatisfação com a demora do atendimento, em todos os sentidos: para consulta, para exame ou sala de espera, mostrando que a cultura do pronto atendimento é muito presente, e que os usuários classificam um serviço de qualidade quando é ágil. A rapidez traz um atendimento sem acolhimento, sem escuta, e a demora com a espera traz irritabilidade e insatisfação ao usuário.

A OMS propôs o conceito de responsividade para avaliar a performance dos sistemas nacionais de saúde. Afirmando que a responsividade relacionada ao processo é expectativa legítima aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, mas que afetam a relação do usuário com os serviços e com os profissionais, tais como atendimento digno, respeito à confidencialidade das informações e à privacidade durante as consultas, autonomia para escolher entre opções de tratamento ou profissionais, atendimento ágil com o menor tempo de espera possível e oferta de apoio social (OMS, 2000).

Reis et al (1992), avalia o processo como análise da competência profissional no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. Na avaliação do processo, deve-se comparar procedimentos empregados com as normas dos próprios profissionais de saúde. Geralmente, os critérios são estabelecidos pelos estudos da eficácia das práticas rotineiras e eficiência dos resultados. Para Donadebian (1999), a metodologia dos estudos do processo deve ser dividida em duas formas: observação direta da prática e estudos baseados nos prontuários. Esta pesquisa propõe a primeira metodologia donadebiana, observação direta da eficácia das práticas usuais sobre os resultados.

A OMS, (2000) considera que o paciente deve ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde e respeitado em qualquer situação. Deve também ser examinado e tratado mantendo a sua privacidade e o sigilo das informações sobre sua doença.

Gostin et al., (2003) refletem que em termos de Direitos Humanos, a dignidade implica em um conjunto de Direitos e a garantia de que todos os indivíduos serão tratados com respeito. Os autores assinalam que a forma mais importante de assegurar a dignidade da raça humana é a luta contra a injustiça, discriminação de raça, sexo, religião, opiniões políticas, deficiência ou qualquer outra discriminação.

O respeito pela dignidade das pessoas na assistência à saúde é essencial em qualquer atendimento ou serviço de saúde, visto como forma a assegurar a proteção do usuário de práticas abusivas, discriminatórias, ou que cause danos corporais e psicológicos (GOSTIN, 2003).

Na revisão de Sitzia, Wood (1997), o respeito faz parte da categoria “aspectos interpessoais”, como também foi abordado nesse trabalho. Onde mostra que os aspectos interpessoais são o modo como cada profissional de saúde interage pessoalmente com seus pacientes, ou seja, respeito, cortesia e interesse, alegando que todos os usuários devem ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso. Ser identificado e tratado pelo nome (e não por números, códigos; de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso).

Ao paciente deve ter assegurada a sua privacidade, individualidade e o respeito aos seus valores éticos e culturais, bem como igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2007).

As consultas devem ser conduzidas de modo que a privacidade seja protegida e sua confidencialidade garantida, e toda e qualquer informação fornecida pelo paciente, mantenha-se em arquivos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento com outros profissionais de saúde (OMS, 2000).

Os pacientes têm que ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar, podendo, se for da sua vontade, recusar o tratamento (OMS, 2000).

O profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o paciente possa entender a sua patologia e opções de tratamento, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas (OMS, 2000).

De acordo com Ferri (2006), o saber técnico de cada profissional de saúde deve estar presente para a produção de saúde, entretanto não se pode esquecer que os pacientes procuram no serviço de saúde a cura para todos os seus males, e se expressam muitas vezes através de sinais e símbolos e o profissional tem que saber perceber, escutar, acolher e decifrar as necessidades dos seus pacientes, caso contrário, não haverá satisfação.

Nos Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil há o entendimento que o paciente deve receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas; riscos e benefícios do tratamento (BRASIL,2007).

A comunicação é percebida na construção da responsividade como ponto da continuidade da assistência. A qualidade do cuidado à saúde depende da combinação de técnicas e medidas interpessoais, ou seja a comunicação adequada e eficaz com uma linguagem compreensiva pelo paciente. A ausência desse aspecto pode prejudicar o tratamento, assim como violar o respeito dos Direitos Humanos (CAMPOS,2011).

Parasuraman, (1999) traz em sua pesquisa que, no cuidado em saúde, a atenção deve ser individualizada e a conduta prescrita somente após avaliação do paciente.

Segundo Gostin et al (2003), promover saúde é um dos objetivos dos Direitos Humanos. Neste sentido, a responsividade vem para permitir e assegurar que as pessoas sejam assistidas de forma que suas necessidades sejam amparadas e, assim, possam levar uma vida mais saudável. Já que cada um dos aspectos da responsividade são sustentados por um ou mais princípios dos Direitos Humanos e esses são aspectos interligados entre si. O cuidado ofertado com respeito, atenção e dignidade passa pela autonomia do usuário em participar e decidir sobre sua saúde, bem como a livre-arbítrio em aceitar ou recusar tratamentos e orientações de saúde.

A avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Em

termos de saúde, os resultados se devem a muitos fatores, a sua medida e avaliação constituem o que existe de mais próximo no que diz respeito à avaliação do cuidado total (REIS et al, 1992). Assim, será possível ver os aspectos relacionados aos resultados deste estudo a seguir:

A dietoterapia foi de fácil acessibilidade, e fácil substituição
Você se sentiu seguro para aderir e manter a dieta
O seu acompanhamento foi periódico e constante
O tratamento foi de sucesso conseguindo atingir as metas estabelecidas
O nutricionista avaliou a aceitação e adequação nutricional da sua dieta sempre que foi necessário
5 de 25 questões

Fonte: Próprio autor.

Quadro 3- Aspectos relacionados aos resultados.

O resultado é consequência da ação realizada, refletindo as mudanças observadas no estado de saúde do paciente. É o efeito do cuidado no estado de saúde do paciente e da população, incluindo a melhoria do conhecimento sobre a doença, as mudanças de comportamento que venham a melhorar o estado de saúde e o grau de satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1999; FELDMAN, 2004).

No estudo de Rodrigues (2012), os resultados correspondem à análise dos produtos finais em termos de saúde pelo usuário. Malik, Schiesari (1998) falam que os indicadores que compreendem o resultado da atenção ofertada ao cliente são as consequências da ação (ou falta dela) na saúde de quem a recebe.

Sitzia, Wood (1997) disseram que os resultados dos serviços prestados devem trazer melhoria ou manutenção da saúde, através de um atendimento acolhedor e resolutivo.

No estudo de Campos (2011), pode-se ver que a adesão ao tratamento prescrito depende do modo como o paciente é acolhido e da possibilidade de participar das decisões de sua saúde, esclarecer suas dúvidas e discutir junto ao profissional qual o melhor tratamento que se adequa às suas necessidades e possibilidades.

O serviço dos funcionários deve estar aliado à cortesia e habilidade de seu desempenho, inspirando confiança. Sempre em prontidão a ajudar e responder às necessidades dos usuários, garantindo constância na assistência do cuidado, assim como os serviços cumprirem o que prometeram e estarem habilitados para realizar o ofício (Parasuraman, 1999).

Silva (2010) descreve em seu trabalho que num processo de avaliação da qualidade da assistência, as análises de estrutura, processo e resultado podem ser feitas solitariamente, mas quando realizadas concomitantemente, elas se completam permitindo uma visão em conjunto. A vantagem de um tipo de avaliação sobre o outro, está na adequação de seu uso, conforme o evento a ser medido. A avaliação da estrutura, apesar de determinar padrões mínimos da capacidade de funcionamento de serviços, não assegura alta qualidade de assistência. Estes padrões precisam estar combinados com avaliações de processo. A avaliação de resultados, por sua vez, é considerada mais útil para formulação de julgamento da melhoria da qualidade, e precisa estar diretamente ligada a processos de assistência que podem ser alterados. A avaliação dos processos é mais sensível para acessar a qualidade do cuidado, mas precisa estar diretamente relacionado com os resultados, ou mesmo, influenciá-lo.

É necessário lembrar que a metodologia desse inquérito foi desenvolvida de forma que sua aplicabilidade possa ser utilizada em qualquer instituição, seja ela pública ou privada, e para qualquer paciente independente do seu grau de conhecimento. Estudos mostram que há uma diferença quanto às expectativas dos usuários dos serviços públicos e particulares, assim como quanto ao grau de escolaridade. Usuários de maior escolaridade tendem a ser mais criteriosos, exigentes. Andrade, Vaitsman e Farias (2010) concluíram que quanto maior a escolaridade, pior era a avaliação do serviço, assim como os usuários dos serviços públicos tendem a ter menor expectativa dos serviços, num estado de acomodação, como se fosse “assim mesmo”, como se fosse normal ter um serviço de baixa qualidade.

A ideia de satisfação do usuário define o paciente como sujeito e coloca suas opiniões, expectativas e tudo o que ele considera justo como elementos legítimos na definição e na mensuração da qualidade da atenção à saúde. Que expressa, neste sentido, uma atitude, uma resposta afetiva com base na crença

de que o cuidado possui certos atributos que os indivíduos têm condições de avaliar. Assim a satisfação neste contexto é vista como uma atitude positiva do usuário (RODRIGUES, 2012).

Na pesquisa de Cruz, Melleiro (2010) os níveis de satisfação de um hospital privado do Município de São Paulo foram analisados e os atributos que alcançaram os maiores níveis de satisfação corresponderam à educação e ao empenho da equipe médica e de enfermagem, às explicações e às orientações sobre o problema de saúde do usuário, o respeito à privacidade e à orientação para continuidade do tratamento pós-alta hospitalar. Garantia e confiabilidade foram as dimensões que mais impactaram a satisfação, seguidas por responsividade e empatia. Constatou-se ainda a necessidade de adoção de estratégias no serviço de Nutrição e no atendimento inicial dos usuários. Essa perspectiva ajuda a entender os atuais desafios para a efetiva inserção de um indicador que avalie a qualidade dos serviços nutricionais, corroborando a importância da terapêutica nutricional no cuidado.

5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A avaliação de conteúdo é um passo eficaz para o desenvolvimento de novas medidas porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Anastasi, Urbina (2000); Fachel; Camey, (2000) e Pasquali (2001) afirmam que a validação de conteúdo é o resultado da crítica de diferentes juízes ou pessoas de reconhecido saber na área sobre o conteúdo que está sendo medido, os quais analisam a representatividade dos itens em relação aos conceitos avaliados. Para esses autores, o instrumento possui validade de conteúdo se os itens que o constituem são representativos do universo que ele pretende expressar e, além disso, se são, do ponto de vista teórico, indicadores da variável a ser analisada.

Nesta etapa ocorreu a validação de conteúdo por meio da análise dos itens por juízes. Foram escolhidos profissionais da área e estudantes que já tiveram algum contato com a prática clínica ambulatorial considerando a experiência com o atendimento ambulatorial. Participaram desta etapa 6 juízes, 4 profissionais e 2

discentes do curso de nutrição. Segundo Alexandre e Coluci, (2011) um dos pontos discutidos durante a validação de conteúdo é o número e a qualificação desses juízes. Demonstram que a literatura apresenta contradições sobre esse ponto. Onde alguns autores recomendam um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participando desse processo. Outros autores sugerem de seis a vinte sujeitos. Nessa decisão, deve-se levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários.

De acordo com essa perspectiva, os indivíduos que participaram desse estudo atuaram como juízes, fazendo uma avaliação crítica da linguagem e da persistência de cada item do instrumento, verificando se eram pertinentes à avaliação da qualidade do atendimento em ambulatório nutricional. Na tabela 1, será possível ver a distribuição das respostas por juízes na validação de conteúdo do instrumento para cada uma das questões apresentadas.

Quesito a ser analisado	% Concordância
O consultório está estruturado com mobiliário em condições adequadas de conservação e funcionalidade, com pintura íntegra, sem ferrugem	95.7%
O consultório encontra-se em condições satisfatórias de higiene e limpeza	91.4%
O número de profissionais da Nutrição foi suficiente para atender à todas as suas necessidades	95.4%
O nutricionista que te atendeu possui habilidade técnica e organização para oferecer	90.8%
Você encontrou dificuldade em conseguir consultas	100%
Você encontrou dificuldade em ser atendido	100%
Você esperou muito para ser atendido de modo a causar desconforto com a espera	100%
O nutricionista te atendeu com dignidade e competência, sem discriminação de qualquer natureza	100%
O nutricionista te atendeu de forma cordial, com carinho, calor humano, dignidade e respeito	94,3%
Durante o atendimento o nutricionista garantiu sua individualidade e respeitando seus valores éticos e morais	100%
O nutricionista prestou atenção nos seus relatos de problemas e necessidade	100%
Durante o tratamento o nutricionista respeitou e garantiu sua privacidade e intimidade	100%

O nutricionista respeitou o sigilo/confidencialidade acerca das questões que envolvem o seu diagnóstico/tratamento, te tratando sem qualquer tipo de preconceitos ou privilégios	93%
Você sentiu dificuldades de informações oferecidas pelo nutricionista	98%
O nutricionista avaliou o seu estado nutricional, utilizando medidas antropométricas e exames laboratoriais	90.1%
O nutricionista prescreveu o tratamento nutricional ou outros procedimentos somente após realizar sua avaliação pessoal	100%
Você teve o direito à informação sobre alternativas de tratamentos dietoterápicos	95.5%
Você saiu bem esclarecido sobre as informações nutricionais	100%
O tratamento dietoterápico estava de acordo com a sua realidade	100%
A dietoterapia foi de fácil acessibilidade, e fácil substituição	100%
Você se sentiu seguro para aderir e manter a dieta	100%
O seu acompanhamento foi periódico e constante	91,6%
O tratamento foi de sucesso conseguindo atingir as metas estabelecidas	100%
O nutricionista avaliou a aceitação e adequação nutricional da sua dieta sempre que foi necessário	100%

Fonte: Próprio autor.

Tabela 1– Distribuição das respostas por juízes para validação de conteúdo do instrumento para cada uma das questões apresentadas.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011) o procedimento de % (porcentagem) de concordância apresenta vantagens por medir informações úteis sendo facilmente calculadas. E vários autores têm utilizado esse método na fase inicial para auxiliar na determinação dos itens. Sendo importante considerar que ao usar essa metodologia, deve-se ponderar como uma taxa aceitável de concordância de 90% entre os participantes.

Mendonça e Guerra (2007), no desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia, mostram que

a análise do instrumento foi realizada por meio da apreciação de seus itens para o julgamento da pertinência desses num painel de especialistas composto por fisioterapeutas entre docentes de universidades, pesquisadores, profissionais autônomos e pacientes. Assegurando a representatividade, e verificação da adequação cultural do instrumento.

Diante das respostas dos juízes o instrumento mostrou-se claro, objetivo e bem estruturado. Nenhum quesito teve um nível de concordância menor que 90%. Podendo assim, considerar que a validade de conteúdo do instrumento deste estudo foi satisfatória, uma vez que na construção de seus itens foram estimados os principais aspectos que representam o construto responsividade do paciente. Essas assertivas representam os domínios citados na literatura. Pois, em sua grande maioria, os componentes que compuseram o questionário foram baseados por instrumentos de importantes estudos de responsividade e satisfação do usuário já publicados por Silva (2010); Tengan (2004) e Kloetzel et al(1998) cujas as propriedades como confiabilidade e validade foram testadas anteriormente.

5.3 VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

Tendo o questionário elaborado, foi feita uma validação semântica do seu conteúdo com 18 pacientes do ambulatório nutricional. Consistiu em uma verificação da compreensão das assertivas e das palavras usadas na sua composição. Este procedimento tem o objetivo de verificar se os respondentes compreendem cada uma das assertivas exatamente da maneira como o pesquisador deseja (LATIESA, 1996).

Submeteu-se a primeira versão do instrumento a uma avaliação por pacientes que já utilizaram ambulatório nutricional. Buscando realizar uma validação semântica por todas as camadas de conhecimento, tendo em vista a coerência, a relevância e a compreensão de cada item na composição do instrumento.

A validação semântica é o resultado da apreciação de diferentes pessoas, os quais analisam a equivalência gramatical, de vocabulário, a coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pela população a que se destina o instrumento. O instrumento possui validade semântica se os itens que o constituem são totalmente compreensíveis e além disso, se são, do ponto de vista

teórico, indicadores da variável a ser analisada (ANASTASI; URBINA, 2000; FACHEL e CAMEY, 2000).

Neste sentido, os pacientes julgaram se o conteúdo estava de fácil entendimento, suficientemente inteligível para qualquer pessoa independentemente da sua escolaridade. Assegurando a representatividade, a linguagem e verificação da adequação cultural do instrumento para cada uma das questões apresentadas a seguir:

Quesito a ser analisado	0 a 4	5 a 7	8 a 10	Total da amostra
O consultório está estruturado com mobiliário em condições adequadas de conservação e funcionalidade, com pintura íntegra, sem ferrugem	-	-	100%	100%
O consultório encontra-se em condições satisfatórias de higiene e limpeza	-	38,9%	61.1%	100%
O número de profissionais da Nutrição foi suficiente para atender à todas as suas necessidades	-	-	100%	100%
O nutricionista que te atendeu possui habilidade técnica e organização para oferecer	-	22.2%	77.8%	100%
Você encontrou dificuldade em conseguir consultas	-	-	100%	100%
Você encontrou dificuldade em ser atendido	-	-	100%	100%
Você esperou muito para ser atendido de modo a causar desconforto com a espera	-	16.7%	83.3%	100%
O nutricionista te atendeu com dignidade e competência, sem discriminação de qualquer natureza	-	22.3%	77.7%	100%
O nutricionista te atendeu de forma cordial, com carinho, calor humano, dignidade e respeito	-	5.6%	94.4%	100%
Durante o atendimento o nutricionista garantiu sua individualidade e respeitando seus valores éticos e morais	-	23.3%	76.7%	100%
O nutricionista prestou atenção nos seus relatos de problemas e necessidade	-	-	100%	100%
O nutricionista prestou toda assistência necessária durante o atendimento	-	-	100%	100%
Durante o tratamento o nutricionista respeitou e garantiu sua privacidade e intimidade	-	-	100%	100%
O nutricionista respeitou o sigilo/confidencialidade acerca das questões que envolvem o seu diagnóstico/tratamento, te tratando sem qualquer tipo de preconceitos ou privilégios	-	38.9%	61.1%	100%

Você sentiu dificuldades de informações oferecidas pelo nutricionista	-	5.6%	94.4%	100%
O nutricionista avaliou o seu estado nutricional, utilizando medidas antropométricas e exames laboratoriais	-	38.8%	61.2%	100%
O nutricionista prescreveu o tratamento nutricional ou outros procedimentos somente após realizar sua avaliação pessoal	-	22.3%	77.7%	100%
Você teve o direito à informação sobre alternativas de tratamentos dietoterápicos	-	50%	50%	100%
Você saiu bem esclarecido sobre as informações nutricionais	-	23.4%	76.6%	100%
A dietoterapia foi de fácil acessibilidade, e fácil substituição	-	47.9%	52.1	100%
A dietoterapia estava de acordo com a sua realidade	-	44.4%	55.6%	100%
Você se sentiu seguro para aderir e manter a dieta	-	5,6%	94.4%	100%
O seu acompanhamento foi periódico e constante	-	-	100%	100%
O tratamento foi de sucesso conseguindo atingir as metas estabelecidas	-	-	100%	100%
O nutricionista avaliou a aceitação e adequação nutricional da sua dieta sempre que foi necessário	-	-	100%	100%

Fonte: Próprio autor.

Tabela 2 – Distribuição das respostas para validação semântica do instrumento para cada uma das questões apresentadas.

Após validação do instrumento realizada com pacientes, constatou-se que os participantes não tiveram dificuldade em entender as questões e atribuir nota a escala tipo Likert.

A validação semântica realizada possibilitou ajustamento do instrumento, tornando-o mais compreensível aos sujeitos, após sua aplicação para validação foram discutidos aspectos gerais como formato e sequência dos itens. E para o refinamento do questionário, foram considerados os seguintes critérios: que os itens que recebessem mais de 30% de notas abaixo ou igual de sete (7) fossem reformulados e as com nota igual o menor que quatro (4) rejeitadas.

Posteriormente, a análise dos dados da validação semântica observou-se nenhum item tenha recebido nota igual ou menor que quatro (4) sendo considerada inaplicável à população. Porém seis(6) itens receberam notas de cinco (5) a sete (7) por mais de 30% da amostra, demonstrando dificuldade de compreensão e interpretação das seguintes afirmativas:

- *“O consultório encontra-se em condições satisfatórias de higiene e limpeza”*
- *“O nutricionista respeitou o sigilo/confidencialidade acerca das questões que envolvem o seu diagnóstico/tratamento, te tratando sem qualquer tipo de preconceitos ou privilégios”*
- *“O nutricionista avaliou o seu estado nutricional, utilizando medidas antropométricas e exames laboratoriais”*
- *“Você teve o direito à informação sobre alternativas de tratamentos dietoterápicos”*
- *“A dietoterapia foi de fácil acessibilidade, e fácil substituição”*
- *“A dietoterapia estava de acordo com a sua realidade”*

Pode-se constatar que houve dificuldades na compreensão de alguns termos científicos, conceitos não comuns aos sujeitos da pesquisa, o que em tese parece se tratar da dificuldade de vincular a descrição semântica aos termos técnicos, não conhecidos por leigos da área, bem como por pacientes de menor escolaridade.

Fez-se necessária mudanças na elaboração das sentenças, para a última versão do “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE AMBULATORIAL DE NUTRIÇÃO” (APÊNDICE D) de forma a torná-las mais claras e pontuais. Com a reformulação os itens ficaram da seguinte forma:

- *“O consultório encontra-se limpo e organizado”*
- *“O nutricionista respeitou o sigilo sobre as questões que envolvem o seu diagnóstico, te tratando sem qualquer tipo de preconceitos ou privilégios”*
- *“O nutricionista avaliou o seu estado nutricional, utilizando suas medidas corporais e exames laboratoriais”*
- *“Você teve o direito à informação sobre alternativas de alimentos, cardápios e refeições”*
- *“A dieta foi de fácil acessibilidade, e fácil substituição”*
- *“O tratamento nutricional ou dieta estava de acordo com a sua realidade”*

A validação semântica conferiu ao instrumento sua equivalência semântica e conceitual por meio da participação dos sujeitos da pesquisa. A análise dos itens por pacientes do ambulatório nutricional possibilitou uma adequação de linguagem e o posterior refinamento do instrumento podendo ser aplicado para toda população assegurando-lhe forma e vocabulário adequados ao propósito da

mensuração. Neste sentido, Arreola (1995) ressalta que um indicador além de produzir dados estatísticos, devem ter seus conceitos aceitos pelos respondentes.

A validação permitiu também uma prévia visualização da aplicação do instrumento construído. Deve-se levar em consideração também que a técnica de avaliar a satisfação do usuário é complexa e deve acontecer por meio de um instrumento adequado para este fim. O instrumento designado para analisar tal satisfação necessita ser fundamentado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre o serviço que recebe (FACHEL e CAMEY, 2000; LATIESA, 1996)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir um instrumento para avaliação da qualidade da assistência do ambulatório nutricional não foi fácil, uma vez que realizar um estudo numa área pouco explorada é um verdadeiro desafio, pois existe o compromisso em demonstrar uma nova percepção e incentivar novos estudos a partir desta perspectiva.

O presente estudo trouxe a possibilidade de uma nova linha de pesquisa para a Nutrição, pois não existe até o momento, uma ferramenta para estimar o grau da qualidade do atendimento em ambulatório nutricional. Não existem métodos aceitos ou padronizados para a implantação de sistemas avaliativos.

As avaliações em saúde, especificamente em Ciências Nutricionais, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem ser encontradas na literatura de forma diversificada, por isso foi importante reunir a literatura e montar um guia para orientar a pesquisa. As modalidades mais adequadas ou melhores da avaliação em saúde, consideram a importância de rever o contexto social e institucional para uma melhor compreensão da construção dessas avaliações.

A grande motivação desse estudo foi conhecer aspectos que permitam a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes da Nutrição, pois eles estando satisfeitos, sendo atendidos com qualidade técnica, humanizada e de resolubilidade, conseqüentemente, os profissionais implicados na saúde deles também desenvolveram um trabalho mais prazeroso. Tendo portanto, um longo caminho a percorrer, que foi iniciado aqui, mas, que sem dúvida precisa de muito investimento, com continuidade nas investigações, e trabalhos mais extensos e profundos.

Em outras áreas este tipo de inquérito é muito empregado na avaliação dos mais diversos serviços de saúde oferecidos. Neste trabalho voltado a Nutrição, porém, o alvo de primeira escolha foi a atenção primária, o ambulatório. Se conseguirmos ultrapassar a esfera acadêmica e formos nos engajar num trabalho objetivo de reformulação dos outros serviços oferecidos, veremos que o “Instrumento de avaliação da qualidade ambulatorial de Nutrição” se mostrará

suficientemente potente para servir de orientação, podendo ser considerado uma ferramenta que permite investigar, administrar e planejar as ações em saúde.

A validação semântica permitiu uma prévia visualização da aplicação do instrumento construído. Levantando possíveis dificuldades para sua aplicação e mostrando que técnica de avaliar a satisfação do usuário é complexa e deve acontecer por meio de um instrumento adequado para este fim. Por isso, o instrumento designado para analisar tal satisfação necessita ser fundamentado na compreensão do usuário quando expressa sua opinião sobre o serviço que recebe. Cabe considerar, que este estudo descreve aspectos importantes do início de um processo de validação de um instrumento.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A. and COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro. v.78, n.4, pp. 335-340, 2002.

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq. Bras. de Endocr. e Metab.**, v. 48, p. 345 – 361, 2004.

AKERMAN M, NADANOVSKY P. Avaliação dos Serviços de Saúde — Avaliar o Quê? **Cad. Saúde Púb.**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.361-365, out/dez, 1992.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção. **Ciê. Saú. Col.** Campinas, Sp, v. 16, n. 7, p.3061-3068, 2011.

ALVES C.K.A.; FELISBERTO E.; SAMICO I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios e padrões. In: Samico I. Felisberto E. Figueiró AC, Frias AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. **MedBook**; Rio de Janeiro: 2010. P 89-108.

ALVES V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interf.** Botucatu v.9 n.16, p.39-52, 2005.

American Dietetic Association. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutritional assessment. **Jor. Am. Diet. Assoc.** 94(8):838-839, 1994.

ANASTASI, A.; URBINA, B. S. Testagem psicológica. **ArtMed**, Porto Alegre. 2000.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, R. J.; FARIAS, L.O. Metodologia de elaboração do índice de responsividade do serviço (IRS). **Cad. Pub. de Sal.** v.26, n, 3. 523-534, mar. 2004.

ANSELMO, M.A.C.; BURINI, R.L.; ANGELELI, A.Y.O.; MOTA, N.G.S.; CAMPANA, A.O. Avaliação do estado nutricional de indivíduos adultos saudáveis de

classe média: ingestão energética e protéica, antropometria, exames bioquímicos do sangue e testes de imunocompetência. **Rev. de Sau Públ**, São Paulo, v.26, n.1, p.46-53, 1992.

ARAÚJO, I.C.A. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica Integrada do curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará**. 2003. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, A. C. T.; CAMPOS, J. A. D. B. SUBSÍDIOS PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO. **Alim. Nutr**, Araraquara, v. 19, n. 2, p.219-225, 2008.

ARREOLA, R. A. Developing a comprehensive faculty evaluation system. **Anker**, EUA, 1995.

ARROYO, C.S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde**: o tempo de atendimento da consulta médica. 2007. f.137. Tese (doutorado). São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

AYRES J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Saúde Soc**. V.13, p.16-29, 2004.

BAKER J.P.; DETSKY A.S.; WESSON D.E.; WOLMAN S.L.; STEWART S.; WHITEWELL J.; LANGER B.; JEEJEEBHOY K.N. Nutritional assessment: a comparison of clinical judgment and objective measurements. **N Engl J Med** v.306, p .967-72, 1982.

BARBOSA-SILVA, M. C. G.; BARROS, A. J. D. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo , v. 39, n. 3, jul. 2002.

BARROS A.J.D.; BERTOLDI A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc Saúde Coletiva**. V.7 n.4, p.709-17, 2002.

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

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano- compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORENSTEIN M.S., OLIVEIRA M.E., PADILHA M.I.C.S. Visualizando o cuidado de enfermagem por meio de imagens. **Rev. Cienc. Saúde** v.22 n.2, p.32-39, 2003.

BOSCO, V. E. F. et al. Estado nutricional de indivíduos hospitalizados em um hospital universitário de São Luís, Maranhão. **Ver. Pesq. Saú.**, São Luiz, v. 1, n. 14, p.21-26, Jan-abr, 2013.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Rev. de Saú. Púb.** Fortaleza, v. 41, n. 1, p.150-153, 2007.

BRASIL. Lei n.5276, de 24 de abril de 1967. Dispõe sobre a profissão de nutricionista, regulamenta seu exercício e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, p. 4707, 26 abr 1967.

_____. Resolução CFN N.º 223/99, de 8 de março de 1998. Dispõe sobre o exercício profissional do nutricionista na área de Nutrição Clínica e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 13 de julho de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2006.

_____.Ministerio da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico.** Brasília, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil:** legislação federal compilada – 1973 a 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 494 p. - (Série E. Legislação de Saúde)

BRITO JUNIOR, R.B. **Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergência da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997.** 2000. [dissertação]. Piracicaba –São Paulo. FOP/UNICAMP.

CAMINAL, J. La medida de la satisfacción: um instrumento de participación de la población em la mejora de la calidad de lo servicios sanitários. **Rev. Calidad Asistencial**, Espanha, v. 16, n 4, p. 276-279, 2001.

CANDEIAS, J. Assistência e atenção. **Rev. Saú. Públ.**, v. 26, n. 4, p.215-216, Agosto, 1992.

CHIUZI, R. M., SIQUEIRA, M.M.M. Construção e validação da escala de percepção de invulnerabilidade. **Psi. em Est.** vol. 13, n. 4, Dez, pp. 885-892, Universidade Estadual de Maringá, Brasil, 2008.

COHEN-Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**, 1988.

CHUMLEA W.C.; GUO S.; ROCHE A.F.; STEIBAUGH M.L. Prediction of body weight for the nomambulatory elderly from anthropometry. **J Am Diet Assoc**, v. 88, p. 564-586, 1988.

CONDE, W. L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos Brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 14, n. 1, Set. 2011.

COSTA R. P.; Silva C. C. Doenças cardiovasculares. In: Cuppari L. (Org.) **Guias de nutrição: Nutrição clínica no adulto.** São Paulo: Manole, 2005.

CRUZ, W.B.S.; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.147-153, 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Cien. Saú. Col.** v.9 , n.1. p 7-14, 2004.

DETSKY AS, BAKER JP, MENDELSON RA, WOLMAN SL, WESSON DE, JEEJEEBHOY KN. Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons. **JPEN J Parenter Enteral Nutr.** V.8, p.153-9, 1984.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. Kowal O. Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. de Enfer.** Brasília, v. 59, n. 1, p.84-88, Jan-fev. 2006.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

_____ Evaluation de la calidad de la atención médica. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington (USA): **Organización Panamericana de la Salud**: OPAS-Public. p. 382-404. 1992.

_____ **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde.** Tradução de Roberto Passos Nogueira. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

_____ The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press**; 1999.

DUARTE, I.; FERREIRA, D.P. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **Rev. de Adm. em Saú.** São Paulo, v. 8, n. 31, p. 63-70, abr./jun. 2006.

FACHEL, J.; CAMEY, S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados Em J. A. Cunha e cols. Psicodiagnóstico. **Artmed.** Porto Alegre v. 5, p. 158-170, 2000.

FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do módulo genérico DISABIKIDS para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Rev. Bras. De Saú. Mater. Infa.** Recife. V.10, n.1. p-95-105, 2010.

FELDMAN L.B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde.** Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo. Martinari, 2004.

FERNADES, J.D. et al. Qualidade do gerenciamento como tecnologia do cuidar. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.9, n.1, p. 153-176, jan./abr. 2000.

FERRARI, S.; BENUTE, G. R. G.; SANTOS, N.O.; LUCIA, M C. S. Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar. **Psicol. hosp.** São Paulo. vol.11, n.2, pp. 60-71, 2013.

FERRI, S.M.N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuarios de uma unidade de saúde da família:** Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado? 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto.

FISBERG M.R.; MARCHIONI D.M.L.; Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.53, n.5. 2009.

FRANCO S.C.; CAMPOS G.W. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Rev Saúde Pública.** v.32, n.4, p.352-60. 1998.

FUSSISAKI, Marceila de Andrade. **Elaboração e validação de um instrumento para identificação da prática de enfermeiros relacionada ao manejo e prevenção de radiodermatites.** 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M. User satisfaction from the perspective of acceptility in the Family health scenario. **Tex. contex. – enferm.** Vol.16, n.4, p.617-625, 2007.

GAKIDOU E.; MURRAY C.J.L.; FRENK J. Measuring preferences on health system performance assessment. **GPE Discussion Paper Series: N° 20.** EIP/GPE, WHO. 2000.

GILMORE CM, Novaes HM. Manual de gerência da qualidade OPS. **Kellogg**. Washington (USA): [s.e.]; p 45-70, 1997.

GOMES R.; SILVA C.M.F.P.; DESLANDES S.F.; SOUZA E.R. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cad Saú. Púb.** Rio de Janeiro. v.15, n.4, p. 789-97. 1999.

GOSTIN, L.; HODGE, J.R.; VALENTINE, N.; NYGREN-KRUG, H. **The Dominains Health Responsivis- A human Rights Analysis. Health and Human Rights Working** GPE discussion paper series:n.2 Geneva: Wolrd Helth Organization. WHO document EIP/GPE/FAR. p.13. 2003

GOUVEIA, G. C.; et al. Health care user's satisfaction in Brasil, 2003. **Cad. de Saú. Púb.**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. S109-S118, 2005.

HADDAD M.C.F.L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação de um hospital universitário público.** 2004. 201f. Tese (Doutorado em enfermagem fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____.Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. In: **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Gestão/Organização-geral:**Euclécia Gomes Vale; Organizadoras: Jacqueline Rodrigues de Lima, Vand Elisa Andres Felli- Porto Alegre: Artmed/Panamericana, v.1, n.1, p.41-90. 2011

HALAL, I.S. et al. Avaliação da qualidade da assistência primaria a saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. **Rev. Saú. Púb.** V.18. n.2, p 131-139, 1994.

HOGA, L. A. k. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 1, n. 38, p.13-20, 2004.

KLOTZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad. de Saú. Púb.** , Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul./set., 1998.

KURCGANT P.; TRONCHIN D.M.R.; MELLEIRO M.M. A construção de indicadores de qualidade para avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.1, p.88-91, 2006.

LEITÃO R.E.R.; KURCGANT P. Qualidade na prática gerencial da enfermagem: as duas faces da mesma moeda. **Intert.**, Niterói. 2004.

MALIK, A. M., SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo: Peirópolis, 1998.

MARCHINI, J.S.; VANNUCCHI, H.; UNAMUNO, M.R.L. Avaliação do estado nutricional. **Rev. Med.**, Ribeirão Preto. v.29, p.5-18, 1996.

MARCHIONI DML, Slater B, FISBERG RM. O estudo da dieta: considerações metodológicas. **Cader. de deb.** V.5, p. 62-76, 2003.

MARSHALL Jr. **Gestão da Qualidade.** São Paulo, Editora FGV. I. 2008.

MATIAS, W.B. alguns fatores de risco a saúde e doenças crônicas não-transmissíveis. **Lect. Educ. Físi. y Desp.** Buenos Aires. v.146, n.15, 2010.

MATUOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; ALMEIDA, M.C.P. Preparing the care relationship: awelcoming tool in health units. **Rev. Latino-americana de Enfer.** V.17, n.6, p.1001-1008, 2009.

MENDONÇA, K.M.P.P.; GUERRA R.O. desenvolvimento e validação de um instrumento de medida. **Rev. Bras. Fisioter**, São Carlos, v. 11, n. 5, p.369-376, Setem/out, 2007.

MENEZES, I. R. S. C. **Avaliação da conformidade de práticas de controle e prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital público de ensino.** 2009. 164f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997

MIGUEL P.A.C. **Qualidade: enfoques e ferramentas**. São Paulo: Artliber. 2001.

MINAYO, M.C.S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev. Bras. de Edu. Méd.**, v.33, n. 1,p. 83-91, 2009.

MOTA, N. V. V. P; MELLEIRO, M. M; TRONCHIN, D. M. R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato de experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **RAS**. v. 9 , n. 34, jan./mar. 2007.

NAVARRO, A M.; MARCHINI, J.S. Uso de medidas antropométricas para estimar gordura corporal em adultos. **Nutrire: rev .Soc. Bras. Alim. Nutr.** J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP. v.19, n.20, p.31-47, 2000.

NOGUEIRA, P. C. **NUTRICIONISTA EDUCADOR NO ATENDIMENTO**. 2005. 94 f. Monografia (Especialização) - Curso de Nutrição, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba.

NONINO, E.A.P.M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem- banho curativo- segundo grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário**. 2006. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NOVAES H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. **Rev Saú. Púb.** Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.547-59, 2000.

NUTO, S.S. **Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE: a voz e a vez do usuário**. 1999. 220f. Dissertação [Mestrado]. FM/Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

OLIVEIRA, F. J. A contribuição da antropologianos estudos de satisfação e avaliação dos serviços de saúde no nível da atenção primária à saúde: vale a pena ouvir o que os usuários? tem a nos dizer? **Mem. & Perspc. Saúde**, v.11, n.1, p. 18-32, jan./ju. 1998.

OLIVEIRA, Ana Flavia de; LORENZATTO, Simone; FATEL, Elis Carolina de Souza. PERFIL DE PACIENTES QUE PROCURAM ATENDIMENTO NUTRICIONAL. **Rev. Sal.**, Guarapuava-pr., v. 2, n. 1, p.13-21. Jan-jun, 2008.

Organização das Nações Unidas-ONU, 1948. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Disponível em <www.who.int/entity/genomic/elsi/en>.

Organização Mundial de Saúde 2000. **The World Health Report – Health Systems: Improving Performance**. Disponível em <www.who.int/whr/en/>. Acessado em: 19 de out 2014.

PARASURAMAN A.; ZEITHAML V.A.; BERRY L. SERVIQUAL:a Multiple-Item Scale for measuring customer perceptions of service quality. **Jour. of Ret. Spr.** pp.12-40, 1999.

PASCOE G.C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Eval. and Progr. Plan.** V.6, n.3. p.185-210,1983.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. **Brasília**: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida da Universidade de Brasília. 1996.

PASQUALI, L. **Técnicas de Exame Psicológico-TEP**. **Brasília**: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida da Universidade de Brasília. 2001.

PAULA, Vanessa Garcia de. **Utilização de serviços na atenção básica- a satisfação do usuário na saúde da família**. 2011. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Área de Concentração-enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

PEDROSO, C.G.T. et al. Cuidado nutricional hospitalar:: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Ciên. & Saú. Col.**, Santa Catarina., v. 16, n. 1, p.1155-1162, 2011.

PENA M.M.; MELLEIRO M.M. Degree of satisfaction of users of a private hospital. **Acta. Paul. Enferm.** v.25, n.2, p.197-203, 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos , avaliação, utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004 478p.

RAMÍREZ,S.T.J.; NÁJERA, A.P; NIGENDA, L.G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. **Salud Públ. de Méx.** v.40, n.2, p.3-12, 1998.

RAMOS, D.D.; LIMA M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. **Cad Saú. Públ.** V.19, n.1, p. 27-34, 2003.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cad. de Saú. Pub.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p.50-61, Jan/Març,1990.

REIS, R. A. **Módulo específico para avaliação da vida relacionada á saúde para crianças e adolescentes que Vivem com Deficiência Auditiva- ViDA.** 2008. 153f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo,Ribeirão Preto.

RIVERA, F.J.U.A. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad. Saú. Públ.** V.12, n. 3 , p 357-372, 1996.

RODRIGUES, A.V.D. et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**,2012; 46(1):167-74.

RODRIGUES,E.M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M.C.F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr. Camp.** v.18, n.1, p.119-128, jan./fev., 2005.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**/Maria Zélia Rouquayrol, Naomar de Almeida Filho – 6 ed.-Rio de Janeiro:MEDSI p. 149-177, 2003.

RUBIN H.R. Patient Evaluations of Hospital Care – A Review of the Literature. **Medi. Care.** v.28, n.9, p.03-19, 1990.

SANTIAGO, Renata Florêncio et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciênc. & Saú. Colet.** Rio de Janeiro/RJ, v. 1, n. 18, p.35-44, Jan- Nov,2013.

SANTOS, S.F.D.G. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Curitiba, Paraná, Brasil.** 2007. Dissertação (Mestrado em odontologia) Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná.

SCOCHI, M. J. Indicators of Quality for Medical Records and Ambulatory Care in Maringá (State of Paraná, Brazil), 1991: An Exercise in Evaluation. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (3): 356-367, Jul/Sep, 1994.

SELEGHIM, Maycon Rogério et al. AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE UM PRONTO SOCORRO. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 3, p.122-131, Jul-set. 2010.

SHAW C,D. Introducing quality assurance. **Kin. Fund.** Project paper, Londres, n. 64, 1986.

SILVA A. A framework for measuring responsiveness [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. (**GPE Discu. Paper Series**, 32). [cited 2014 Aug 15]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>

SILVA, L.T.R. **Avaliação da qualidade da assistência à saúde quanto às medidas de prevenção e controle da pneumonia associada à ventilação mecânica.** 2010. 98f. Dissertação(Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2010.

SILVA JR., A.G.S.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In Pinheiro, R., Mattos, R.A. (Orgs) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: BRASCO, 2004.

SITZIA J & WOOD N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Soc. Sci. and Med.** v.45, n.12. p.1829-1843, 1997.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.502-507, mai/jun, 2007.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Inter**. Botucatu, v. 13, n. 1, 2009 .

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences. Base 10.0 User's guide. Chicago: SPSS, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde. p.726 ,2004.

STRINGHINI et al. Avaliação retrospectiva do serviço ambulatório do serviço ambulatorial em dietoterapia. **Rev. Nutri: PUCCAMP**, Campinas, v. 2, n. 10, p.120-126, Jun/dez.1997.

TAKASHINA, N.T. **Indicadores da Qualidade e do Desempenho**, Rio de Janeiro: Editora Qualitymark. p.80-103, 1999.

TENGAN, Cristiana. **Avaliação do atendimento em um serviço público odontológico**. 2004. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Sp, 2004.

TRONCHIN DMR, MELLEIRO MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v.30, n.3, p.542-6, 2009.

VAITSMAN J.; ANDRADE G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc Saú. Col.** V.10, n.3, p.599-613, 2005.

VANNUCCHI H et al. Amino acids patterns in the plasma and ascitic fluid of cirrhotic patients. **Braz. J. Med. Biol. Res.**18: 465-470, 1985.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr.Campinas**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-138, maio/ago. 2002.

VASCONCELOS, M.M.; BRIGEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade de prontuários do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saú. Púb.**, v.24 n.1, p. S173-S182. 2008.

VÁZQUEZ M.L.; SILVA M.R.F.; CAMPOS E.S.; ARRUDA I.K.G.; DINIZ A.S.; VERAS I.L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad Saú. Púb.** v.19, n.2, p.579-91, 2003.

VEROTTI, Cristiane Comeron Gimenez. **Contribuição para seleção de dez indicadores de qualidade em terapia nutricional**. 2012. f.267 Dissertação (Mestrado) - Curso de Nutrição, Departamento de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VIEIRA D.K., DETONI D.J., L.M.S.B, Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar. **III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Foz do Iguaçu-PR. p.1-12, 2005.

VILLELA, Nilze Barreto. **Manual básico para atendimento ambulatorial em nutrição** / Nilze Barreto Villela, Raquel Rocha. - 2. ed.. - Salvador : EDUFBA, 2008.120 p

VITOLLO MR. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio. p 435 – 48, 2008.

VITURI DW, MATSUDA LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Esc. Enferm USP**. v.43, n.2, p. 429-37, 2009.

VULCANO, Daniela Salate Biagioni. **Avaliação dos indicadores nutricionais e da composição corporal**. 2010. 181 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, 2010.

VUORI H. Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? **Quality Review Bulletin** v.13, p.106-108, 1987.

_____A qualidade da saúde. **Divulg. Saú. Deb.**, Londrina, n. 3,p. 17-25, 1991.

WAITZBERG,DL. Indicadores da qualidade da terapia nutricional. São Paulo: ILSI Brasil, 2008.

WILLIAMS B. Patient satisfaction: a valid concept? **Soc. Scie. and Med.** V,38, n.4, p.509-516, 1994.

World Health Organization 1994. **A Declaration of Patients Rights in Europe**, European Consultation on the rights of patients. Amsterdam 28-30 March 1994.

_____ **Chronic diseases**. 2005 Available from:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/.

ZIL, A.A., et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev. Bras. Mer. Farm. e Com. RBMFC**. Rio De Janeiro, v.4, n.16, p.270-216, jan/mar. 2009

APÉNDICE

APÊNDICE A - Guia do atendimento ambulatorial para construção de um instrumento de avaliação da qualidade em ambulatório de Nutrição

Guia do atendimento ambulatorial para construção de um instrumento de avaliação da qualidade em ambulatório de Nutrição

ASPECTOS DO CUIDADO/ATENÇÃO À SAÚDE

I. Aspectos relacionados a estrutura:

- 1- O consultório/sala deve estar estruturado com mobiliário em condições adequadas de conservação e funcionalidade, com pintura íntegra, sem ferrugem e em condições satisfatórias de higiene e limpeza;
- 2- O consultório/sala deve estar estruturado com instrumentos e equipamentos que possibilitem uma boa avaliação nutricional;
- 3- O número de profissionais da nutrição deve ser suficiente para atender à todas as necessidades dos pacientes;
- 4- Os profissionais da Nutrição não devem estar continuamente submetidos à sobrecarga de trabalho;
- 5- A equipe de Nutrição deve possuir conhecimento, competência técnica, habilidade técnica e Organização de modo a oferecer um cuidado seguro e não expor o paciente a riscos evitáveis.

II. Aspectos relacionados a processo

Acesso:

- 1- O paciente não deve encontrar dificuldade em ser atendido ou conseguir consultas;
- 2- O Tempo decorrido entre a chegada ao ambulatório e atendimento deve ser breve, de modo a não causar desconforto ao paciente.

Cuidado:

Aspectos interpessoais (qualidade do atendimento)

- 1- O nutricionista deve exercer a sua profissão com dignidade e competência, valendo da ciência da nutrição, em benefício da saúde do homem, sem discriminação de qualquer natureza;

- 2- O exame físico deve contemplar as medidas antropométricas, exames laboratoriais, semiologia, anamnese alimentar de acordo com a faixa etária;
- 3- Prescrever o tratamento nutricional ou outros procedimentos somente após proceder à avaliação pessoal e efetiva do indivíduo sob sua responsabilidade profissional;
- 4- O nutricionista deve atender aos pacientes de forma cordial, com carinho, calor humano, dedicação, atenção, dignidade e respeito;
- 5- O nutricionista deve assistir aos pacientes de forma a garantir sua individualidade e respeitar seus valores éticos e morais;
- 6- O nutricionista deve prestar assistência, quando for de sua obrigação fazê-lo;
- 7- O nutricionista deve respeitar e garantir a privacidade, o pudor e a intimidade dos pacientes;
- 8- Os nutricionistas devem respeitar o sigilo/confidencialidade acerca das questões que envolvem o paciente/família e seu diagnóstico/tratamento, tratando os pacientes sem qualquer tipo de preconceitos ou privilégios;
- 9- O paciente deve ser identificado pelo seu nome;
- 10- Encaminhar aos profissionais habilitados os indivíduos sob sua responsabilidade profissional, quando identificar que as atividades demandadas para a respectiva assistência fujam às suas atribuições;
- 11- O nutricionista não pode divulgar, fornecer, anunciar ou indicar produtos, marcas de produtos e/ou subprodutos, alimentares ou não, de empresas ou instituições, atribuindo aos mesmos benefícios para a saúde, sem os devidos fundamentos científicos e de eficácia vigentes; não comprovada, ainda que atendam à legislação de alimentos e sanitária;
- 12- O nutricionista não pode realizar consultas e diagnósticos nutricionais, bem como prescrição dietética, através da Internet ou qualquer outro meio de comunicação que configure atendimento não presencial;
- 13- O nutricionista deve avaliar o estado nutricional do paciente, utilizando medidas antropométricas e exames laboratoriais, solicitados pelo Nutricionista ou por outro profissional, a partir dos diversos métodos

e técnicas cientificamente comprovados, considerando aspectos individuais e clínicos.

Autonomia sobre o tratamento

- 1- O paciente deve ter o direito à informação sobre alternativas de tratamentos dietoterápicos;
- 2- O paciente deve sair bem esclarecido sobre as informações nutricionais;
- 3- O tratamento dietoterápico deve condizer com a realidade do paciente.

5.

III. Aspectos relacionados ao resultado:

1. A dietoterapia deve contemplar todas as características organolépticas, o alimento deve ter fácil acessibilidade, ser de fácil substituição, para que o paciente sinta-se satisfeito e seguro para aderir e manter a dieta;
2. O acompanhamento do paciente deve ser periódico e constante;
3. O tratamento deve ser de sucesso e atingir as metas estabelecidas (atingir a adequação nutricional, com melhora do quadro clínico apresentado no início do tratamento)
4. Avaliar sistematicamente a aceitação e adequação nutricional da dieta, a evolução do estado nutricional e clínica do paciente, fazendo alterações nas prescrições da dieta e/ou dietética e demais condutas, se necessário.

APÊNDICE C- Inquérito de validação de conteúdo

ASPECTOS RELACIONADOS A ESTRUTURA				
INSTALAÇÕES	1	2	3	4
	Não válida	Pouco válida	Válida	Muito válida
O consultório está estruturado com instrumentos e equipamentos que possibilitem uma boa avaliação nutricional				
O número de profissionais da Nutrição foi suficiente para atender à todas as suas necessidades				
O nutricionista que te atendeu possui conhecimento, competência técnica, habilidade técnica e organização para oferecer				
O nutricionista que te atendeu está continuamente submetido à sobrecarga de trabalho				
ASPECTOS RELACIONADOS A PROCESSO				
ACESSO	1	2	3	4
	Não válida	Pouco válida	Válida	Muito válida
Você encontrou dificuldade em conseguir consultas				
Você encontrou dificuldade em ser atendido				
Você esperou muito para ser atendido de modo a causar desconforto com a espera				

ASPECTOS INTERPESSOAIS	1	2	3	4
	Não válida	Pouco válida	Válida	Muito válida
O nutricionista te atendeu com dignidade e competência, sem discriminação de qualquer natureza				
O nutricionista te atendeu de forma cordial, com carinho, calor humano, dignidade e respeito				
Durante o atendimento o nutricionista garantiu sua individualidade e respeitando seus valores éticos e morais				
O nutricionista prestou atenção nos seus relatos de problemas e necessidade				
O nutricionista prestou toda assistência necessária durante o atendimento				
Durante o tratamento o nutricionista respeitou e garantiu sua privacidade e intimidade				
O nutricionista respeitou o sigilo/confidencialidade acerca das questões que envolvem o seu diagnóstico/tratamento, te tratando sem qualquer tipo de preconceitos ou privilégios				
Você sentiu dificuldades de informações oferecidas pelo nutricionista				
O nutricionista avaliou o seu estado nutricional, utilizando medidas antropométricas e exames laboratoriais				
O nutricionista prescreveu o tratamento nutricional ou outros procedimentos somente após realizar sua avaliação pessoal				
Você teve o direito à informação sobre alternativas de tratamentos dietoterápicos				
Você saiu bem esclarecido sobre as informações nutricionais				
O tratamento dietoterápico estava de acordo com a sua realidade				
ASPECTOS RELACIONADOS A RESULTADOS				
RESULTADO	1	2	3	4
	Não válida	Pouco válida	Válida	Muito válida
A dietoterapia estava de acordo com a sua realidade.				

Você se sentiu seguro para aderir e manter a dieta				
O seu acompanhamento foi periódico e constante				
O tratamento foi de sucesso conseguindo atingir as metas estabelecidas				
O nutricionista avaliou a aceitação e adequação nutricional da sua dieta sempre que foi necessário.				

ANEXOS

ANEXO A- Termo de consentimento livre e esclarecido

Esta pesquisa intitulada **“ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO INDICADOR DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE UTILIZAM O AMBULATÓRIO NUTRICIONAL”**, cujo objetivo é elaborar uma ferramenta como processo de avaliação da qualidade de atendimento em ambulatório nutricional, está sendo desenvolvida por Laiane Nascimento Oliveira, aluna do Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob orientação da Prof^a. Ana Paula de Mendonça Falcone.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, com o direito de desistir da mesma.

Salientamos que a pesquisa não apresentará riscos maiores aos pacientes atendidos nos ambulatórios de nutrição, exceto o desconforto de responder o instrumento de pesquisa, considerado como risco mínimo. Ressaltamos ainda, que não há previsão de outros riscos.

A pesquisa contribuirá para os profissionais atuantes das unidades de saúde que possuem ambulatórios de nutrição bem com que poderão se beneficiar das informações provenientes dessa divulgação científica os profissionais de nutrição e áreas afins para futuras pesquisas.

Os dados serão coletados através de uma entrevista, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pela pesquisadora.



____/____/2015

Laiane Nascimento Oliveira
Pesquisadora Colaboradora

Ana Paula de Mendonça Falcone
Pesquisador Responsável

Comitê de Ética e Pesquisa

Endereço da Pesquisadora Responsável: Ana Paula de Mendonça Falcone
Universidade Federal de Campina Grande Centro de Educação e Saúde - CES
Campus Cuité Olho D'Água da Bica S/N Cuité - Paraíba - Brasil CEP: 58175-000
Telefone: (83) 3372-1900 ana_paulamendonca@hotmail.com

Endereço da Pesquisa Colaboradora: Laiane Nascimento Oliveira
Rua José Casemiro Dantas, nº179 Cuité - Paraíba - Brasil CEP: 58175-000 Telefone: (74)
91003515 laiane.oliver@hotmail.com