

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ANDREAS RUCKS VARVAKI RADOS / 144424
MATHEUS COVALESKY SCHOLTEN / 144392

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE DE IDOSOS QUE
UTILIZAM DUAS ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO
SANITÁRIO PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO, PORTO ALEGRE, RS

Porto Alegre, 10 de Junho de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ANDREAS RUCKS VARVAKI RADOS / 144424

MATHEUS COVALESKY SCHOLTEN / 144392

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE DE IDOSOS QUE
UTILIZAM DUAS ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO
SANITÁRIO PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO, PORTO ALEGRE, RS

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia

ORIENTADORA: JULIANA BALBINOT HILGERT

Local de Realização do trabalho: Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia / UFRGS

Porto Alegre, 10 de Junho de 2011

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelas oportunidades ao longo da nossa formação acadêmica.

À nossa orientadora, professora Dra Juliana Hilgert, que, apesar de não nos conhecer previamente, nos orientou nessa jornada com admirável dedicação.

Aos nossos pais Pantelis e Lilian, Lari e Silvia, pelo carinho e apoio irrestrito à nossa formação. Sem vocês, com certeza, não teríamos chegado a esta etapa.

Aos nossos amigos, pela companhia e diversão nas horas mais difíceis da nossa caminhada.

À Equipe Amiga do Idoso: Professor Dr Fernando Hugo, Aline Martins, Otávio D'Ávila, Matheus Neves, Michelle Meirelles, Alexandre Tedesco, Augusto Bidinotto, Camila Longoni, Creta Seibt, Édina Vendrame, Gabriela Ávila, Júlia Dotto, Michele Sales, Rafael Agostini, Raíssa Duso, Renyelle Schwantes e Roberto Pretto. A experiência de participar dessa pesquisa com vocês foi única.

RESUMO

Com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) para cuidados baseados na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, há poucas avaliações sistemáticas sobre satisfação com os serviços de saúde, especialmente de idosos, em relação à atenção primária por eles utilizada: atenção básica tradicional em Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia Saúde da Família. O objetivo do estudo foi avaliar a satisfação com os serviços de saúde em idosos que utilizam UBS ou ESF no distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Neste estudo transversal, 381 idosos foram selecionados por meio de uma amostra aleatória por conglomerados. Foram realizadas entrevistas por meio de um questionário estruturado. Foi realizada análise descritiva das variáveis. A associação entre satisfação com o serviço de saúde e os fatores associados foi verificada pelo teste qui-quadrado. O valor para rejeição da hipótese nula foi de 5%. A análise estatística foi realizada no software SPSS. Dos 381 entrevistados, 264 (69,3%) eram mulheres, a média de idade foi de 69,3 ($\pm 6,9$) anos e a média de anos de estudo foi de 4,9 ($\pm 6,9$). Desses, 294 (77,2%) relataram utilizar a UBS, enquanto 87 (22,8%) acessavam a ESF. Não houve diferença estatisticamente significativa entre variáveis demográficas, sociais e comportamentais e houve diferença estatisticamente significativa em relação à melhor satisfação com o serviço ($p=0,03$) e conhecimento dos profissionais do seu serviço de saúde a respeito dos problemas que mais importam ao paciente ($p=0,01$) em usuários da ESF. Os resultados demonstram que a abordagem mais humanizada, preconizada pela ESF, está associada a uma maior satisfação do usuário em relação ao serviço, reforçando os princípios e pactos vigentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------|---------|
| CAPA | pág. 01 |
| FOLHA DE ROSTO | pág. 02 |
| AGRADECIMENTOS | pág. 03 |
| RESUMO | pág. 04 |
| SUMÁRIO | pág. 05 |
| INTRODUÇÃO | pág. 06 |
| REVISÃO DE LITERATURA | pág. 08 |
| MATERIAIS E MÉTODOS | pág. 15 |
| RESULTADOS | pág. 18 |
| DISCUSSÃO | pág. 19 |
| CONCLUSÃO | pág. 21 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | pág. 22 |
| APÊNDICES | pág. 28 |

INTRODUÇÃO

Após a Segunda Guerra Mundial, o mundo inteiro lutava para se reconstruir. Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou sua nova definição de saúde, na tentativa de dar um novo rumo, tanto nos processos de cuidado como na maneira de ver saúde. Ela definiu que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1946; ALMEIDA, 2000). O caminho a ser seguido parecia adequado, pois o processo saúde-doença é multicausal. Na prática, porém, o caminho trilhado não foi exatamente esse. Com o avanço da epidemiologia, a multiplicidade de causas das doenças foi identificada, mas o tratamento das mesmas seguiu um método cartesiano (BARROS, 2002), o qual excluía a individualidade e a singularidade de cada indivíduo, seja na percepção da doença, seja no modo que ele responde a determinado tratamento (OLIVEIRA, 2000).

Em relação à saúde, a população de idosos é prioridade nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006), por ser a população que está aumentando mais rapidamente no país, com projeções indicando que de 2008 até 2050 o número de idosos quadruplicará. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também estima que em 2050 a expectativa de vida no Brasil seja semelhante à dos japoneses, acima dos 80 anos (IBGE, 2010). Essa população idosa certamente necessitará das mais variadas formas de cuidado. Com isso em mente, notaremos que a maneira como isto será realizado precisa ser repensada, pois o acúmulo de fatores de risco nessa população provavelmente desencadeará mais doenças crônico-degenerativas de longo tratamento como diabetes, hipertensão e câncer. Tendo em vista esta realidade de aumento populacional, concomitante com o acúmulo dos fatores de risco com um sistema de saúde que atualmente já não supre a demanda, os esforços devem e já estão sendo direcionados para planejar um método capaz de suprir essa demanda, que propicie um envelhecimento mais ativo e saudável (RAMAGE-MORIN, SHIELDS, MARTEL, 2010).

Sabe-se que há grande utilização de serviços de saúde no Brasil pelos idosos e que esta é determinada primariamente por suas necessidades de saúde e por manter um profissional de saúde que conheça o paciente (TURCI ET AL, 2010).

A atenção primária tem como prerrogativa inicial o acesso universal à saúde. A partir disso, seguem outras importantes considerações: o serviço de saúde deve se localizar próximo à área de atuação, sendo o primeiro contato da comunidade com o sistema

nacional de saúde. A atenção primária também atua no desenvolvimento social e econômico da área em que atua, caracterizando-se assim como um serviço integral e que visa o acompanhamento ao longo da vida dos indivíduos, estabelecendo assim, uma relação mais estruturada entre serviço e comunidade.

Há, no Brasil, dois diferentes tipos de atenção primária: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As UBS têm como característica o intervencionismo anterior ao controle, trabalhando com a demanda espontânea da população. Além disso, conta com o auxílio da epidemiologia para monitoramento de doenças, enquanto que as ESF funcionam com quatro princípios. O primeiro princípio é o do primeiro contato, que torna o acesso mais facilitado aos usuários, pela aproximação dos serviços às residências dos usuários. Já o segundo é a longitudinalidade, que proporciona contato do indivíduo/família com a equipe ao longo dos anos. A abrangência, terceiro princípio, é capaz de atender as demandas por atendimento clínico além de fazer a prevenção e promoção de saúde. E por fim a coordenação que realiza um cuidado continuado, além de garantir acesso aos serviços especializados, quando necessário. As UBS funcionam ainda na lógica de demandas por tratamento, estando sempre “à espera dos doentes”, enquanto a ESF se propõe a prevenir as doenças e promover saúde, assim como trazer o bem estar descrito na definição de saúde da OMS (BRASIL, 2006).

Martin e colega, ao trabalharem com uma população de pessoas de baixa renda, notaram que as diferenças socioeconômicas influenciam o conceito de saúde (MARTIN, ÂNGELO, 1998). Quanto mais instruído ou mais bem posicionado financeiramente, mais exigente é o idoso e mais ele procura auxílio em saúde, tendo assim, um maior contato com o profissional da saúde, em grande parte dos casos, com médicos. Nos casos de pessoas de baixa renda, elas têm 25% menos chance de consultar um médico, seja do sistema único ou particular (COSTA, FACHINNI, 1997). Rocha e colega, ao compararem o acesso aos serviços de saúde bucal, observaram que quanto maior a idade maior era o acesso ao serviço, porém a renda era um fator confundidor, pois muitos desses acessos se davam por meio do atendimento particular. As pessoas de idade mais avançadas com menor renda acessavam menos os serviços, pois suas necessidades de tratamento não eram cobertas pelo SUS (ROCHA, GOES, 2008).

A satisfação de usuários com o serviço de saúde acessado interessa muito ao campo da saúde, uma vez que há ganhos valiosos quanto à continuidade do tratamento, podendo este interferir na efetividade terapêutica, com a maior adesão do usuário aos procedimentos recomendados (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). A avaliação da satisfação é

uma das ferramentas existentes para avaliação da qualidade dos cuidados em saúde (GOUVEIA ET AL, 2005). Não há na literatura informação a respeito de satisfação com serviços de saúde em idosos das duas estratégias de atenção primária no Brasil.

O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação com os serviços de saúde de idosos que utilizam duas estratégias de atenção primária no distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

REVISÃO DE LITERATURA

Desde o início da República Brasileira, os governantes demonstraram interesse com a saúde do trabalhador. Durante a República do Café-com-leite, o Estado regulamentou, através de fundos do contribuinte, o acesso à saúde. Durante o Estado Novo brasileiro, o modelo instalado tinha caráter verticalizado, com o planejamento das ações partindo da esfera federal e a execução se dando através dos estados e municípios. Tal eixo acabou se firmando na definição de outras políticas públicas, inclusive no campo da saúde. De 1945 a 1964, as Políticas públicas de saúde direcionaram os esforços para erradicar as doenças infecciosas da população rural brasileira, ainda predominante. Nos primeiros anos da Ditadura Militar, ocorreu a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados. Este novo órgão era responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais. A outra parcela da população, porém, continuaria excluída do acesso a serviços de saúde, visto que predominava, no período, um pensamento mercantilista sobre o tema (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

Junto com o abalo econômico sofrido no mundo na década de 70, começaram a surgir os primeiros estudos populacionais que evidenciavam a associação do fator sócio-econômico ao processo saúde-doença. Nesta década, cristalizou-se um modelo explicativo mais abrangente no campo da saúde, em que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores: o patrimônio biológico, as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais o homem é criado, o estilo de vida e os resultados das intervenções médico-sanitárias (CARVALHO, BUSS, 2008).

Com o início do processo de abertura do regime militar, a saúde começou a receber incentivos com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e começaram a se criar espaços institucionais de discussão sobre os rumos da saúde brasileira. Influenciados pelas idéias defendidas em Alma-Ata, os atores envolvidos no processo de reformulação do sistema de saúde brasileiro definiram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os princípios da reforma sanitária (PAIM, 2008). O artigo 196 da Constituição de 1988, quando a saúde passou a ser um direito de todos, continha oito conjuntos de medidas: deter o empresariamento da medicina, transformar os atos médicos em bem social gratuito, unificar o sistema de saúde, atribuir ao Estado a administração total do sistema, entregar a este sistema a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde, estabelecer mecanismos eficazes de financiamento do sistema, descentralizar este sistema, e viabilizar uma real participação popular em todos os níveis e etapas da política de saúde (WHO, 1978; CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988; ESCOREL, 2008).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008).

A implantação do SUS se deu dois anos mais tarde, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. A lei 8080/90 definiu claramente o que seria o SUS através do artigo 4 que diz que "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)", além das ações de prestação de serviço, o SUS também é responsável pelas ações de promoção e prevenção de saúde, bem como as curativas e reabilitadoras.

A lei 8080/90 foi complementada pela lei 8142/90 que estabelece a participação comunitária na tomada de decisões nas Conferências e Conselhos de Saúde nas diferentes esferas de governo. A operacionalização do sistema se deu a partir de 1991 com a divulgação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 1/91), a qual determinava a implantação dos sistemas de informação (Sistemas de informação ambulatorial e hospitalar [SIA/SUS e SIH/SUS]), além de definir as esferas estaduais e municipais como prestadoras de serviço (BRASIL, 1990). Um ano depois, o Ministério da Saúde publica a NOB 1/92, iniciando o processo de municipalização do SUS. Mais um ano

e mais uma NOB, a 1/93, criando as Comissões intergestoras bi e tripartite (CIB e CIT), além de iniciar as transferências fundo a fundo, dando assim uma maior autonomia aos municípios para gerenciar as atividades relacionadas à saúde, sempre em consonância com as pactuações das CIB e CIT.

Em 1994 foi criado, como modelo de prestação do cuidado à saúde, o Programa Saúde da Família. Em 1996, a NOB publicada traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde seja tanto em nível ambulatorial como hospitalar. A portaria 2203/96 também define a abordagem familiar como o foco do modelo de atenção. Na virada do milênio, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) normatiza o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento norteador das intervenções em saúde na população. Com o Pacto pela Saúde de 2006 criaram-se os grupos prioritários do acesso ao serviço além de métodos de gerenciamento e avaliação do sistema (BRASIL, 1988, 1990, 1996, 2001, 2006; VASCONCELOS, PASCHE, 2007).

Concomitantemente às reformas na legislação do SUS, diferentes modelos assistenciais foram testados até chegarmos à ESF, modelo atual. Um marco mundial da atenção primária em Saúde (APS) é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata, em 1978. Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, e é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

Durante o período de distensão política da ditadura brasileira, o modelo individualista e fragmentado de cuidado começou a ser contestado por causa de sua baixa efetividade e pouca inclusão social. O II PND, de 1974, teve um de seus enfoques voltados para o componente social, que começava a ser associado à saúde. Com as novas tendências colocando a saúde como direito, a consolidação dos princípios de Alma-Ata foi incorporada nos textos da Constituição-Cidadã de 1988 (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerado marco inicial da reforma sanitária, evidenciou-se que havia uma necessidade de reformulação profunda no campo da saúde e não somente ajustes nos setores financeiros e administrativos. A abordagem deveria ser redirecionada para ações preventivas e populacionais, considerando os aspectos sócio-econômicos, além de fatores de risco mais prevalentes nas comunidades, visando assim, níveis aceitáveis à saúde.

No Brasil, no final da década de 80, o primeiro modelo proposto foi denominado "Em defesa da vida", que tinha como princípios a saúde como um direito de cidadania, voltado para a proteção da vida individual e coletiva, além de ter uma gestão democrática. Nos anos 90 surgiram as "Ações programáticas em saúde", cujos postos de trabalho são chamados de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Trabalham com a demanda espontânea da população, com programas de ciclos de vida, com foco em escolares e outros grupos de risco. Este foi o primeiro momento em que os sistemas de informação fizeram parte da avaliação do serviço, visando uma padronização das condutas, além de criar unidades de referência. Porém, além da questão da demanda reprimida de anos, o modelo acima descrito continha falhas que precisavam ser melhoradas.

No governo Collor (1990-1992), a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) começou a pensar nas falhas existentes no modelo assistencial vigente. Essa mudança visava uma conduta mais ativa frente às doenças. A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste (BRASIL, 2002). O ACS deverá residir na área da comunidade em que atua, ter concluído o curso de qualificação básica e ter concluído o ensino fundamental. A avaliação desse serviço deveria ser feita por um conselho de usuários, reforçando a participação comunitária. Por se tratar de um programa federal, deveria ter aplicação em todo o território nacional (VIANA, POZ, 2005). A diversidade geopolítica brasileira é tão distinta que, ainda nos dias de hoje, as taxas de implantação do programa são diversas. Porém, essa articulação entre diferentes esferas políticas iniciou a discussão do financiamento, regulado posteriormente com a NOB 1/93. A regulamentação da profissão ocorreu em 2002 (BRASIL, 2002).

Em 1994 foi implementado o Programa de Saúde da Família (PSF), formulado desde a sua origem como um programa especial vinculado ao modelo sanitário, porém, posteriormente foi redefinido como uma estratégia de mudança no modelo assistencial. Embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, fugiria à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não seria uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Era caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido. Trabalha na perspectiva da vigilância à saúde devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta

complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude (PAIM, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) preconiza equipe de caráter multiprofissional, que trabalha com definição do território de abrangência, com foco na unidade familiar, inserindo as unidades de saúde junto à comunidade. A ESF permite assim o conhecimento das reais condições de vida da população ali adscrita, estabelecendo um vínculo mais humanizado com o usuário. Além de agentes de saúde, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros têm de coletar informações através dos diferentes sistemas de informação existentes para cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Com isso, os gestores municipais podem planejar atividades específicas para as diferentes regiões, visando em última instância, à cobertura de toda população nacional (MENDES, 2001; ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2007).

Desde a década de 40, o Brasil vem sofrendo alterações na composição de sua população. Com o decréscimo da taxa de fecundidade, começou-se a evidenciar uma mudança na estrutura etária (CARVALHO, 2008). A queda combinada das taxas de fecundidade e mortalidade, com a diminuição relativa da população mais jovem e o aumento proporcional dos idosos vem ocasionando uma mudança na estrutura etária. A população brasileira continuará crescendo, embora a taxas cada vez menores: dos 3% ao ano entre 1950 e 1960, a taxa caiu para 1,44% ao ano em 2004, cairá para 0,24% em 2050 e, finalmente, para zero em 2062, quando a população brasileira começará a se reduzir (IBGE, 2006). Com o número de nascimentos estabilizados e a expectativa de vida cada vez mais alta é de se esperar que no meio do século XXI a população idosa corresponda a 28% da população (CARVALHO, 2008; IBGE, 2010).

Levando em conta vários aspectos, entre eles o envelhecimento da população brasileira, o SUS criou o “Pacto Pela Vida”, que é o compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre suas várias prioridades, se responsabiliza por promover ações intersetoriais visando o cuidado integral a pessoas com mais de 60 anos. Indivíduos com essa idade começam a gozar dos privilégios do pacto, na tentativa de promover uma abordagem multidisciplinar ao indivíduo, respeitando suas peculiaridades, cujo foco é proporcionar um envelhecimento ativo (BRASIL, 2006).

A promoção de um cuidado integral ajuda a prevenir o surgimento de doenças crônicas-degenerativas que exijam um tratamento longo e alto custo (RAMAGE MORIN, SHIELDS, MARTEL, 2010; VERAS, 2003), para isso o pacto prevê que sejam respeitados

critérios de risco na população, acolhendo os idosos nas unidades, ambiente mais apropriado para a prestação de serviços em saúde. O pacto vigente no SUS preza que o idoso tenha assistência domiciliar, pois a recuperação é feita em seu ambiente familiar, evitando o desgaste que ambulatórios superlotados geram (MENDES, 2001).

Após o término da Segunda Guerra Mundial, a OMS definiu seu conceito de saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade (OMS, 1946). O primeiro passo estava dado, porém mudar a lógica cartesiana de se pensar saúde é algo que ainda nos dias de hoje ocorre, tanto na prestação do serviço, como na formação dos cuidadores (BARROS, 2002; CAMPOS, 2007). Com o avanço dos diferentes campos da saúde, mais fatores relacionados à saúde dos indivíduos começaram a ser evidenciados, e aí podemos listar o nível sócio-econômico e o grau de escolaridade (LIMA-COSTA, 2000; RAMAGE MORIN, SHIELDS, MARTEL, 2010). Com o surgimento de co-produção singular de saúde e doença, surge a noção de que o indivíduo é responsável tanto pela criação de seu estado doente como pela resolução do mesmo. Associando isso a uma forma de cuidado individualizada, pode-se pensar em diferentes formas de atenção, pensando na resolutividade em casos terminais e na prevenção em casos que a população se enquadre nos grupos de risco (CAMPOS, 2007).

A satisfação do usuário se tornou um importante avaliador da qualidade de serviços, os de saúde inclusive. A definição de satisfação em se tratando de saúde, segundo Donabedian, é a conformidade de desejos, ânsias e expectativas de usuários e familiares. O autor, por razões didáticas, segmenta a satisfação (aceitabilidade) em cinco itens: acesso, relação profissional-paciente, amenidades do cuidador, preferência dos pacientes sobre efeitos, riscos e custo, e por fim, o que os pacientes consideram justo ou equânime (DONABEDIAN, 2003). Quanto ao acesso, existem divergências sobre incluí-lo como avaliador da qualidade, porém as pessoas ainda consideram, e muito, a facilidade em obter cuidados em saúde.

A relação profissional-paciente é possivelmente o item mais importante da satisfação, pois, para os pacientes é um indicador de que além de bem tratado, as tecnologias usadas também serão boas. Além disso, a relação é um dos meios pelo qual o cuidado é levado ao paciente. Portanto, pacientes que se sintam bem tratados sentem-se mais motivados a aderir ao tratamento, e com isso motivam também o profissional. As amenidades podem reforçar essa relação positivamente, aumentando ainda mais o grau de satisfação por parte do paciente, no entanto, deve-se atentar para tais materialidades, pois

muitas vezes elas podem ajudar a mascarar falhas no cuidado em saúde propriamente dito. Em se tratando de preferências, os efeitos na saúde são o atributo principal na avaliação da qualidade, porém quando os riscos e efeitos são comparados, a diferença entre a visão do profissional e do paciente se torna visível. Como tentativa de redução dessa divergência, os profissionais deveriam despende algum tempo de consulta para informar aos pacientes sobre os riscos e possíveis efeitos dos tratamentos aos quais estão sendo submetidos (DONABEDIAN, 2003).

A satisfação de usuários com o serviço de saúde acessado interessa muito ao campo da saúde, uma vez que há ganhos valiosos quanto à continuidade do tratamento, podendo este interferir na efetividade terapêutica, com a maior adesão do usuário aos procedimentos recomendados (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). A avaliação da satisfação é uma das ferramentas existentes para avaliação da qualidade dos cuidados em saúde (GOUVEIA ET AL, 2009).

Em um estudo norueguês, três clínicas foram aleatoriamente selecionadas para responder a um objetivo de verificar associação entre fatores sócio-demográficos, experiência e satisfação dos usuários dessas clínicas. Dentre os resultados encontrados, a autopercepção de saúde demonstrou ser um preditor de satisfação com o serviço. Os resultados também demonstram que a relação profissional-paciente e o acerto nos diagnósticos estavam associados com satisfação (DANIELSEN ET AL, 2010).

Há um estudo nacional que aponta o fato de que ser usuário exclusivo do SUS, por si só, já implica em menor grau de satisfação dos usuários com o atendimento recebido no serviço de saúde, quando comparado a usuários de serviço de saúde particular (GOUVEIA ET AL, 2005). Há, porém, na literatura evidência divergente em relação a isto. Observa-se como resultado, em outros estudos que avaliam atenção primária à saúde, uma alta porcentagem de satisfação com os serviços de saúde entre adultos usuários (MOIMAZ ET AL, 2010; SOUZA, 1997; TRAD ET AL, 2002). Segundo Moimaz e colaboradores, este fenômeno é conhecido na literatura como “efeito de elevação das taxas de satisfação” e é reportado mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas.

Quanto à utilização dos serviços de assistência a saúde do SUS, dois estudos nacionais afirmam que as características sócio-demográficas da maioria dos usuários são ser do sexo feminino, de cor de pele branca, com escolaridade baixa e pertencentes às classes sociais C e D (MOIMAZ ET AL, 2010; RODRIGUES ET AL, 2008).

Observa-se que alguns estudos apontam para as mulheres como melhores avaliadoras para as avaliações em serviços de saúde. Isso se deve ao fato delas serem as

principais agentes de saúde no contexto doméstico, estarem mais aptas a criticar os serviços, e serem capazes de identificar com mais clareza os indicadores de qualidade de vida (COYLE, 1999; TRAD ET AL, 2002). Há alguma controvérsia na literatura em relação ao gênero, em que, dois estudos apontam uma ausência de diferença entre homens e mulheres no grau de satisfação com o serviço de saúde (GOUVEIA ET AL, 2005; GOUVEIA ET AL, 2009).

Em um estudo sobre fatores associados à satisfação dos usuários no sistema de saúde brasileiro, Gouveia e colaboradores relatam que ser jovem e ter baixa escolaridade geraram mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro (GOUVEIA ET AL, 2009). Segundo Souza, entre as variáveis sócio-demográficas investigadas, apenas a suficiência de renda para cobrir as despesas diárias mostrou associação positiva significativa com a satisfação com os serviços de saúde (SOUZA, 1997), não se evidenciando qualquer associação com outras variáveis, como idade, escolaridade e estado conjugal (GOUVEIA ET AL, 2009).

De acordo com dois estudos, no Brasil, e principalmente em serviços públicos de saúde, parece haver uma correlação que não existe em pesquisas internacionais: os usuários de camadas mais populares e pior renda estão mais satisfeitos com os serviços (SANTOS, 1995; SOUZA, 1997). Os autores referem que os usuários se satisfazem com fatores humanitários, com o acesso aos serviços, e com a disponibilidade de insumos, como medicamentos e vacinas. Não há na literatura, entretanto informação a respeito de satisfação com serviços de saúde em idosos das duas estratégias de atenção primária no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este projeto esteve aninhado a um projeto intitulado: “Avaliação da adequação de processos e ambientes físicos da atenção básica e das percepções em relação às políticas de saúde, voltadas às necessidades das pessoas idosas”. A locação da pesquisa foi o distrito docente-assistencial Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre.

O estudo foi de delineamento transversal, com amostra composta por idosos independentes, com condições cognitivas de participar, identificados nos seus domicílios nos distritos sanitários Partenon/Lomba do Pinheiro.

Foi realizado previamente um estudo piloto com 50 idosos para fins de treinamento da equipe e para cálculo do tamanho da amostra. Foi realizada uma amostra aleatória proporcional por conglomerado, a partir de 256 setores censitários do distrito Partenon/Lomba do Pinheiro de Porto Alegre em quatro estágios: i) Distrito docente assistencial, ii) Setor censitário, iii) Quarteirão e iv) Domicílios.

No estudo, 804 pessoas foram localizadas e entrevistadas, mas 23 pessoas foram excluídas devido à recusa ou ao baixo escore no Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental), totalizando 781 pessoas efetivamente entrevistadas. Dessas, 15 pessoas relataram não utilizar serviços de saúde, 385 pessoas utilizam outros serviços de saúde (particular e convênios) e 381 pessoas utilizam unidades básicas de saúde ou estratégia saúde da família. O fluxograma da composição da amostra está representado na figura 1.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS (Parecer 15297 de 18/06/09) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

O Distrito Sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro é constituído por sete bairros, cinco na região do Partenon e dois na região da Lomba do Pinheiro. A Região do Partenon conta com 120.682 habitantes e a da Lomba do Pinheiro com 58.031 habitantes, conforme censo de 2000.

O referido Distrito Sanitário possui 256 setores censitários. Além das informações dos setores, a informação do número de idosos em cada setor foi obtida previamente ao sorteio. Setores com menos de 30 idosos foram excluídos do sorteio. Após essas informações, os setores foram incluídos numa planilha, e foi realizada alocação aleatória proporcional ao tamanho de cobertura do serviço de saúde. Foram sorteados inicialmente 45 setores, e no decorrer da coleta de dados houve necessidade de sorteio de mais 20 setores igualmente proporcionais, pois o número de idosos independentes que foi apresentando no censo 2000 foi menor do que o número encontrado. Posteriormente ao sorteio dos setores, sequências de quadras dentro dos setores foram sorteadas e normatizou-se o processo de visitação no sentido anti-horário da quadra, sempre pulando uma casa, a fim de manter a aleatoriedade.

Após o sorteio dos setores censitários do distrito Partenon/Lomba do Pinheiro, foi realizado um novo sorteio, entre os setores censitários não sorteados, de dois setores censitários para o estudo piloto.

Os potenciais participantes deste inquérito foram convidados e receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo. Aqueles que cumpriram os critérios de

inclusão e aceitaram participar foram convidados a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e, ao final, responderam ao questionário padronizado deste estudo. A coleta de dados foi realizada por dez entrevistadores, por meio de entrevista estruturada. Os dados foram armazenados em questionários de papel e em Personal Digital Assistant (PDA), um dispositivo com capacidade de armazenamento de dados semelhante a um computador de mão.

O Mini Mental é um instrumento que serve para rastrear possíveis comprometimentos cognitivos capazes de inviabilizar a participação no estudo. O instrumento fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, possui questões reunidas em categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como: orientação temporal, orientação espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, recordação das palavras, linguagem e capacidade construtiva visual.

O questionário sobre o uso e satisfação com os serviços de saúde abrange questões sobre a periodicidade de uso dos serviços, qual o tipo de serviço que costuma ser acessado e o grau de satisfação com o serviço utilizado (UBS, ESF). Para avaliar o grau de satisfação foi utilizada a pergunta “O Sr(a) recomendaria o serviço de saúde para um amigo ou parente?”, e para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre os problemas que mais importam ao paciente foi utilizada a pergunta "O serviço de saúde sabe quais são os problemas mais importantes para o Sr(a)?", ambas perguntas derivadas do instrumento PCATool (BRASIL, 2010). As respostas das duas questões foram em escala tipo Likert que variavam de “com certeza, não”, até “com certeza, sim”. Para fins de análise, as respostas foram recategorizadas em variáveis dicotômicas.

No questionário individual as informações sócio-demográficas incluídas neste questionário individual foram: idade, sexo, etnia, situação conjugal, consumo e frequência de consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, escolaridade em anos de estudo, renda e suficiência da renda familiar mensal, participação e envolvimento comunitário e, por fim, religião ou culto freqüentado.

Os dados foram tabulados no software SPSS e foram realizadas as análises estatísticas. As variáveis quantitativas foram descritas por meio da média e do respectivo desvio-padrão, enquanto as variáveis qualitativas foram descritas na forma de frequência absoluta e relativa. A existência de diferenças significativas em relação ao serviço de saúde foi verificada por meio dos testes do qui-quadrado, teste t de Student e Mann Whitney.

RESULTADOS

A amostra estudada compreendeu 381 idosos que utilizam Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia Saúde da Família do Distrito Lomba do Pinheiro/Partenon. Destes, 294 (77,2%) utilizam UBS e 87 (22,8%) utilizam ESF. A maioria dos entrevistados foram mulheres (69,3%), pessoas que se declararam brancas (58,9%) e casados (44,7%). A média de idade foi de 69,3 ($\pm 6,9$) anos e a média de escolaridade foi de 4,9 anos ($\pm 6,9$) de estudo. A maior parte da amostra relata não fumar (78,2%) e nunca fazer uso de bebidas alcoólicas (71,0%).

O predomínio da amostra é de pessoas aposentadas (78,9%), que são praticantes da religião católica (55,6%), e que não estão envolvidas em atividades na comunidade (88,5%). A média de renda familiar é de R\$ 1429,20 ($\pm 1059,90$) mensais, e a maioria considera essa renda insuficiente para o sustento familiar (69,6%). A maior parcela dos entrevistados declara estar satisfeita com o serviço de saúde utilizado (58,1%) e afirma que os profissionais do seu serviço de saúde conhecem os problemas que mais importam (71,7%).

Foi realizada uma análise da amostra estratificada em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família. As variáveis sócio-demográficas e comportamentais como sexo ($p=0,65$), etnia ($p=0,06$), situação conjugal ($p=0,40$), ser fumante ($p=0,42$), fazer uso de bebida alcoólica ($p=0,84$) e escolaridade ($p=0,21$) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os idosos que utilizam essas duas estratégias de atenção primária.

As outras variáveis incluídas na análise foram aposentadoria ($p=0,27$), renda familiar mensal ($p=0,79$), suficiência dessa renda para o sustento ($p=0,51$), envolvimento comunitário ($p=0,69$) e prática de religião ($p=0,13$) e não houve diferença entre nenhuma dessas variáveis em relação às estratégias de atenção primária utilizada.

As únicas variáveis analisadas em que existiu diferença estatisticamente significativa entre as duas estratégias de atenção primária foram idade ($p=0,03$), satisfação com o serviço de saúde utilizado ($p=0,03$) e conhecimento dos profissionais do seu serviço de saúde a respeito dos problemas que mais importam ao paciente ($p=0,01$), em que a ESF foi mais bem avaliada que a UBS.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo transversal sugerem que, em geral, a maioria dos indivíduos idosos que buscam o serviço de saúde no SUS são mulheres, de etnia branca, aposentados, com baixa escolaridade, que relatam estarem satisfeitos com o serviço de saúde acessado. Esses resultados são baseados numa amostra probabilística que representa os idosos do Distrito Lomba do Pinheiro/Partenon, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A maior satisfação dos usuários foi em relação à ESF quando comparada à UBS, confirmando a hipótese inicial.

As características sócio-demográficas da amostra estudada foram semelhantes a de outros estudos nacionais sobre atenção primária. O primeiro ponto que chama atenção é o predomínio do sexo feminino nesses estudos, que abrange mais de dois terços das pessoas entrevistadas, corroborando com os resultados deste estudo. Isso se deve, em primeiro lugar, ao predomínio de mulheres na população brasileira e especialmente mulheres idosas (IBGE, 2010), mas também ao fato das mulheres serem melhores avaliadoras de serviços de saúde, pelo seu conhecimento ímpar do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico (TRAD ET AL, 2002). No entanto, Carvalho e colega, em um de seus estudos sobre demografia, demonstram que a razão entre homens e mulheres tende a aumentar, diminuindo as diferenças encontradas no país (CARVALHO, RODRIGUEZ WONG, 2008).

Quando realizamos a análise de amostra estratificada entre os diferentes serviços, os resultados demonstram que usuários das UBS são indivíduos mais velhos ($p=0,03$), porém, neste caso, são idosos da mesma coorte ou geração, com pequena diferença de dois anos. Em nosso estudo, as demais variáveis sócio-demográficas não apresentaram diferença entre as duas estratégias de atenção primária. Tais resultados vão ao encontro de outros estudos nacionais, que também não encontraram diferenças entre satisfação e variáveis sócio-demográficas (BENAZZI, FIGUEIREDO, BASSANI, 2010; RICCI ET AL, 2011). Neste estudo, o fato de haver mais idosos utilizando o serviço das unidades tradicionais pode estar relacionado a estas serem em maior número em relação à ESF no município de Porto Alegre, e conseqüentemente, no Distrito Lomba do Pinheiro/Partenon. Se observarmos apenas os números absolutos, há mais idosos relatando melhor satisfação nas UBS, o que não corresponde quando observarmos as frequências relativas. Quando foi realizada a análise de associação, em relação à satisfação, foi

demonstrado que a ESF apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparadas às UBS.

A satisfação com o serviço pode estar relacionada a diversos aspectos. Além, do acolhimento, a forma de acesso ao serviço, a qualidade do cuidado prestado e a humanização do cuidado são fatores importantes que podem contribuir para a avaliação dos usuários (RAMOS, SILVA LIMA, 2003; TAKAHASHI ET AL, 2010).

Um dos itens que ajuda a avaliar a relação profissional/paciente é o fato de o médico ou o cirurgião-dentista saberem quais são os problemas mais importantes para os pacientes. Nesse estudo, os profissionais das ESF demonstraram causar uma melhor percepção nos usuários em se tratando desse tema quando comparado com os profissionais das UBS. Tal fato reforça a teoria de que um atendimento com vínculo entre os profissionais e os usuários tem uma melhor avaliação pelo usuário (KERBER, KIRSCHHOF, CEZAR VAZ, 2008). Um estudo conduzido em Pernambuco demonstrou que profissionais que respeitassem a intimidade e informações pessoais causavam uma maior satisfação nos usuários. Vale ressaltar que quase 70% da população do estado nordestino está coberta pela ESF, enquanto esse número não chega a 40% dos gaúchos (GOUVEIA ET AL, 2005).

A análise da amostra estratificada entre os diferentes serviços demonstrou que o conhecimento do profissional a respeito dos problemas que mais importam ao paciente ($p=0,01$) foi significativamente diferente entre os serviços. Esse resultado demonstra que o atendimento mais humanizado preconizado pela ESF, além de reforçar o vínculo entre as duas partes, causa uma maior satisfação no usuário (MEDEIROS ET AL, 2010).

O uso de indicadores de item único para analisar a satisfação em saúde representa uma maneira econômica de sumarizar a satisfação de cada indivíduo, e por isso, é uma medida válida para avaliação de desfechos relacionados à satisfação (DOLAN, PEEK ET AL, 1998). Indicadores de item único para saúde promovem benefício para a avaliação da qualidade do serviço, bem como a programação em saúde e planejamento institucional (ATCHISON, GIFT, 1997).

Uma das limitações do estudo é o fato dele ser transversal, refletir a satisfação dos usuários no momento em que a entrevista foi conduzida, e não em um acompanhamento ao longo do tempo. Outro viés que deve ser citado é o viés de memória, pois muitos idosos já estavam a algum tempo das últimas utilizações do serviço de saúde, o que talvez dificulte a recordação sobre a qualidade do serviço. Devemos também

considerar que a satisfação é uma avaliação pessoal do usuário, e está sujeita a todas as subjetividades inerentes aos julgamentos humanas.

CONCLUSÃO

O presente estudo foi pioneiro na comparação de usuários entre as duas estratégias de atenção primária que existem concomitantemente em Porto Alegre. Concluímos que houve maior satisfação dos indivíduos com a Estratégia Saúde da Família, o que reforça a necessidade de ser aumentada a oferta desse serviço, seja pela contratação de novas Equipes de Saúde da Família, ou pela transformação de Unidades Básicas de Saúde tradicionais em Unidades de Saúde da Família.

Nosso trabalho, somado com os próximos que devem ser e já estão sendo feitos podem servir de início para uma avaliação e elaboração de programas e sistemas que possam prestar auxílio à população e servir para melhorar a comunicação entre os usuários e os gestores do sistema, reforçando novamente o vínculo e o controle social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? Rev. Bras. Epidemiologia. Vol. 3, 2000.

ANDRADE, Luis O. M.; BARRETO, Ivana C. H. C.; BEZERRA, Roberto C. Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família. Cap. 25 do Tratado de Saúde Coletiva, 2007.

ATCHINSON, K. A.; GIFT, H. C. Perceived oral health in a diverse sample. Adv. Dent. Res., 1997.

BARROS, José A. C. Pensando o processo de saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e sociedade, 2002.

BENAZZI, Luciane E. B.; FIGUEIREDO, Andréia C. L.; BASSANI, Diego G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 15, Rio de Janeiro, mai 2010.

BRASIL. Constituição Brasileira. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 Setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 17: saúde bucal. Brasília DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1481/9. Norma Operacional Básica 1/91. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria N° 2.203, de 5 de Novembro de 1996.

BRASIL. Portaria N° 95, de 26 de Janeiro de 2001.

BRASIL. Portaria N° 399/GM, de 22 de Fevereiro de 2006.

CAMPOS, Wagner de S. ET AL. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Cap. 2 do Tratado de Saúde Coletiva, 2007.

CARVALHO, A. I.; BUSS P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na internação. Em: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2008.

CARVALHO, José A. M.; RODRIGUEZ-WONG, Laura L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, mar 2008.

COSTA, Juvenal S. D.; FACCHINI, Luís A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Rev. Saúde Pública, 1997.

COYLE, J. Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of personal identity threat. Social Health Illn, 1999.

DANIELSEN, Kirsten ET AL. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. Noruega, 2010.

DOLAN, T. A. ET AL. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. Community Dent. Oral Epidemiology, 1998.

DONABEDIAN, Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press, Oxford, 2003.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas Públicas de saúde do Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. Em: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2008.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio C. As origens da reforma sanitária e do SUS. Cap. 2 do livro Saúde e Democracia – história e perspectivas do SUS, 2005.

ESPERIDIÃO, Monique A.; TRAD, Leny A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jun 2006.

GOUVEIA, Giselle C. ET AL. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

GOUVEIA, Giselle C. ET AL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. Rev. Bras. Epidemiologia, 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

KERBER, Nalu P. C.; KIRCHHOF, Ana L. C.; CEZAR-VAZ, Marta R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. Florianópolis, abr-jun 2008.

LIMA-COSTA ET AL. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. Rev. Saúde Pública, 2000.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. Cap. 1 do livro Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS, 2005.

MARTIN, Viviane B.; ANGELO, Margareth. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, dez 1998.

MEDEIROS, Flávia A. ET AL. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. Saúde Pública*, jan 2010.

MENDES, Walter. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro, 2001.

MOIMAZ, Suzely A. S. ET AL. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. Em: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, Maria A. C.; EGRY, Emiko Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enf. USP*, vol. 34, n. 1, mar 2000.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. Em: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz, 2008.

RAMAGE-MORIN, P. L.; SHIELDS, M.; MARTEL, L. Health-promoting factors and good health among Canadians in mid - to late life. *Statistics Canada, catalogue 82-003-xpe. Health reports*, vol. 21, no. 3, set 2010.

RAMOS, Donatela, D.; SILVA LIMA, Maria A. D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Caderno de Saúde Pública*, vol. 19, Rio de Janeiro, jan-fev 2003.

RICCI, Natália A. ET AL. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 16, Rio de Janeiro, 2011.

ROCHA, Renata A. C. P.; GOES, Paulo S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela estratégia saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, dez 2008.

RODRIGUES, Maria A. P. ET AL. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, out, 2008.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

SOUZA, E. M. A Satisfação dos Idosos com os Serviços de Saúde: Um Estudo de Prevalência e de Fatores Associados em Taguatinga, Distrito Federal. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TAKAHASHI, Osamu. ET AL. Population-level preferences for primary care physicians' characteristics in Japan: a structural equation modeling. Vol. 49, 2010.

TRAD, Leny A. B. ET AL. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 2002.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; PROIETTI, F. A.; CESAR, C. C.; MACINKO, J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. Journal urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine, nov 2010.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dario F. O sistema único de saúde. Cap. 16 do Tratado de Saúde Coletiva, 2007.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai-jun 2003.

VIANA, Ana L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Rev. Saúde Coletiva, 2005.

WHO. Active ageing: a policy framework. Geneva, 2002.

WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva, 1946.

WHO. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 1978.

APÊNDICES

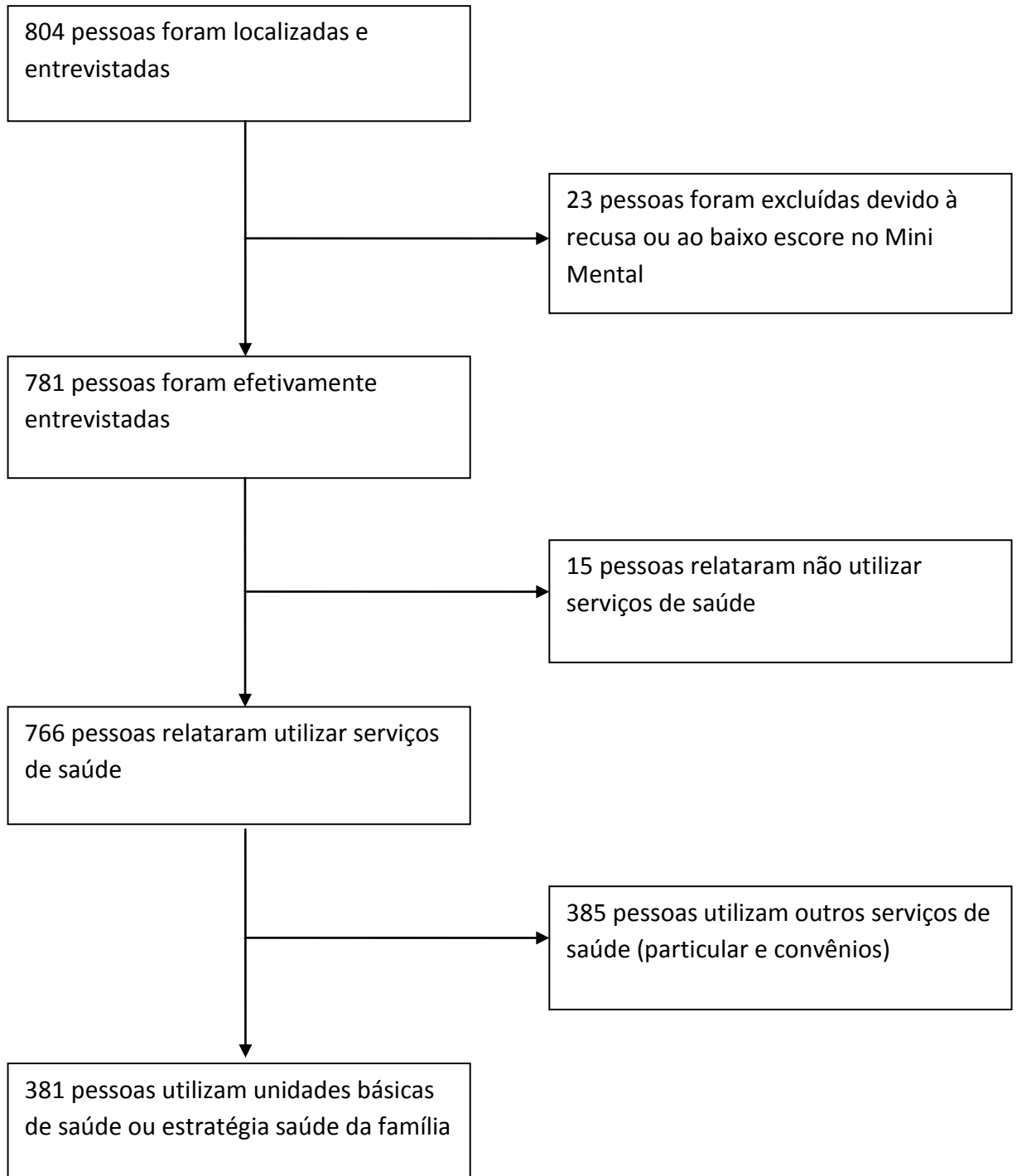


Figura 1: Processo de definição da amostra.

Tabela 1: Características da amostra estudada.

| | | N/% ou Média (\pm desvio-padrão) |
|---|----------------------|--|
| Sexo | Feminino | 264 (69,3%) |
| | Masculino | 117 (30,7%) |
| Idade (em anos) | | 69,3 (\pm 6,9) |
| Etnia | Branco | 224 (58,9%) |
| | Não-branco | 156 (41,1%) |
| Situação conjugal | Solteiro | 45 (11,8%) |
| | Casado | 170 (44,7%) |
| | Divorciado | 48 (12,6%) |
| | Viúvo | 116 (30,5%) |
| Fumo | Sim | 83 (21,8%) |
| | Não | 298 (78,2%) |
| Uso de bebida alcoólica | Nunca | 269 (71,0%) |
| | Pelo menos 1x ao mês | 110 (29,0%) |
| Escolaridade (anos de estudo) | | 4,9 (\pm 6,9) |
| Aposentado | Sim | 300 (78,9%) |
| | Não | 80 (21,1%) |
| Renda familiar (em reais) | | 1429,2 (\pm 1059,9) |
| Renda suficiente para o sustento | Sim | 116 (30,4%) |
| | Não | 265 (69,6%) |
| Participação em atividades na comunidade | Sim | 44 (11,5%) |
| | Não | 337 (88,5%) |
| Prática de religião | Católica | 212 (55,6%) |
| | Não-católica | 135 (35,5%) |
| | Nenhuma | 34 (8,9%) |
| Satisfação com o serviço de saúde utilizado | Satisfeito | 216 (58,1%) |
| | Não satisfeito | 156 (40,9%) |
| Conhecimento dos profissionais sobre os problemas que mais importam ao paciente | Sim | 536 (71,7%) |
| | Não | 212 (28,3%) |

Tabela 2: Características da amostra estudada estratificada em UBS e ESF.

| | | N/% ou Média (\pm desvio- padrão) em UBS | N/% ou Média (\pm desvio- padrão) em ESF | Valor de p |
|--|----------------------|--|--|-------------------|
| Sexo | Feminino | 202 (68,7%) | 62 (71,3%) | 0,65 ^B |
| | Masculino | 92 (31,3%) | 25 (28,7%) | |
| Idade (em anos) | | 69,7 (\pm 6,8) | 67,9 (\pm 7,1) | 0,03 [£] |
| Etnia | Branco | 181 (62%) | 43 (51,1%) | 0,06 ^B |
| | Não-branco | 111 (38%) | 42 (48,9%) | |
| Situação conjugal | Solteiro | 37 (12,6%) | 8 (9,2%) | 0,40 ^B |
| | Casado | 125 (42,7%) | 45 (51,7%) | |
| | Divorciado | 40 (13,7%) | 8 (9,2%) | |
| | Viúvo | 90 (30,7%) | 26 (29,9%) | |
| Fumo | Sim | 68 (23,2%) | 15 (17,2%) | 0,42 ^B |
| | Não | 224 (76,5%) | 72 (82,8%) | |
| Uso de bebida alcoólica | Nunca | 208 (71,2%) | 61 (70,1%) | 0,84 ^B |
| | Pelo menos 1x ao mês | 84 (28,8%) | 26 (29,9%) | |
| Escolaridade (anos de estudo) | | 4,9 (\pm 3,3) | 4,7 (\pm 3,8) | 0,21 [£] |
| Aposentado | Sim | 235 (80,2%) | 65 (74,7%) | 0,27 ^B |
| | Não | 58 (19,8%) | 22 (25,3%) | |
| Renda familiar (em reais) | | 1461,7 (\pm 1127,9) | 1317,2 (\pm 771,6) | 0,79 [#] |
| Renda suficiente para o sustento | Sim | 87 (29,6%) | 29 (33,3%) | 0,51 ^B |
| | Não | 207 (70,4%) | 58 (66,7%) | |
| Participação em atividades na comunidade | Sim | 35 (11,9%) | 9 (10,3%) | 0,69 ^B |
| | Não | 259 (88,1%) | 78 (89,7%) | |
| Prática de religião | Católica | 166 (56,5%) | 46 (52,9%) | 0,13 ^B |
| | Não-católica | 98 (33,3%) | 37 (42,5%) | |
| | Nenhuma | 30 (10,2%) | 4 (4,6%) | |

| | | | | |
|---|----------------|-------------|------------|-------------------|
| Satisfação com o serviço de saúde utilizado | Satisfeito | 158 (55,1%) | 58 (68,2%) | 0,03 ^β |
| | Não satisfeito | 129 (44,9%) | 27 (31,8%) | |
| Conhecimento dos profissionais sobre os problemas que mais importam ao paciente | Sim | 195 (70,1%) | 71 (83,5%) | 0,01 ^β |
| | Não | 83 (29,9%) | 14 (16,5%) | |

^β teste do qui-quadrado

^ε teste t de Student

teste de Mann Whitney