

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos  
idosos em Campina Grande, Paraíba

Amanda Manuella Dantas Nobre

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tarciana Nobre de Menezes

Coorientador: Prof. Dr<sup>o</sup>. Dixis Figueroa Pedraza

CAMPINA GRANDE - PB

2013

# Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos em Campina Grande, Paraíba

Amanda Manuella Dantas Nobre

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tarciana Nobre de Menezes

Coorientador: Prof. Dr<sup>o</sup>. Dixis Figueroa Pedraza

CAMPINA GRANDE - PB

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

N754a Nobre, Amanda Manuella Dantas.  
Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos em Campina Grande, Paraíba [manuscrito] / Amanda Manuella Dantas Nobre. – 2013.  
96 f.

Digitado  
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2013.

“Orientação: Prof. Dr<sup>a</sup>. Tarciana Nobre de Menezes, Departamento de Enfermagem”.

1. Programa Saúde da Família. 2. Saúde do Idoso. 3. Assistência em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.6

# FOLHA DE APROVAÇÃO

Amanda Manuella Dantas Nobre

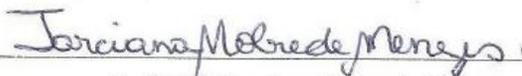
Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos em  
Campina Grande, Paraíba

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Tarciana Nobre de Menezes

Coorientador: Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza

Aprovada em: 30 / 10 / 13

Banca Examinadora



Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Tarciana Nobre de Menezes

Universidade Estadual da Paraíba



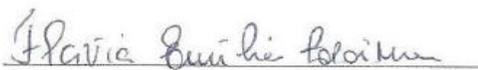
Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza

Universidade Estadual da Paraíba



Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Universidade Estadual da Paraíba



Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Flavia Emilia Leite de Lima

Universidade Federal da Paraíba

*Á Deus, cuja fidelidade nunca falha, e aos meus familiares e amigos, que compreenderam todas as minhas ausências, dedico-vos a realização deste trabalho.*

## RESUMO

NOBRE AMD. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos em Campina Grande, Paraíba. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. 2013. 96p.

**Objetivo.** Avaliar a Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos no município de Campina Grande, Paraíba. **Metodologia.** Estudo transversal, de base domiciliar, realizado com idosos. Foram avaliadas as variáveis: sexo, grupo etário, nível socioeconômico, número de residentes no domicílio, avaliação da Estratégia Saúde da Família (em relação à oferta, acessibilidade e utilização), bem como a satisfação dos idosos acerca dos serviços oferecidos. A avaliação da Estratégia Saúde da Família foi realizada por meio de questionário validado, adaptado para população de idosos e submetido à análise fatorial para maximizar o poder de explicação. Os dados foram submetidos à análise bivariada para cálculo dos *odds ratios* brutos, com intervalo de confiança de 95%, para identificar associações das variáveis socioeconômicas e demográficas com a avaliação dos idosos acerca da Estratégia Saúde da Família. O teste de qui-quadrado foi utilizado para verificar associação entre as características demográficas (sexo, grupo etário) e nível socioeconômico dos idosos e sua satisfação (satisfeito, não satisfeito) com os serviços oferecidos, adotando 5% como nível de significância estatística. **Resultados.** Participaram do estudo 420 idosos. Observou-se elevada proporção de avaliações negativas à oferta de medicamentos, à acessibilidade organizacional quanto ao tempo de espera por resultados de exames, ao número de atendimentos por dia e ao horário de atendimento. A maioria dos idosos desconhecia o funcionamento e enfoque da Estratégia Saúde da Família. Predominaram avaliações positivas da acessibilidade econômica e utilização. Entre as variáveis socioeconômicas e demográficas, maior associação foi encontrada entre as avaliações da Estratégia Saúde da Família e o nível socioeconômico. As mulheres apresentaram maior chance de avaliar positivamente o tempo de espera por resultados de exames e a não apresentar dificuldade econômica para realizar consulta com especialista. Idosos do grupo etário de 70 a 79 anos apresentaram menor chance de avaliar positivamente a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde. O número de residentes por domicílio igual ou maior que seis reduziu a chance de confiar nas informações médicas. Maiores proporções de idosos satisfeitos foram observadas entre as mulheres (77,1%), entre os idosos com 70 a 79 anos (77,3%) e entre aqueles da classe socioeconômica C (81,1%). Não foi observada associação estatisticamente significativa entre a satisfação dos idosos e as características demográficas e nível socioeconômico. **Conclusão.** A avaliação dos idosos mostra importantes problemas relacionados ao desconhecimento sobre o funcionamento e enfoque da Estratégia Saúde da Família, bem como limitações na acessibilidade organizacional, que ainda persistem para a procura e utilização dos serviços.

**Palavras-chave:** Avaliação de serviços de saúde; Programa Saúde da Família; Saúde do idoso.

## ABSTRACT

NOBRE AMD. Evaluation of the Family Health Strategy from the elderly perspective in Campina Grande, Paraíba. [Dissertation]. Master's in Public Health. Universidade Estadual da Paraíba. 2013. 96p.

**Objective.** To evaluate the Family Health Strategy from the elderly perspective in Campina Grande, Paraíba. **Methodology.** Cross-sectional study, home-based, conducted with elderly people. It was evaluated the following variables: sex, age group, socio-economic level, number of residents at home, evaluation of the Family Health Strategy (related to the provision, accessibility and use), as well as the elderly satisfaction about the services offered. The evaluation of the Family Health Strategy was carried out through a validated questionnaire, adapted to the elderly population and subjected to factor analysis to maximize the power of explanation. The data were submitted to bivariate analysis in order to calculate the gross *oddsratios*, with 95% of confidence interval, to identify the socio-economic and demographic variables associations with the evaluation of the elderly on the Family Health Strategy. The chi-square test was used to assess the association between demographic characteristics (sex, age group), and socioeconomic status of the elderly and their satisfaction (satisfied, not satisfied) with the services offered, taking 5% as the level of statistical significance. **Results.** 420 elderly participated in the study. It was noticed a high proportion of negative reviews to medicines supply, to the organizational accessibility related to the time waiting for the results, the number of calls per day and the opening hours. Most of the elderly did not know the operation and focus of the Family Health Strategy. Positive assessments of economic accessibility and use predominated. Between socioeconomic and demographic variables, greater association was found between the Family Health Strategy and the socio-economic level. Women had higher chance to assess positively the waiting time for results and not to present economic difficulty to carry out consultation with a specialist. Elderly age group of 70 to 79 years showed reduced chance to assess positively the domiciliary visit by a Community Health Agent. The number of residents per household equal to or greater than six reduced the chance to rely on medical information. Higher proportions of elderly satisfied were observed among women (77.1%), between those with 70-79 years (77.3%) and among those of socioeconomic class C (81.1%). There was no statistically significant association between satisfaction of the elderly and the demographic and socioeconomic level. **Conclusion.** The evaluation of the elderly shows major problems related to ignorance about the operation and focus of the Family Health Strategy, as well as limitations on the organizational accessibility, which still persist to the demand and use of the services.

**Keywords: Keywords:** Evaluation of health services; Family Health Program; Health in the elderly.

## **LISTA DE TABELAS**

### **ARTIGO 1: Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos cadastrados do município de Campina Grande, Paraíba.**

**Tabela 1:** Perguntas selecionadas do questionário por meio da análise fatorial e suas respectivas cargas fatoriais. Campina Grande, Paraíba, 2010.

**Tabela 2:** Distribuição das avaliações dos idosos às perguntas selecionadas do questionário, segundo as categorias (oferta, acessibilidade, utilização). Campina Grande, Paraíba, 2010.

**Tabela 3:** Associação entre a satisfação dos idosos quanto aos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

### **ARTIGO 2: Avaliação da acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos**

**Tabela 1:** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade organizacional às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

**Tabela 2:** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade sociocultural às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

**Tabela 3:** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade econômica às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

## LISTA DE ABREVIACÕES

APS – Aten Primária  Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IC – Intervalo de Confiança

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

OR – *Odds Ratio*

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema nico de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

## ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	21
3 METODOLOGIA	22
4 RESULTADOS	28
4.1 ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS EM CAMPINA GRANDE, PARAÍBA	29
4.2 ARTIGO 2: AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE IDOSOS	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
6 REFERÊNCIAS	78
7 ANEXOS	
ANEXO A – Questionário de Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários	
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	
ANEXO C – Comprovante de submissão dos artigos à Revista Ciência & Saúde Coletiva	
8 APÊNDICES	
APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados	
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	

# 1 INTRODUÇÃO

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em um contexto dinâmico de transformações, para atender às necessidades da população, as políticas de saúde no Brasil buscam adequar as práticas assistenciais às demandas de saúde individuais e coletivas. Na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial, devendo articular-se com os demais níveis de complexidade<sup>1</sup>. Neste nível de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada desde 1994, destaca-se enquanto estratégia técnico-política do Ministério da Saúde para adoção de um novo modelo assistencial que fortaleça a APS e enfrente as desigualdades sociais. Dessa forma, propõe ações que interfiram nas interseções entre saúde e condições de vida da comunidade, com enfoque na promoção da saúde e na prevenção<sup>2</sup>.

Para o desenvolvimento destas ações, o processo de trabalho da ESF é norteado pela prática multiprofissional, com equipes compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ainda ser acrescida da equipe de saúde bucal, com dentista e auxiliares de consultório dentário, interagindo no desenvolvimento de suas competências para potencializar as ações de saúde<sup>3</sup>. A atuação das equipes da ESF envolve a responsabilização dos profissionais no atendimento das necessidades de saúde da população adscrita, adotando um modelo centrado nos usuários e nas famílias, em um território delimitado, incorporando ações programáticas intersetoriais baseadas no diagnóstico situacional da comunidade assistida<sup>4</sup>. A ESF orienta-se, ainda, por princípios que se coadunam com os norteadores da Política de Saúde do SUS, tais como: o acesso universal, assegurando a saúde como direito de todos; a equidade, no sentido da justiça social para diminuir as desigualdades; a humanização, pela construção de relações de vínculo profissional-usuário; a continuidade e integralidade da assistência, na prevenção, promoção e reabilitação da saúde; além do controle social pela representatividade dos usuários nos Conselhos de Saúde e participação nas decisões e formulações das políticas públicas<sup>3,5</sup>.

Com a priorização da atenção primária nas políticas de saúde, houve a expansão da ESF pelo território brasileiro, tornando-se necessário o monitoramento da sua implantação e funcionamento para controle da qualidade dos serviços oferecidos. Em 2003, foi desenvolvido o Projeto de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF) como proposta para sua ampliação em municípios com mais de 100 mil habitantes. Nesse mesmo ano, foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, na intenção de implementar uma Política de Avaliação para Atenção Básica que oriente a sistematização de métodos avaliativos deste nível de atenção. Essa organização fundamentou-se na avaliação da APS como uma intervenção direcionada à sua qualificação no país, possibilitando a comparação de seu funcionamento e dos seus resultados em diferentes contextos nacionais<sup>6</sup>.

## AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação de programas e serviços de saúde possibilita identificar problemas em seu desempenho com vistas ao seu aperfeiçoamento e garantia da qualidade da atenção à saúde<sup>7</sup>. Quando aplicada de forma sistemática e continuada, a avaliação permite julgar a assistência à saúde e os resultados das intervenções, na perspectiva de modificar a situação de saúde da população atendida<sup>8,9</sup>.

A avaliação da qualidade em saúde está inserida no âmbito do planejamento dos serviços e sistemas de saúde, pois possibilita investigar o desempenho destes, contribuindo para otimizar a gestão dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos, favorecendo o alcance de maior equidade, efetividade e coerência das ações com os princípios estabelecidos pelo SUS<sup>6, 10</sup>. A concepção de qualidade pode ser diferenciada entre os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde: os gestores tendem a focar os custos e eficiência na qualidade da assistência, os profissionais de saúde visam ao reconhecimento profissional e às boas condições de trabalho, enquanto para os usuários importa o atendimento às suas necessidades<sup>11</sup>.

Estudos de avaliação da ESF, com abordagens de diferentes perspectivas, revelam consenso entre gestores, profissionais e usuários em designar o relacionamento interpessoal e o vínculo como indicadores de qualidade deste serviço. Os gestores enfatizam, também, a

necessidade de motivação, compromisso e cumprimento do horário de trabalho dos profissionais para a efetividade das ações de saúde, assim como a necessidade de trabalhar melhor a informação ao usuário sobre as diretrizes de funcionamento da ESF<sup>12, 13</sup>.

Os profissionais apontam a estrutura física e o quantitativo de recursos humanos adequados como determinantes da qualidade em assistência à saúde. Destacam, ainda, a necessidade de contínuo aperfeiçoamento profissional e relatam satisfação com o reconhecimento dos usuários pelo seu trabalho na ESF. Estudos mostram relatos dos profissionais acerca da insuficiência de transporte, dificultando as visitas domiciliares, e a mínima disponibilidade de equipamentos na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)<sup>13-15</sup>.

Para os usuários da ESF, principalmente aqueles de locais onde antes da implantação da UBSF não havia atendimento, a qualidade do serviço de saúde tem sido relacionada à possibilidade de ser atendido e de receber medicamentos<sup>12</sup>. Entretanto, estudos identificam a insatisfação do usuário quanto ao tempo de espera prolongado para atendimento nas UBSF e a dificuldade no encaminhamento para atendimento de especialistas e realização de exames<sup>12, 13, 16, 17</sup>.

Considerando essas divergências de percepções sobre a qualidade dos serviços de saúde, a avaliação, como intervenção formal e fundamentada em objetivos, precisa utilizar critérios como um sistema organizado de ação<sup>8</sup>. A abordagem sistêmica da avaliação da qualidade dos serviços de saúde deve considerar três aspectos: estrutura, processo e resultado<sup>18</sup>.

A estrutura está relacionada com as características dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis, cuja avaliação envolve a seleção de diferentes elementos e indicadores de acordo com os objetivos<sup>18, 19</sup>. Em estudo realizado em dois municípios (A e B) no estado da Bahia<sup>20</sup>, observou-se que das UBSF estudadas, 12,5%, no município A, e 4,5%, no município B, tinham estrutura física adequada às dependências básicas, e percentuais inferiores a 50% das unidades tinham os equipamentos básicos para a assistência. Em relação à disponibilidade de medicamentos da farmácia básica e dos recursos humanos, o estudo observou que as UBSF possuíam a maioria dos medicamentos e a equipe mínima de profissionais. Outro estudo envolvendo municípios do Nordeste e do Sul do Brasil detectou que apenas 13,0% das salas de recepção das UBSF eram adequadas em relação à iluminação, ruído e ventilação. Nesse estudo, o trabalho precário foi identificado em 51,0% das UBSF do Nordeste e em 30,0% das UBSF do Sul<sup>14</sup>.

O processo diz respeito à operacionalização dos cuidados e ao método aplicado<sup>18</sup>. Para avaliar o componente processo, consideram-se as atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários, observando-se os aspectos qualitativos e quantitativos envolvidos na prestação da assistência. A oferta, a cobertura e a utilização são indicadores utilizados para avaliar essa dimensão. Ao analisar a oferta, avaliam-se os aspectos quanto à disponibilidade e acessibilidade. A cobertura indica a proporção da população que faz uso dos serviços. A utilização envolve as características comportamentais da população assistida, aspectos organizacionais do serviço e a qualificação dos profissionais<sup>18, 19, 21</sup>. Em estudos que avaliaram a ESF, o acesso à marcação de consultas, encaminhamentos para especialistas e realização de exames foram mencionados como insuficientes<sup>16, 17, 22, 23</sup>. As dificuldades aparecem associadas a quantitativos altos de atendimento por equipe, ocasionando sobrecarga de trabalho profissional e longo período de espera para os usuários<sup>16, 23</sup>. A grande demanda de atendimento na UBSF limita as práticas de promoção da saúde e as atividades externas como visitas domiciliares e atividades em grupos<sup>12, 24</sup>.

O resultado corresponde ao impacto das ações e procedimentos realizados sobre os indicadores de saúde da população alvo e à satisfação dos usuários<sup>18</sup>. Essa dimensão está relacionada às expectativas dos usuários, de maneira que a satisfação é um dos seus atributos, envolvendo a percepção dos usuários em relação às situações vivenciadas ao procurar um serviço e à emissão de um julgamento. Pode-se atribuir a constituição da satisfação dos usuários às seguintes categorias: comportamento interpessoal, atendimento humanizado, qualidade técnica da atenção, acessibilidade, eficácia, continuidade da assistência, estrutura física, disponibilidade de recursos e de profissionais, informação ao paciente<sup>25</sup>.

Para a avaliação da satisfação dos usuários, maior objetividade pode ser obtida quando são abordadas informações sobre fatos relativos à interação do usuário com o sistema de saúde<sup>26</sup>. Em estudo realizado em Porto Alegre, RS, sobre a relação entre a resolutividade da ESF e a satisfação dos usuários, 61,3% afirmaram que a ESF, sempre ou na maioria das vezes, resolvia suas necessidades de saúde, tendo sido observado um percentual de satisfação com a ESF de 86,0%<sup>17</sup>. Outros estudos relatam que o bom relacionamento com os profissionais de saúde é aspecto relevante na constituição da satisfação dos usuários<sup>13, 24, 27-29</sup>.

Ainda considerando a importância da percepção dos usuários acerca da qualidade dos serviços oferecidos como medida de satisfação, diversos estudos com essa abordagem têm sido

desenvolvidos no Brasil<sup>16, 27, 30, 32-34</sup>. Em estudo realizado em cinco microáreas de abrangência de uma UBSF em Ribeirão Preto, São Paulo, por exemplo, os indivíduos destacaram como aspectos positivos a proximidade da UBSF dos domicílios, a possibilidade de atendimento no domicílio, por meio das visitas domiciliares, e a postura amigável, paciente e confiável dos profissionais de saúde. Como aspectos negativos foram citados a precariedade da estrutura física e limpeza das UBSF, o funcionamento em horário reduzido e a pequena quantidade de atividades educativas<sup>27</sup>. Outra pesquisa, realizada em Minas Gerais, sobre a assistência às gestantes na ESF indicou percentuais de avaliação positiva de 79,4%, 69,6% e 53,8% para acolhimento, acessibilidade e resolutividade, respectivamente<sup>30</sup>. No Nordeste, em estudo realizado em dois municípios do Rio Grande do Norte com usuários de 25 a 65 anos, a satisfação com a ESF esteve relacionada à facilidade no acesso. Esse estudo mostrou, ainda, como aspectos negativos a baixa assiduidade dos profissionais e a inadequação da estrutura física e dos equipamentos<sup>34</sup>.

Em relação à satisfação da população idosa, estudo realizado em Sobral, Ceará, revelou que 90,8% dos usuários estavam satisfeitos com a consulta na ESF. Desses, 47,7% destacaram a satisfação com a ESF devido ao bom acolhimento e ao atendimento realizados pelos profissionais de saúde, 12,3% referiram encontrar soluções para os seus problemas imediatos, e, ainda, 12,3% ressaltaram a possibilidade de acesso a medicamentos e de conseguirem o atendimento médico de que necessitavam<sup>35</sup>.

A satisfação dos usuários é resultante de sua experiência com os serviços de saúde e percepção do desempenho desses em atender às suas expectativas, constituindo fator que os influencia a voltarem a utilizar os serviços<sup>36</sup>. A utilização dos serviços da ESF e outros serviços ambulatoriais no Sul e no Nordeste foram comparados em estudo com idosos, identificando percentuais baixos de uso da ESF, sendo 17,6% no Sul e 14,8% no Nordeste. O estudo identificou, ainda, que idosos com maiores necessidades de cuidados de saúde utilizaram outros locais de atendimento em relação à UBSF de abrangência, o que sugere, de acordo com os autores, despreparo da APS para atender a estas condições de saúde dos idosos<sup>37</sup>.

Percentual mais elevado de uso dos serviços da ESF por esse grupo etário foi encontrado em Minas Gerais, em que 63,0% dos idosos indicaram usar os serviços da ESF e 85,7% apontaram a realização de consultas médicas pelo menos uma vez nos últimos seis meses<sup>38</sup>. Em outro trabalho, desenvolvido em município do Nordeste, a ESF foi referida como serviço

utilizado por 90,8% dos idosos pesquisados, dos quais 21,4% participavam de grupos de convivência<sup>32</sup>.

Observa-se que a classificação do modelo sistêmico de Donabedian<sup>18</sup>, considerando estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, tem sido amplamente utilizada nos estudos de avaliação de serviços de saúde, inclusive na APS, com diferentes focos, como por exemplo: avaliação da assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários<sup>27</sup>, avaliação da implantação de ações voltadas para melhoria da acessibilidade na APS<sup>39</sup>; avaliação de ações relacionadas à saúde da mulher<sup>40</sup>; avaliação da atenção à saúde de gestantes na ESF<sup>30</sup> e avaliação da assistência farmacêutica na ABS<sup>41</sup>.

Neste contexto, o sentido fundamental da teorização dos conceitos de estrutura, processo e resultado está em convertê-los na produção de medidas úteis na tomada de decisões. Esse processo é indispensável ao aperfeiçoamento dos serviços de saúde<sup>36</sup>.

## AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O tipo de indicador a ser utilizado na avaliação de serviços de saúde depende essencialmente do que está sendo medido: processo, resultado ou ambos os aspectos. No caso da medição do processo de trabalho, utilizam-se indicadores de oferta, utilização e cobertura. Na medição do resultado, utilizam-se indicadores de impacto<sup>19</sup>.

A medição da oferta está relacionada com a disponibilidade e acessibilidade dos serviços. A disponibilidade refere-se ao tipo e à quantidade de serviços em relação à quantidade de usuários e ao tipo de necessidade<sup>42</sup>. A oferta é definida como a disponibilidade de serviços e suas especificações (recursos de estrutura, humanos e tecnológicos) em termos de quantidade e qualidade<sup>21</sup>. A percepção e as informações que os usuários apresentam sobre a disponibilidade de serviços podem afetar a decisão de procurá-los<sup>43</sup>.

No que diz respeito à acessibilidade, trata-se de um conceito variável, comumente empregado como sinônimo de acesso. Alguns autores utilizam o termo acessibilidade enquanto outros o termo acesso. As diferentes abordagens e pluralidade de conceitos revelam a complexidade do tema, por isso, muitas vezes, empregados de forma ambígua e intercalada<sup>43</sup>.

Em 1974<sup>44</sup>, o acesso aos serviços de saúde foi conceituado considerando as características da população e aspectos organizacionais e geográficos dos serviços de saúde. Posteriormente, outros pesquisadores<sup>45</sup> sugeriram que a avaliação do acesso poderia ser realizada por meio de indicadores de resultado, colocando-o como a base das interações entre os clientes e o sistema de saúde.

Na avaliação do acesso, sugere-se considerar as seguintes dimensões: disponibilidade (relação entre o volume e tipo de serviços e as necessidades dos usuários); acessibilidade (dimensão do acesso caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos usuários); acolhimento (relação entre a organização dos serviços e a adaptação dos usuários); capacidade de compra (relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por eles) e aceitabilidade (atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um)<sup>43</sup>.

Para Starfield<sup>1</sup>, os conceitos de acesso e acessibilidade são distintos. De acordo com a autora, a acessibilidade representa o elemento estrutural necessário para a primeira atenção e depende da facilidade e da disponibilidade do local de atendimento. Refere-se a características da oferta e representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado. O acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Esse conceito de acesso aponta para a relação com a utilização dos serviços de saúde, na medida em que a decisão de procurá-los pode ser afetada pela forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços<sup>1</sup>. De forma similar, trabalho mais recente, contextualizando o acesso de forma diferente à acessibilidade, define o acesso como a disponibilidade dos serviços de saúde do ponto de vista da oferta e a acessibilidade como a possibilidade concreta de obter os serviços ou recursos ofertados<sup>46</sup>.

Donabedian<sup>18</sup>, que utiliza o termo acessibilidade em vez de acesso, trata-o de uma forma mais abrangente do que simplesmente a disponibilidade de recursos, indicando a capacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades de saúde de uma determinada população, ou seja, referindo-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Nesse sentido, o autor destaca duas dimensões da acessibilidade, a sócio-organizacional e a geográfica. A dimensão sócio-organizacional inclui a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, bem como aspectos funcionais dos serviços que interferem na relação destes com os usuários como o tempo de espera para o atendimento. A

dimensão geográfica é medida pela distância, tempo e custo de locomoção aos serviços de saúde<sup>47, 48</sup>.

Outros autores sugerem a utilização de outras dimensões como é o caso da organizacional (obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde), da sociocultural (apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros)<sup>49</sup>, da econômica (facilidades e dificuldades na obtenção do atendimento como a forma e custos derivados do deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos) e da geográfica (tempo de deslocamento e distância da residência ao serviço de saúde)<sup>42</sup>.

A acessibilidade é um dos elementos estruturais relevantes para o desempenho da APS<sup>1</sup> e uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade no sistema de saúde<sup>43</sup>. Apresenta, também, importância para explicar variações no uso dos serviços de saúde por grupos populacionais. Autores destacam as desigualdades na acessibilidade aos serviços de saúde como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente em concordância com seus princípios e diretrizes<sup>42</sup>.

A utilização dos serviços de saúde trata-se de um conceito que envolve fatores individuais predisponentes, contextuais e relativos à qualidade do cuidado. A utilização é caracterizada como todo contato direto ou indireto com os serviços de saúde, resultando da interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados e o profissional que o conduz pelo sistema de saúde. São determinantes da utilização fatores relacionados às necessidades de saúde, à organização dos serviços, à política, às características do usuário e dos prestadores de serviço. Além disso, pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele<sup>43</sup>. De forma simplificada, a utilização dos serviços de saúde é entendida como demanda expressa, podendo ser influenciada por características comportamentais do indivíduo, pela qualidade técnica dos serviços e dos profissionais de saúde<sup>50</sup>.

A cobertura representa uma estimativa do alcance dos serviços prestados em relação à população alvo a que se destina, representando a interface entre eles. Consiste na quantificação da proporção da população que é atendida com as ações desenvolvidas. A cobertura somente será elevada se o acesso for amplo e os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde, particularmente aqueles relacionados com os exames diagnósticos e com os tratamentos, representarem melhor assistência para os usuários<sup>19</sup>.

A estimativa do resultado deve considerar a satisfação do usuário, pois a mesma expressa o impacto associado à quantidade e à qualidade da atenção recebida<sup>19</sup>. A satisfação refere-se à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe<sup>36</sup>. A adequação dos serviços ofertados aos valores e expectativas dos usuários é um fator importante que pode favorecer a sua aceitação e, portanto, influenciar a satisfação<sup>19</sup>.

Donabedian<sup>18</sup> sugere que o estudo da satisfação do usuário seja o principal objetivo no estudo do cuidado em saúde, apesar de ser um indicador apenas aproximado da qualidade da assistência à saúde. Constitui uma meta a ser atingida pelos serviços de saúde, devendo ser pesquisada no sentido de aperfeiçoar os serviços de saúde<sup>36</sup>.

A satisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente, de aspectos da infraestrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos), das amenidades (ventilação, conforto) e das representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado<sup>9</sup>.

## ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A atenção integral à saúde do idoso é considerada uma prioridade nacional pelo Pacto pela Vida para o fortalecimento do SUS, que preconiza as ações das equipes na promoção do envelhecimento saudável, prevenção de incapacidades funcionais, atuação intersetorial e acolhimento ao idoso nos serviços de saúde<sup>51</sup>.

A temática da saúde do idoso faz parte, ainda, da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, objetivando a produção de conhecimentos e contribuições processuais para o desenvolvimento das políticas sociais. Destacam-se entre os temas de interesse o impacto do envelhecimento populacional no sistema de saúde e a avaliação do impacto de modelos de atenção e da utilização dos serviços de saúde, com ênfase no Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitário de Saúde<sup>52</sup>.

Esse interesse pode ser atribuído às mudanças na estrutura etária brasileira ocorridas nas últimas décadas (diminuição das taxas de natalidade e mortalidade) resultando em um maior

número de idosos na população. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de idosos no Brasil vem aumentando progressivamente. Em 1991, os idosos constituíam 7,3% da população; em 2000 aumentou para 8,6% e em 2010 para 10,8%. Semelhante crescimento tem ocorrido no Nordeste, com percentuais de 7,3%, 8,4% e 10,2% para os mesmos anos mencionados. A Paraíba tem mantido percentuais de idosos maiores que os nacionais, tendo sido de 9,1% em 1991, 10,2% em 2000 e 12,0% no ano de 2010<sup>53</sup>. Estima-se que a população idosa no Brasil irá mais que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050<sup>54</sup>. Em 2050, no Brasil, o número de idosos deverá ser superior ao dos Estados Unidos e muito próximo ao da Inglaterra<sup>55</sup>.

As mudanças no perfil demográfico brasileiro, juntamente com as alterações no perfil epidemiológico, implicam o aumento das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que contribuem para maior carga de doenças para o sistema de saúde<sup>56</sup>. No Brasil, apesar de índices ainda preocupantes de doenças infecciosas, desnutrição, causas externas e condições maternas e perinatais, as doenças crônicas representam 66,0% da carga de doenças<sup>57</sup>. Essas doenças são complexas e mais onerosas, impondo à sociedade uma alta demanda por serviços de saúde e sociais, internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação dos leitos<sup>58</sup>. Esse aspecto é preocupante, pois requer que o sistema de saúde seja capaz de fornecer serviços em todos os níveis de atenção referentes à promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, possibilitando o diagnóstico, terapêutica e reabilitação da população<sup>59</sup>.

As DCNT representam um conjunto de condições que requerem esforços contínuos e de longo prazo baseados na APS, em ações multiprofissionais e intervenções educacionais visando modificar fatores comportamentais que favoreçam a redução de algumas destas condições crônicas e seus agravamentos. Envolve ações nos três níveis de prevenção: primário (atenção aos fatores de risco e estímulo a hábitos saudáveis), secundário (avaliação e monitoramento de usuários já com alguma morbidade instalada), terciário (tratamento e reabilitação)<sup>60</sup>. Portanto, é relevante a atuação da ESF como primeiro nível de oferta de cuidados à saúde dos idosos, reorganizando a assistência, com ações preventivas, de vigilância à saúde, de promoção do envelhecimento saudável e facilitando o acesso a atendimentos especializados através do sistema de referência e contra-referência<sup>61, 62</sup>.

O aumento do consumo de serviços de saúde pelos idosos relacionado ao ritmo acelerado do envelhecimento populacional e à frequente associação da longevidade com perdas sociais, afetivas e financeiras, além de condições crônicas de adoecimento, podem acarretar escassez de programas de suporte que atendam às necessidades sociais e de saúde dos idosos<sup>63</sup>. Sendo assim, faz-se necessário valorizar os idosos como sujeitos de direitos, na tentativa de minimizar a sua vulnerabilidade; planejar a organização dos serviços de saúde para atender às demandas dos idosos; não ocasionar prejuízos à qualidade dos serviços oferecidos; e promover o alcance do envelhecimento saudável<sup>63, 64</sup>.

Considerando a crescente demanda do cuidado à saúde dos idosos na ESF, conhecer a maneira como esses idosos percebem os serviços de saúde oferecidos permite identificar os problemas da assistência como base para ações direcionadas a melhorar o processo de cuidado em saúde e atingir resultados mais satisfatórios. Visto que as percepções podem variar de acordo com o meio sociocultural, justifica-se a apreciação da qualidade dos serviços de forma regionalizada, possibilitando captar a relação com características locais de dificuldade de acesso e organização do serviço de saúde<sup>7</sup>.

As metodologias de avaliação da qualidade em saúde que adotam a visão do usuário asseguram os direitos individuais e de cidadania, agregando uma dimensão pessoal e humanizada à avaliação<sup>26</sup>. Nesse sentido, o fortalecimento do controle social e da participação comunitária no âmbito do SUS confere destaque ao usuário enquanto sujeito ativo na modificação do próprio sistema de saúde na perspectiva de atribuir-lhe maior qualidade<sup>65</sup>.

Sabe-se que usuários satisfeitos tendem a aderir melhor ao tratamento proposto e a estabelecer uma relação de confiança profissional-usuário, facilitando o fornecimento de informações importantes sobre suas condições de saúde<sup>66</sup>. É necessário, portanto, que o atendimento acolhedor, no processo de trabalho das equipes da ESF, não seja limitado apenas ao ato de receber, mas deve, ainda, qualificar a escuta e organizar a dinâmica de atendimento<sup>67</sup>. Com isso, é possível facilitar o acesso e a resolução dos problemas da comunidade, refletindo em maior satisfação com os serviços de saúde por parte de quem recebe o cuidado<sup>68</sup>.

Dessa forma, ao avaliar a ESF na perspectiva dos idosos, este estudo vislumbra contribuir na identificação de aspectos insatisfatórios, bem como barreiras na acessibilidade aos serviços oferecidos. Essas informações são importantes no sentido de favorecer a qualificação da

assistência direcionada a esse grupo etário, subsidiando estratégias de gestão do sistema de saúde que colaborem com a consolidação da ESF em consonância com o princípio da equidade.

## **2 OBJETIVO**

Avaliar a Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos cadastrados nas unidades básicas de saúde no município de Campina Grande, Paraíba.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários, o qual constituiu um desdobramento dos resultados de uma pesquisa mais ampla realizada em Campina Grande intitulada “Avaliação multidimensional da saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos”.

#### 3.2 AMOSTRA

Em 2008, o município de Campina Grande, possuía população de 381.422 habitantes, com 36.805 idosos<sup>53</sup>, dos quais 23.416 estavam cadastrados nas 63 UBSF, distribuídos nos seis distritos sanitários da cidade (Centro, Bela Vista, Palmeira, Catolé, Liberdade e Malvinas). A amostra foi calculada estimando-se uma prevalência dos desfechos de, no mínimo, 25%. O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir da seguinte equação:  $\{[E^2 \times p(1-p)] \times c\} / A^2$ . Onde  $E$  é o limite de confiança (1,96),  $c$  é o coeficiente de correlação amostral (2,1), considerando o procedimento por conglomerado, e  $A$  é a precisão aceita (6%) para a prevalência estimada. A amostra de estudo, assim, foi estimada em 420 idosos.

A seleção da amostra considerou os seis distritos sanitários do município, sendo sorteada uma UBSF em cada um deles. Após a seleção das UBSF, realizou-se um levantamento do número de idosos nelas cadastrados. A partir daí foi calculada a proporção de idosos por unidade, em relação ao total das seis unidades. Tal proporcionalidade definiu o número de idosos amostrais por unidade. Sendo assim, nas seis UBSF sorteadas foram entrevistadas as seguintes proporções (números) de idosos: 9,6% (40), 11,4% (48), 14,5% (61), 8,6% (36), 43,3% (182) e 12,6% (53), totalizando os 420 idosos da amostra. Em cada UBSF procedeu-se ao sorteio sistemático dos idosos com a elaboração de uma lista com os nomes de todos os idosos cadastrados. O número a ser saltado, até chegar ao próximo idoso da lista a ser entrevistado, foi definido a partir da razão entre o número total dos idosos cadastrados e o número dos idosos determinados para serem entrevistados naquela UBSF, gerando-se assim o número cinco. Como

o cálculo foi proporcional, então o número de saltos na lista foi o mesmo em todas as UBSF. Dessa forma, a cada idoso selecionado, foram saltados quatro idosos da lista. O 5º idoso foi o selecionado, e assim sucessivamente, a fim de obter-se melhor distribuição e garantia de que toda a lista fosse percorrida.

### 3.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em Campina Grande e cadastrados na ESF até o período do estudo.

### 3.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos indivíduos que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, e idosos ausentes de Campina Grande por tempo maior que o da pesquisa de campo na UBSF de abrangência do idoso.

### 3.3 COLETA DOS DADOS

O trabalho de campo foi realizado no período de agosto de 2009 a julho de 2010. A coleta dos dados foi realizada por três duplas de entrevistadores, os quais foram devidamente treinados pela coordenadora e professores colaboradores do projeto. A pesquisa foi realizada nos domicílios dos idosos. Para o caso do idoso que não estivesse em seu domicílio, ficou determinado que fossem realizadas duas visitas de retorno. Diante da ausência do idoso após as visitas de retorno ou da não aceitação do idoso em participar da pesquisa, o mesmo era substituído pelo idoso subsequente, considerando a seleção sistemática, mantendo o tamanho da amostra invariável.

No que se refere a este estudo, foram coletadas informações sobre sexo (feminino, masculino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), nível socioeconômico (A/B, C, D/E), número de residentes no domicílio (sozinho, 2, 3 a 5, 6 ou mais) e a avaliação do idoso acerca dos serviços oferecidos pela ESF.

O nível socioeconômico de cada idoso foi verificado por meio da utilização de um questionário<sup>69</sup> constituído por informações sobre o grau de instrução e itens de posse da família. Cada dado gera uma pontuação cujo somatório corresponde a uma determinada classe econômica (A1, A2, B1, B2, C, D, E). As pontuações e as classes correspondentes foram: A1 (30 a 34 pontos), A2 (25 a 29 pontos), B1 (21 a 24 pontos), B2 (17 a 20 pontos), C (11 a 16 pontos), D (6 a 10 pontos), E (0 a 5 pontos). Para fins estatísticos, a classificação do nível socioeconômico de cada idoso foi redefinida nas seguintes categorias: A/B, C e D/E.

A avaliação do idoso acerca dos serviços oferecidos pela ESF foi realizada utilizando-se um instrumento validado em estudo anterior intitulado “Avaliação do Programa Saúde da Família pelos seus usuários em municípios rurais do estado da Paraíba”<sup>70</sup> (ANEXO A). Esse estudo objetivou avaliar a ESF através da percepção dos usuários atendidos (adolescentes, adultos e idosos) em municípios rurais paraibanos. Após a sua validação, o instrumento foi aplicado junto aos usuários da ESF em 30 municípios paraibanos: Solânea, Bananeiras, Jacaraú, Pirpirituba, Pilar, Juripiranga, Barra de Santana, Boqueirão, Cabaceiras, Juazeirinho, Junco do Seridó, São José do Sabugi, Santa Luzia, São Mamede, Teixeira, Catolé do Rocha, Riacho dos Cavalos, Brejo do Cruz, São Bento, Pombal, Itaporanga, Piancó, Areia, Pocinhos, Lagoa Seca, Ingá, Itabaiana, Caaporã, Alhandra e Itapororoca. O instrumento é de fácil compreensão e manuseio e está baseado em perguntas relacionadas ao comportamento dos usuários da ESF, bem como em informações sobre os serviços e materiais envolvidos no processo de assistência na ESF.

O instrumento foi adaptado para sua aplicação aos idosos da ESF de Campina Grande. Inicialmente composto por 71 questões dicotômicas, com alternativas de respostas sim ou não, foram excluídas 16 perguntas do instrumento dissociadas do objeto desta pesquisa, considerando os seguintes motivos: perguntas que dificultariam direcioná-las às especificidades da realidade do idoso pela utilização de termos abrangentes como “não vale nada”, “não resolve nada”; perguntas não aplicáveis à população idosa; perguntas relacionadas ao atendimento hospitalar, distantes do objetivo do estudo; perguntas sobre procedimentos específicos e esporádicos, dependentes da demanda. Assim, o instrumento final utilizado nesta pesquisa foi composto por 55 perguntas (APÊNDICE A). Nota-se que em algumas perguntas, quando o idoso responde sim, na realidade ele está avaliando negativamente o aspecto em questão. Da mesma forma, quando o idoso responde não, a avaliação é positiva. Assim, as respostas (sim ou não) dos idosos às

perguntas foram classificadas como avaliação positiva ou negativa de acordo com o esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

Além disso, foi questionada a satisfação dos idosos perguntando: “Se o (a) Sr (a) pudesse dar uma nota para o PSF, qual nota o (a) Sr (a) daria?”, apresentando como opção de resposta uma escala de 0 a 10.

A nota atribuída pelos idosos à avaliação da satisfação foi transformada em variável binária. Para esse fim, foi realizada a distribuição estatística das notas encontradas por quartil, observando-se uma distribuição assimétrica, correspondendo o primeiro quartil à nota 8,0, ou seja apenas 25% das pessoas atribuíram notas até o valor 8,0, enquanto as outras 75% das pessoas atribuíram notas maiores ou iguais a 8,0. Dessa forma, o critério utilizado para classificar a satisfação dos idosos quanto aos serviços do PSF foi: satisfeito (nota  $\geq$  8,0), não satisfeito (nota  $<$  8,0).

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, a matriz de dados foi submetida à análise fatorial para verificar a dimensionalidade do instrumento. A análise fatorial é um método estatístico que permite analisar o comportamento das variáveis, agrupando-as em fatores de acordo com o padrão de correlações ou de covariância entre elas, maximizando o poder de explicação do conjunto analisado. O objetivo da análise fatorial é encontrar um número de fatores que possuam um alto grau de explicação da variabilidade original dos dados. Esses fatores são extraídos na ordem do mais explicativo para o menos explicativo de acordo com os autovalores. A decisão do número de fatores a serem extraídos cabe ao pesquisador, fundamentando-se em critérios estatísticos e teóricos. Em regra geral, espera-se selecionar fatores que representem um percentual de explicação da variância total maior que 60. Cada fator é composto por variáveis com suas respectivas cargas fatoriais. Quanto maior a carga fatorial maior a influência de cada item na constituição do fator<sup>71, 72</sup>. Os valores das cargas fatoriais foram considerados em módulo, uma vez que a negatividade ou positividade do item representa apenas que se comportam em sentidos contrários no eixo, não havendo alteração nas análises dos resultados<sup>71</sup>. A análise fatorial foi aplicada sobre a matriz de dados, com extração dos fatores pelo método dos componentes principais, baseada no critério de rotação *varimax*<sup>71</sup>.

O índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi usado para avaliar a adequacidade da análise fatorial. Este índice pode resultar em valores de 0 a 1. Valores altos indicam que a análise fatorial é apropriada, enquanto valores abaixo de 0,5 indicam que a análise fatorial é inadequada. São aceitos valores iguais ou superiores a 0,6. Valores entre 0,7 e 0,8 indicam moderada correlação entre os dados. Além disso, o teste de *Esfericidade de Bartlett* foi realizado para examinar a hipótese de que as variáveis não fossem correlacionadas na amostra e de que a matriz de correlação original fosse uma matriz de identidade. Resultados com  $p$  menor que 0,05 mostram que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade e, que há, portanto, relações entre as variáveis que se espera incluir na análise<sup>71</sup>.

Dessa forma, neste estudo foram selecionadas as perguntas que obtiveram maior carga fatorial para cada um dos fatores, uma vez que estes representam a maior parcela da variância do fator ao qual se refere<sup>71</sup>, totalizando 19 perguntas. Após a análise fatorial dos dados, foram determinadas as frequências de avaliações positivas e negativas dos idosos para cada pergunta selecionada. Posteriormente, as perguntas selecionadas foram agrupadas por aspecto teórico que avaliam, compondo três categorias: oferta; acessibilidade, subdividida em acessibilidade sociocultural, econômica e organizacional; e utilização.

Na definição das categorias de análise, a oferta foi definida como a disponibilidade de serviços e suas especificações (recursos de estrutura, humanos e tecnológicos) em termos de quantidade e qualidade<sup>21</sup>. O dimensionamento dos serviços quanto ao tipo, quantidade, localização, recursos materiais e humanos, são características da oferta que podem influenciar o uso dos serviços de saúde<sup>73</sup>.

Considerou-se acessibilidade a capacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades de saúde (facilidade em utilizar os serviços de saúde)<sup>18</sup>. Para a sua análise, foram utilizadas as seguintes dimensões: organizacional (obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde), sociocultural (apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros)<sup>49</sup> e econômica (facilidades e dificuldades na obtenção do atendimento como a forma e custos derivados do deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos)<sup>42</sup>.

A utilização dos serviços de saúde foi entendida como demanda expressa, podendo ser influenciada por características comportamentais do indivíduo, pela qualidade técnica dos serviços e dos profissionais de saúde<sup>50</sup>.

A identificação dos fatores associados (sexo, grupo etário, nível socioeconômico, número de residentes no domicílio) à avaliação dos idosos acerca dos serviços oferecidos relativos à acessibilidade foi realizada por meio de regressão logística bivariada, para cálculo dos OR brutos, com IC de 95%.

A associação entre as características demográficas (sexo, grupo etário) e socioeconômicas dos idosos e sua satisfação (satisfeito, não satisfeito) com os serviços oferecidos pela ESF, foi verificada pelo teste de qui-quadrado, adotando 5% como nível de significância estatística.

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel 7.0*. As análises estatísticas foram obtidas por meio dos programas estatísticos SPSS 17.0 e R 3.0.1.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto do qual este estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e por ele aprovado (CAAE: 0228.0.133.000-08) (ANEXO B). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual foi elaborado e assinado em duas vias, ficando uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

## **4 RESULTADOS**

**- ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS EM CAMPINA GRANDE, PARAÍBA\***

**- ARTIGO 2: AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE IDOSOS\***

*\* Elaborados a partir das normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva (ANEXO C)*

## 4.1 ARTIGO 1

### **AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS EM CAMPINA GRANDE, PARAÍBA\***

*Evaluation of the Family Health Strategy from the elderly perspective in  
Campina Grande, Paraíba\**

*\*Elaborado a partir das normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva*

## RESUMO

**Objetivo.** Avaliar a Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos no município de Campina Grande, Paraíba. **Metodologia.** Estudo transversal, de base domiciliar. Os dados foram coletados através de questionário validado, adaptado para aplicação com idosos, com perguntas relativas à oferta, acessibilidade, utilização e satisfação dos idosos quanto aos serviços oferecidos. Foi verificada a associação entre a satisfação e as características demográficas e socioeconômicas dos idosos. **Resultados.** Houve elevada proporção de avaliação negativa a aspectos da oferta (adequação às necessidades e disponibilidade de medicamentos), acessibilidade organizacional (demora nos resultados de exames, quantidade de atendimentos por dia e horários de atendimentos), sociocultural (conhecimentos sobre o funcionamento e enfoque da Estratégia Saúde da Família) e econômica (suficiência de renda para realizar consultas com especialistas e tratamentos indicados). As mulheres, idosos do grupo etário de 70-79 anos e classe socioeconômica C estiveram mais satisfeitos. Não houve associação estatística. **Conclusão.** A avaliação dos idosos mostra importantes problemas relacionados ao desconhecimento sobre o funcionamento e enfoque da Estratégia Saúde da Família, bem como limitações na acessibilidade organizacional.

**Palavras-chave:** Avaliação de serviços de saúde; Programa Saúde da Família; Saúde do idoso.

## ABSTRACT

**Objective.** To evaluate the Family Health Strategy from the perspective of the elderly in Campina Grande, Paraíba. **Methodology.** This is a cross-sectional home-base study. Data were collected through a questionnaire that was validated and adapted for use in the elderly, with questions regarding supply, accessibility, use and satisfaction of the elderly regarding the health services offered. Was verified the association between satisfaction and demographic and socioeconomic characteristics of the elderly. **Results.** There was a high proportion of negative evaluation of aspects such as supply (adaptation to the needs and availability of medicines), organizational accessibility (delay in examination results, number of medical care per day and service schedules), socio-cultural (knowledge on the functioning and focus of the Family Health Strategy) and economic (income sufficiency for consultations with specialists and treatments proposed). Women, the elderly age group of 70-79 years, and socioeconomic class C were more satisfied. There was no statistical association. **Conclusion.** The evaluation of the elderly shows important problems related to the lack of knowledge on the functioning and focus of the Family Health Strategy, as well as on limitations in organizational accessibility.

**Keywords:** Evaluation of health services; Family Health Program; Health in the elderly.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, tendo ocorrido mais precocemente nos países desenvolvidos e mais recentemente, de forma acelerada, nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil<sup>1, 2</sup>. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos no Brasil que era 7,3% em 1991, em 2000 aumentou para 8,6% e em 2010 para 10,8%. No Estado da Paraíba, essas proporções têm sido maiores, representando 9,1% da população em 1991, 10,2% em 2000 e 12,0% em 2010<sup>3</sup>.

O processo de envelhecimento acarreta modificações físicas, psicológicas e sociais que podem afetar a autonomia e a saúde dos idosos<sup>4</sup>. Dessa forma, há necessidade de novos métodos de planejamento de cuidados, em que os aspectos multidimensionais do envelhecimento sejam abordados para atender ao desafio de organização do sistema de saúde para eficiente atenção a este grupo etário<sup>2</sup>.

Ao tempo que a população envelhece, a carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumenta em todo o mundo<sup>5</sup>. No Brasil, essa situação foi mostrada nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) ao constatar que a proporção de pessoas com DCNT aumentava com o aumento da faixa etária<sup>6</sup>. No mundo, duas em cada três mortes ao ano são atribuíveis às DCNT, estando cerca de 67,0% desses casos no grupo etário acima de 60 anos. No Brasil, as DCNT correspondem a 70,0% das causas de morte, havendo predomínio na região Nordeste. Essa situação é onerosa para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que aumenta a demanda por cuidados prolongados<sup>5</sup>. Portanto, torna-se relevante a redução do impacto dessas doenças para a população idosa visando prevenir a dependência e melhorar a qualidade de vida<sup>7</sup>.

De acordo com informações do Ministério da Saúde, na última década, houve redução de aproximadamente 20,0% nas taxas de mortalidade pelas DCNT no Brasil, mostrando relevante avanço na saúde da população atribuível à expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e melhoria da assistência<sup>8</sup>. O modelo brasileiro de APS, com enfoque na Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui porta de entrada preferencial no sistema de saúde e nível regulador do acesso ao mesmo, buscando coordenar o cuidado dos usuários na rede de serviços<sup>5</sup>. As equipes da ESF desenvolvem práticas interdisciplinares na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais<sup>9</sup>.

Entretanto, estudos mostram que muitos profissionais atuantes na ESF não receberam capacitação específica para assistência aos idosos<sup>10</sup> nem todos conhecem a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>11</sup>. A atenção integral à saúde do idoso, regulamentada pelo Sistema Único de Saúde, prioriza a facilitação do atendimento às demandas deste grupo populacional aos serviços de saúde, a manutenção da sua capacidade funcional e autonomia, através de ações multidimensionais, individuais e coletivas, preventivas e de educação em saúde<sup>12</sup>.

Nesse contexto, é relevante a apreciação da qualidade da atuação da ESF na reorganização da prática assistencial aos idosos. A qualidade na APS deve envolver a identificação das necessidades dos usuários, o cuidado contínuo e a detecção precoce de doenças, bem como a preocupação com a satisfação dos usuários em termos de continuidade, vínculo, adesão e relação com os profissionais de saúde<sup>13</sup>. A avaliação em saúde, como proposta indutora de mudanças, deve priorizar a participação e a inserção do usuário nas atividades inerentes ao próprio processo assistencial, constituindo-se em indicador sensível da qualidade dos serviços oferecidos e favorecendo sua adequação<sup>14</sup>.

Na avaliação em saúde, a satisfação do usuário está relacionada com os serviços prestados, é influenciada por suas expectativas e antecedida pela percepção da qualidade. O conceito de satisfação pode refletir a qualidade do serviço ou a percepção do usuário quanto ao mesmo<sup>15</sup>. Essa avaliação representa parte de um paradigma relacionado com a garantia de direitos individuais e de cidadania, agregando uma dimensão humanizada<sup>16</sup>. Assim, visando contribuir para o conhecimento nessa área, o presente estudo objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos no município de Campina Grande, Paraíba.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários, o qual constituiu um desdobramento dos resultados de uma pesquisa mais ampla realizada em Campina Grande intitulada “Avaliação multidimensional da saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos”.

Em 2008, o município de Campina Grande possuía população de 381.422 habitantes, com 36.805 idosos<sup>3</sup>, dos quais 23.416 estavam cadastrados nas 63 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), distribuídos nos seis distritos sanitários da cidade, dos quais foi sorteada uma UBSF de cada distrito (Centro, Bela Vista, Palmeira, Catolé, Liberdade e Malvinas).

Incluíram-se no estudo indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Foram excluídos indivíduos que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, e idosos ausentes de Campina Grande por tempo maior que o da pesquisa de campo na UBSF de abrangência do idoso.

A amostra foi calculada estimando-se uma prevalência dos desfechos de, no mínimo, 25%. O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir da seguinte equação:  $\{[E^2 \times p(1-p)] \times c\} / A^2$ . Onde  $E$  é o limite de confiança (1,96),  $c$  é o coeficiente de correlação amostral (2,1), considerando o procedimento por conglomerado, e  $A$  é a precisão aceita (6%) para a prevalência estimada. A amostra de estudo, assim, foi estimada em 420 idosos.

A seleção da amostra considerou os seis distritos sanitários do município, sendo sorteada uma UBSF em cada um deles. Após a seleção das UBSF, realizou-se um levantamento do número de idosos nelas cadastrados. A partir daí foi calculada a proporção de idosos por unidade, em relação ao total das seis unidades, com a qual foi definido o número de idosos amostrais por unidade, conduzindo a amostras proporcionais. Em cada UBSF procedeu-se ao sorteio sistemático de idosos com a elaboração de uma lista com os nomes de todos os idosos cadastrados. O número de idosos a serem saltados, até chegar ao próximo idoso da lista a ser entrevistado, foi definido a partir da razão entre o número total de idosos cadastrados e o número de idosos determinados para serem entrevistados naquela UBSF. Como o cálculo foi proporcional, então o número de saltos na lista foi o mesmo em todas as UBSF.

O trabalho de campo foi realizado no período de agosto de 2009 a julho de 2010. A coleta dos dados foi realizada nos domicílios dos idosos, por três duplas de entrevistadores, devidamente treinados para este fim. Para o caso do idoso que não estivesse em seu domicílio, ficou determinado que fossem realizadas duas visitas de retorno. Diante da ausência do idoso após as visitas de retorno ou da não aceitação do idoso em participar da pesquisa, o mesmo era substituído pelo idoso subsequente, considerando a seleção sistemática, mantendo o tamanho da amostra invariável.

As variáveis avaliadas neste estudo foram: sexo, grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), nível socioeconômico (A/B, C e D/E), avaliação da ESF (positiva, negativa) e satisfação (satisfeito, não satisfeito) dos idosos quanto aos serviços oferecidos.

O nível socioeconômico de cada idoso foi verificado por meio da utilização de um questionário<sup>17</sup> captando por informações sobre o grau de instrução e itens de posse da família. Cada dado gera uma pontuação cujo somatório corresponde a uma determinada classe econômica (A1, A2, B1, B2, C, D, E). As pontuações e as classes correspondentes foram: A1 (30 a 34 pontos), A2 (25 a 29 pontos), B1 (21 a 24 pontos), B2 (17 a 20 pontos), C (11 a 16 pontos), D (6 a 10 pontos), E (0 a 5 pontos). Para fins estatísticos, a classificação do nível socioeconômico de cada idoso foi redefinida nas seguintes categorias: A/B, C e D/E.

A avaliação da ESF quanto aos serviços oferecidos foi realizada utilizando um instrumento validado em estudo anterior<sup>18</sup>. O instrumento é de fácil compreensão e manuseio e está baseado em perguntas relacionadas ao comportamento dos usuários da ESF, bem como em informações sobre os serviços e materiais envolvidos no processo de assistência na ESF.

O instrumento foi adaptado para sua aplicação aos idosos da ESF de Campina Grande. Inicialmente composto por 71 questões dicotômicas, com alternativas de respostas sim ou não, foram excluídas 16 perguntas do instrumento dissociadas do objeto desta pesquisa, considerando os seguintes motivos: perguntas que dificultariam direcioná-las às especificidades da realidade do idoso pela utilização de termos abrangentes como “não vale nada”, “não resolve nada”; perguntas não aplicáveis à população idosa; perguntas relacionadas ao atendimento hospitalar, distantes do objetivo do estudo; perguntas sobre procedimentos específicos e esporádicos, dependentes da demanda. Assim, o instrumento final utilizado nesta pesquisa foi composto por 55 perguntas. Nota-se que em algumas perguntas, quando o idoso responde sim, na realidade ele

está avaliando negativamente o aspecto em questão. Da mesma forma, quando o idoso responde não, a avaliação é positiva. Assim, as respostas (sim ou não) dos idosos às perguntas foram classificadas como avaliação positiva ou negativa de acordo com o esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

Além disso, foi questionada a satisfação dos idosos perguntando: “Se o (a) Sr (a) pudesse dar uma nota para o PSF, qual nota o (a) Sr (a) daria?”, apresentando como opção de resposta uma escala de 0 a 10.

A nota atribuída pelos idosos na avaliação da satisfação foi transformada em variável binária. Para esse fim foi realizada a distribuição estatística das notas encontradas por quartil, observando-se uma distribuição assimétrica, correspondendo o primeiro quartil à nota 8,0, ou seja, apenas 25% das pessoas atribuíram notas até o valor 8,0, enquanto que as outras 75% das pessoas atribuíram notas maiores ou iguais a 8,0. Dessa forma, o critério utilizado para classificar a satisfação dos idosos quanto aos serviços do PSF foi: satisfeito (nota  $\geq 8,0$ ), não satisfeito (nota  $< 8,0$ ).

Inicialmente a matriz de dados foi submetida à análise fatorial para verificar a dimensionalidade do instrumento<sup>19, 20</sup>, com extração dos fatores pelo método dos componentes principais, baseada no critério de rotação *varimax*<sup>19</sup>. Em regra geral, espera-se selecionar fatores que representem um percentual de explicação da variância total maior que 60. Cada fator é composto por variáveis com suas respectivas cargas fatoriais. Quanto maior a carga fatorial maior a influência de cada item na constituição do fator.

O índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi usado para avaliar a adequabilidade da análise fatorial. Este índice pode resultar em valores de 0 a 1, Valores altos indicam que a análise fatorial é apropriada, enquanto valores abaixo de 0,5 indicam que a análise fatorial é inadequada,

sendo aceitos valores iguais ou superiores a 0,6. Valores entre 0,7 e 0,8 indicam moderada correlação entre os dados. Além disso, o teste de *Esfericidade de Bartlett* foi realizado para examinar a hipótese de que as variáveis não fossem correlacionadas na amostra e de que a matriz de correlação original fosse uma matriz de identidade. Resultados com  $p$  menor que 0,05 mostram que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade, e que, portanto, há relações entre as variáveis que se espera incluir na análise<sup>19</sup>.

Dessa forma, neste estudo foram selecionadas as perguntas que obtiveram maior carga fatorial para cada um dos fatores, uma vez que estes representam a maior parcela da variância do fator ao qual se refere<sup>19</sup>, totalizando 19 perguntas. Após a análise fatorial dos dados, foram determinadas as frequências de avaliações positivas e negativas dos idosos para cada pergunta selecionada. Posteriormente, as perguntas selecionadas foram agrupadas por aspecto teórico que avaliam, compondo três categorias: oferta; acessibilidade, subdividida em acessibilidade sociocultural, econômica e organizacional; e utilização.

Na definição das categorias de análise, a oferta foi definida como a disponibilidade de serviços e suas especificações (recursos de estrutura, humanos e tecnológicos) em termos de quantidade e qualidade<sup>21</sup>. O dimensionamento dos serviços quanto ao tipo, quantidade, localização, recursos materiais e humanos, são características da oferta que podem influenciar o uso dos serviços de saúde<sup>22</sup>.

Considerou-se acessibilidade a capacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades de saúde dos usuários (facilidade em utilizar os serviços de saúde)<sup>23</sup>. Para a sua análise foram utilizadas as seguintes dimensões: organizacional (obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde), sociocultural (apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e

a doença, crenças relativas à saúde, credibilidade nos serviços de saúde, entre outros)<sup>24</sup> e econômica (facilidades e dificuldades na obtenção do atendimento como a forma e os custos derivados do deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos)<sup>25</sup>.

A utilização dos serviços de saúde foi entendida como demanda expressa, podendo ser influenciada por características comportamentais do indivíduo, pela qualidade técnica dos serviços e dos profissionais de saúde<sup>26</sup>.

A associação entre as características demográficas (sexo, grupo etário) e socioeconômicas dos idosos e sua satisfação (satisfeito, não satisfeito) com os serviços oferecidos pela ESF foi verificada pelo teste de qui-quadrado, adotando 5% como nível de significância estatística.

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel 7.0*. As informações estatísticas foram obtidas por meio dos programas estatísticos SPSS 17.0 e R 3.0.1.

O projeto do qual este estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e por ele aprovado (CAAE: 0228.0.133.000-08). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado e assinado em duas vias, ficando uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

## **RESULTADOS**

Para os dados deste estudo, o teste de KMO obteve um resultado de 0,78, sendo esse valor maior que 0,60. Diante disto, o índice mostra que existem correlações parciais nos dados, assim como todas as variáveis na matriz de correlações de anti-imagem indicam tamanho

adequado da amostra. O teste de Esfericidade de Bartlett foi altamente significativo [ $\chi^2(2485) = 7187,82$ , com  $p$  menor que 0,001], portanto, a realização da análise fatorial é apropriada, a matriz de correlações não é uma matriz identidade e há relações entre as variáveis que foram incluídas na análise.

Com a aplicação da análise fatorial sobre os dados coletados, obteve-se uma matriz de carregamentos fatoriais, através da qual foram selecionados 19 fatores, os quais acumulam um bom percentual de explicação da variância total (61,22%), mantendo grande parte das características das variáveis originais. A tabela 1 mostra as perguntas selecionadas do instrumento por meio da análise fatorial e suas respectivas cargas fatoriais.

Fizeram parte do estudo 420 idosos, dos quais 31,9% homens e 68,1% mulheres. A idade dos idosos estudados variou entre 60 e 104 anos, sendo 102 anos a idade máxima encontrada entre os homens e 104 anos entre as mulheres. A média etária masculina foi 72,0 anos (DP=8,9) e a feminina foi 71,4 anos (DP=9,3). Quanto à distribuição dos idosos entre os grupos etários, houve maior proporção de idosos entre 60 e 69 anos, constituindo 48,6% da amostra.

Na tabela 2, é apresentada a distribuição das avaliações dos idosos às perguntas, segundo as categorias (oferta, acessibilidade, utilização). Foram classificadas como indicadores de oferta, acessibilidade e utilização, duas, quatorze e três perguntas, respectivamente. Na acessibilidade, seis perguntas corresponderam ao aspecto organizacional, cinco ao sociocultural e três ao econômico. Para a oferta, observou-se que 65,2% dos idosos consideraram adequada a assistência oferecida nas UBSF para o atendimento dos seus problemas de saúde e 45,0% afirmaram que os medicamentos de que necessitavam não estavam disponíveis na ESF.

Para a dimensão acessibilidade organizacional, observou-se maior proporção de avaliação positiva para as perguntas referentes à atuação do ACS, com 85,9% dos idosos informando que

recebiam visita domiciliar ao menos uma vez ao mês; à distribuição de medicamentos, com 84,8% dos idosos mostrando facilidade no recebimento de medicamento nas UBSF; e à oferta de serviços numa semana de trabalho (74,5%). A demora no recebimento de resultados de exames, restrições nos horários de atendimento nas UBSF, e a insuficiência no número de atendimentos realizados por dia para atender a demanda da população foram as principais limitações de acessibilidade organizacional.

Quanto à acessibilidade sociocultural, o desconhecimento dos idosos no que diz respeito às diretrizes que norteiam o processo de trabalho na ESF representou-se nas avaliações negativas, visto que 82,5% acreditavam que a ESF foi feita para atender aos pobres e 71,3% acreditavam que o trabalho da equipe da ESF é tratar as doenças. Os problemas de acessibilidade econômica evidenciaram-se nas avaliações negativas de 43,5% dos idosos que indicaram deixar de se consultar com um especialista por não terem dinheiro, bem como nas respostas de 41,5% dos idosos que informaram não terem renda suficiente para realizar os tratamentos indicados. De forma positiva, observou-se que 92,4% dos idosos informaram que não precisavam de políticos para receber remédios.

Em relação à utilização dos serviços, predominou a avaliação positiva. Do total de idosos, 82,2% informaram que as crianças das famílias já haviam sido vacinadas; 72,2% responderam não terem sido prejudicados no atendimento por equipamentos quebrados; e 71,7% afirmaram que as crianças foram avaliadas em relação ao peso e à altura.

Quanto à satisfação com os serviços oferecidos pela ESF, observou-se que 75,0% do total de idosos estavam satisfeitos. As maiores proporções de idosos satisfeitos foram observadas entre as mulheres (77,1%), entre os idosos com 70 a 79 anos (77,3%) e entre aqueles da classe socioeconômica C (81,1%). Não foi observada associação estatisticamente significativa entre a

satisfação dos idosos e as características demográficas (sexo e grupo etário) e nível socioeconômico (Tabela 3).

## **DISCUSSÃO**

Ações planejadas a partir das expectativas e das necessidades dos usuários apresentam potencial para a qualificação da assistência à saúde<sup>27</sup>. Assim, as avaliações insatisfatórias na perspectiva dos idosos deste estudo revelam aspectos relacionados à oferta e à acessibilidade aos serviços oferecidos pela ESF de Campina Grande sugestivos da necessidade de aperfeiçoamento.

A avaliação positiva da oferta dos serviços prestados aos problemas de saúde da maioria dos idosos deste estudo indica equilíbrio entre a capacidade de assistência da ESF e as necessidades desses usuários, como definido no conceito de disponibilidade dos serviços<sup>28</sup>. Entretanto, uma parcela considerável dos idosos deste estudo manifestou apreciação contrária. A opinião de uma parcela relevante dos idosos estudados referente à inadequação dos serviços de saúde aos problemas de saúde foi também identificado entre profissionais da ESF em três municípios do Rio de Janeiro, destacando o atendimento priorizado nas ações programáticas em detrimento de abordagens baseadas nos problemas de saúde da população idosa<sup>29</sup>.

No caso específico da oferta de medicamentos, a indisponibilidade verificada por idosos deste estudo converge para resultados de âmbito nacional<sup>30</sup>. Estudo realizado em Recife, PE, também identificou problemas em relação à quantidade de medicamentos disponibilizados pela ESF, sendo considerada ruim ou regular por 75% dos profissionais<sup>31</sup>. Essa indisponibilidade de medicamentos sugere baixa qualidade e resolutividade dos serviços de saúde<sup>32</sup>, além de falhas relacionadas à assistência farmacêutica na atenção básica, a qual compreende objetivos

direcionados à aquisição e distribuição de medicamentos em quantidade suficiente e em momento oportuno<sup>33</sup>. Isso impõe obstáculos à integralidade da assistência que, no caso dos idosos, pode ter repercussões específicas, tendo em vista que este grupo etário é frequentemente acometido por DCNT<sup>34</sup>. Além disso, a falha na oferta gratuita de medicamentos na ESF pode comprometer a renda do idoso para a aquisição de medicamentos prescritos<sup>32, 34</sup>.

Estudo recente sobre a situação da saúde pública no Brasil<sup>30</sup> indicou o tempo de espera para atendimento e para realização de exames como a pior situação referida aos serviços de saúde. Resultados similares foram encontrados em outros estudos realizados com idosos<sup>35, 36</sup> e com outros grupos populacionais<sup>24, 31, 37, 38, 39</sup>, mostrando que a problemática nacional relacionada à acessibilidade organizacional dos serviços de saúde também é visualizada na avaliação regionalizada da ESF. A quantidade insuficiente de atendimentos por dia, tal como encontrada nos resultados deste estudo, também tem sido observada em outras localidades, constituindo importante obstáculo para acessibilidade aos serviços da ESF e contribuindo para ampliação do tempo de espera por consultas. Nesse contexto, é importante ressaltar que a desorganização da rede assistencial, entre outros fatores como a falta de integração dos serviços existentes, impõe obstáculos à garantia da integralidade e continuidade do cuidado<sup>29</sup>.

Em relação à acessibilidade sociocultural, o desconhecimento dos idosos deste estudo sobre o funcionamento e enfoque da ESF pode comprometer a ação preventiva e a eficácia do controle social do SUS. Resultados nessa vertente também foram encontrados, por exemplo, em Minas Gerais, ao constatar que somente 14,6% dos usuários souberam descrever o que era o SUS e 5,9% o Conselho Municipal de Saúde<sup>40</sup>. O controle social, inclusive, tem sido descrito como um dos principais fatores limitantes na consolidação do SUS<sup>41, 42</sup>. Esses resultados remetem a pouca valorização que os usuários atribuem à sua participação no controle social do SUS,

princípio cuja aplicação facilita os avanços na produção de cuidados adequados aos problemas da população nos serviços de saúde<sup>27</sup>.

A localização das unidades de saúde a distâncias curtas das residências dos seus beneficiários e a gratuidade dos tratamentos indicados pelos profissionais de saúde constituem diretrizes da ESF<sup>43</sup>. No entanto, quase a metade dos idosos de Campina Grande apresentou barreiras econômicas nesse sentido. Esse resultado traduz a importância de direcionar esforços específicos à população idosa no contexto da ESF, pois eles apresentam dificuldades de acesso agravadas por impedimentos geográficos ou funcionais<sup>44</sup>. A existência de problemas na acessibilidade econômica aos serviços de saúde no contexto do SUS no Brasil também foi constatada entre idosos de outras localidades do país<sup>1, 11, 45</sup>. Avançar nesse sentido é importante para fortalecer o papel promotor da ESF na equidade, fato esse que tem sido mostrado pela maior utilização dos serviços entre as pessoas de menor nível socioeconômico<sup>46, 47</sup> e diminuição na desigualdade de acesso entre os idosos<sup>1</sup>.

Claramente, os resultados deste estudo mostram como as elevadas proporções de avaliações negativas em relação à oferta e à acessibilidade (organizacional, sociocultural, econômica) não convergem para os resultados encontrados na utilização dos serviços, o que mostra a dissociabilidade entre esses fatores e a determinação das necessidades dos usuários, mais do que as características da assistência, na decisão pelo uso dos serviços. Esse fato, inclusive, pode ter repercutido na elevada satisfação dos idosos com os serviços da ESF, mesmo em situações de avaliação negativa relacionadas à oferta e acessibilidade, o que não aconteceu com a utilização, em que predominaram as avaliações positivas.

A utilização de um serviço de saúde decorre, de fato, do reconhecimento de uma necessidade de saúde transformada em demanda e na procura de um serviço<sup>48</sup>. A satisfação, por

sua vez, apresenta maior probabilidade de altos índices quando as expectativas são menores, mesmo havendo comprometimento de aspectos estruturais e organizacionais dos serviços<sup>39, 49</sup>. Além disso, a satisfação decorre de uma avaliação subjetiva derivada de percepções cognitivas e afetivas<sup>42</sup> e é um conceito pouco teorizado, com baixo consenso entre os aspectos metodológicos para seu estudo<sup>50</sup>. Há que se considerar, ainda, a existência de uma relação de causalidade reversa entre esses dois fatores<sup>44</sup>.

A alta proporção dos idosos de Campina Grande satisfeitos com os serviços de saúde é coesa com informações de estudos que explicam o fato de os idosos apresentarem menores expectativas<sup>15</sup> e usuários mais jovens serem mais exigentes e, portanto, mais suscetíveis à insatisfação<sup>37</sup>. Há evidências, também, de que os idosos apresentam maior satisfação porque a utilização de serviços de saúde satisfazem outras das suas necessidades<sup>27</sup>. Estudos têm verificado que entre os fatores associados à alta satisfação dos usuários estão o aspecto relacional usuários-profissionais<sup>37, 39, 42, 51</sup>, o tempo de espera para agendamento de consultas e o acesso a medicamentos<sup>31, 37</sup>. Outros estudos desenvolvidos em diferentes localidades do Brasil também têm mostrado elevada satisfação dos usuários com os serviços da ESF, apesar dos problemas vivenciados no contexto das unidades de saúde<sup>39, 51, 52</sup>.

Quanto à associação entre a satisfação com os serviços de saúde e as características demográficas e socioeconômicas dos usuários, resultados diferentes podem ser encontrados na literatura<sup>39, 53</sup>. Isso pode ser atribuído a algumas diferenças entre os estudos como o local de realização, características metodológicas e população de estudo, o que determina diferenças relacionadas às expectativas quanto aos serviços. Na literatura consultada, não foi encontrado estudo específico com idosos que aborde esses aspectos, o que dificulta a discussão.

Embora seja reconhecida a contribuição da análise da percepção e da satisfação dos usuários para avaliação da qualidade de serviços de saúde, uma possível limitação deste estudo pode estar relacionada à subjetividade implícita nesses conceitos relacionada à qualidade dos serviços e às expectativas individuais. Ainda alguns resultados do presente estudo poderiam ser melhor entendidos se acompanhados de técnicas qualitativas e/ou de análises longitudinais que possibilitariam o acompanhamento das ações desenvolvidas no contexto da ESF.

As informações obtidas com este estudo, a partir da opinião de usuários idosos sobre a oferta, acessibilidade e utilização, assim como a satisfação com os serviços de APS, mostram-se relevantes ao identificar a importância da adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas dos idosos. Isso impõe importantes desafios relacionados à expansão e à consolidação da ESF. Nesse contexto, podem ser ressaltados os problemas relacionados ao desconhecimento sobre o funcionamento e enfoque da ESF, bem como as limitações na acessibilidade organizacional. É importante, assim, enfatizar a necessidade de intervenções para o aperfeiçoamento do acolhimento preferencial ao idoso, minimizando o tempo de espera para atendimento na UBSF e melhorando os procedimentos relativos à distribuição de medicamentos, a encaminhamentos a especialistas e à entrega dos resultados de exames médicos.

**Tabela 1:** Perguntas selecionadas do questionário\* por meio da análise fatorial e suas respectivas cargas fatoriais. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Item	Carga fatorial
Demora mais de um mês para sair o resultado de exames encaminhados pelo PSF?	0,42
A quantidade de fichas distribuídas por dia no PSF é suficiente para atender a todos?	-0,38
Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram vacinados no PSF?	0,49
Mesmo com o PSF, você ainda precisa de polítics para receber remédios?	0,35
O senhor (a) já deixou de se consultar com um especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório?	-0,38
No PSF tem os remédios que você precisa?	0,31
Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram avaliadas em relação ao seu peso e altura no PSF?	0,34
Sua renda foi suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais do PSF?	0,36
O (a) senhor (a) só pode ser atendido no PSF em determinado horário na semana?	0,39
O PSF oferece acompanhamento/atendimento adequado para os seus problemas de saúde?	0,66
O (a) Senhor (a) já desconfiou do que o médico do PSF lhe falou sobre o seu problema de saúde?	0,41
O agente de saúde (ACS) visita sua casa pelo menos uma vez por mês?	-0,31
O (a) Senhor (a) sabe os dias da semana nos quais pode ser atendido no PSF?	0,35
O (a) Senhor (a) só pode ser atendido no PSF em que é cadastrado?	0,43
O trabalho da equipe do PSF é tratar das doenças que as pessoas já têm?	0,40
O PSF foi feito para atender aos pobres?	0,43
No PSF é fácil receber remédio?	-0,39
Os profissionais do PSF já lhe atenderam com má vontade?	0,43
O (a) Senhor (a) (algum parente ou vizinho) já deixou de ser atendido no PSF porque o equipamento estava quebrado?	0,60

\*Questionário de Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários<sup>18</sup>.

**Tabela 2** – Distribuição das avaliações dos idosos às perguntas selecionadas do questionário\*, segundo as categorias (oferta, acessibilidade, utilização). Campina Grande, Paraíba, 2010.

PERGUNTA	Avaliação Positiva <sup>†</sup> (%)	Avaliação Negativa <sup>§</sup> (%)	Não Respondeu (%)
<b>OFERTA</b>			
O PSF oferece acompanhamento/atendimento adequado para os seus problemas de saúde?	65,2	34,1	0,7
No PSF tem os remédios que você precisa?	53,4	45,0	1,6
<b>ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL</b>			
Demora mais de um mês para sair o resultado de exames encaminhados pelo PSF?	31,7	67,3	1,0
A quantidade de fichas distribuídas por dia no PSF é suficiente para atender a todos?	41,3	57,7	1,0
O (a) senhor (a) só pode ser atendido no PSF em determinado horário na semana?	35,6	63,9	0,5
O agente de saúde (ACS) visita sua casa pelo menos uma vez por mês?	85,9	13,6	0,5
O (a) Senhor (a) sabe os dias da semana nos quais pode ser atendido no PSF?	74,5	25,0	0,5
No PSF é fácil receber remédio?	84,8	14,7	0,5
<b>ACESSIBILIDADE SOCIOCULTURAL</b>			
O (a) Senhor (a) já desconfiou do que o médico do PSF lhe falou sobre o seu problema de saúde?	93,6	5,9	0,5
O (a) Senhor (a) só pode ser atendido no PSF em que é cadastrado?	61,4	38,1	0,5
O trabalho da equipe do PSF é tratar das doenças que as pessoas já têm?	28,2	71,3	0,5
O PSF foi feito para atender aos pobres?	17,0	82,5	0,5
Os profissionais do PSF já lhe atenderam com má vontade?	89,5	10,0	0,5
<b>ACESSIBILIDADE ECONÔMICA</b>			
Mesmo com o PSF, você ainda precisa de políticos para receber remédios?	92,4	6,9	0,7
O senhor (a) já deixou de se consultar com um especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório?	56,0	43,5	0,5
Sua renda foi suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais do PSF?	56,5	41,5	2,0
<b>UTILIZAÇÃO</b>			
Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram vacinados no PSF?	82,2	16,8	1,0
Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram avaliadas em relação ao seu peso e altura no PSF?	71,7	27,6	0,7
O (a) Senhor (a) (algum parente ou vizinho) já deixou de ser atendido no PSF porque o equipamento estava quebrado?	72,2	27,3	0,5

\*Questionário de Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários<sup>18</sup>; †Resposta (sim ou não) atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos; §Resposta (sim ou não) não atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

**Tabela 3:** Associação entre a satisfação dos idosos quanto aos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Satisfeito (%)</b>	<b>Não satisfeito (%)</b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>			<b>0,221</b>
Feminino	77,1	22,9	
Masculino	73,1	26,9	
<b>Grupo etário</b>			<b>0,892</b>
60-69	75,0	25,0	
70-79	77,3	22,7	
80 ou mais	75,6	24,4	
<b>Nível socioeconômico</b>			<b>0,073</b>
A/B	71,1	28,9	
C	81,1	18,9	
D/E	72,5	27,5	

## REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl):100-7.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):548-54.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. [acessado em 2012 fev 21]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/default\\_caracteristicas\\_da\\_populacao.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm).
4. Papaléo Neto M. *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
5. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. *OPAS/OMS*; 2011.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. *Coordenação de Trabalho e Rendimento*; 2010.
7. Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol. serv. saude* 2012; 21(3):395-406.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2006.
10. Barros TB, Maia ER, Pagliuca LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Rene* 2011; 12(4):732-41.
11. Luz LA, Futino FI, Luz EA, Martins GM, Barbosa EPM, Rocha LM. Avaliação das ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI. *Rev bras. med. fam. comunidade* [periódico na internet] 2012 Jan-Mar [acessado 2013 Fev 06];7(22):[cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/issue/view/29/showToc>.
12. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 19 out.

13. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev bras. saude matern. infant* 2005; 5(Supl 1):S63-S69.
14. Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis* 2008; 18(4):705-26.
15. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1267-76.
16. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):599-613.
17. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo; 1999.
18. Marcelino MQS. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos* [Tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2010.
19. Figueredo Filho DB, Silva Jr JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin publica* 2010; 16(1):160-85.
20. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. 5ª ed. Bookman; 1998.
21. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl 2):S337-S341.
22. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
23. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd*; 1990; 114:1115-8.
24. Figueroa Pedraza D, Costa GMC. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Enferm glob*. No prelo 2014.
25. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11): 2865-75.
26. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-404.

27. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(3):148-56.
28. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):161-70.
29. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad Saude Publica* 2011; 27(4):779-86.
30. Confederação Nacional da Indústria (CNI). *Pesquisa CNI-IBOPE: retratos da sociedade brasileira: saúde pública*. Brasília: CNI; 2012.
31. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2903-12.
32. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):267-80.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2006.
34. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TMC. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev Rene* 2013; 14(2):394-04.
35. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev eletrônica enferm* 2008; 10(2):299-09.
36. Nery NG, Marcelo VC, Dantas MAA. A satisfação de idosos quanto à Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção em saúde bucal. *Rev bras. cien. saude* 2010; 14(1):43-50.
37. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
38. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG; Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3047-56.
39. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-14.

40. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Batista RS. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1933-42.
41. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2010; 26(6):1187-93.
42. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, da Silva RAR, et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis* 2011; 21(3):1061-76.
43. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
44. Mendoza-Sassi R, Beira JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):819-32.
45. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2008; 42(4):733-40.
46. Channon AA, Andrade MV, Noronha K, Leone T, Dilip TR. Inpatient care of the elderly in Brazil and India: Assessing social inequalities. *Soc Sci med* 2012; 75:2394-402.
47. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):595-603.
48. Palermo PU. *Um Estudo sobre a Desigualdade no Acesso à Saúde na Região Sul* [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
49. Serapioni M, Silva MGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4315-26.
50. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl):303-12.
51. Freitas SL, Aliny C, Albuquerque IMN, Gifoni DP, Santiago AX, Silva MJ. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, Sobral – CE. *Saude Coletiva* 2010; 7(43):200-5.
52. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaucha Enferm* 2011; 32(2):345-51.

53. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev baiana de saude publica* 2007; 31(2):256-66.

## 4.2 ARTIGO 2

### **AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE IDOSOS**

*Evaluation of the accessibility to Family Health Basic Units from the perspective  
of the elderly\**

*\*Elaborado a partir das normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva*

## RESUMO

**Objetivo.** Avaliar a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva dos idosos em um município do Nordeste brasileiro. **Metodologia.** Foram coletadas informações socioeconômicas e demográficas dos idosos e sua avaliação acerca da acessibilidade (organizacional, sociocultural e econômica) aos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se instrumento validado que foi adaptado à população de idosos. Foi analisada a associação das variáveis socioeconômicas e demográficas com a avaliação da acessibilidade. **Resultados.** Para a acessibilidade organizacional, idosos das classes econômicas C e D/E apresentaram maior chance de emitir avaliação positiva aos horários de atendimento, e menor chance de avaliação positiva em relação à quantidade de atendimentos por dia e à facilidade em receber medicamentos. As mulheres apresentaram maior chance de avaliar positivamente a consulta com especialistas (acessibilidade econômica). Idosos de 70 a 79 anos mostraram menor chance de avaliação positiva em relação à visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (acessibilidade organizacional). **Conclusão.** A avaliação dos idosos mostra a existência de barreiras, principalmente na acessibilidade organizacional, que ainda persistem para a procura e utilização dos serviços.

**Palavras-chave:** Avaliação de serviços de saúde; Programa Saúde da Família; Saúde do idoso.

## ABSTRACT

**Objective.** To evaluate the accessibility to Family Health Basic Units from the perspective of the elderly in a municipality in Northeastern Brazilian. **Methodology.** Socioeconomic and demographic data were collected, and the accessibility (organizational, socio-cultural and economic) to services offered by the Family Health Strategy was assessed. An instrument validated and adapted for use in the elderly was used. The association of socioeconomic and demographic variables with accessibility was assessed. **Results.** For organizational accessibility, elderly of economic classes C and D/E were more likely to give positive evaluation to service schedules, and less likely to give a positive assessment in relation to the amount of services per day and facility to receive medications. Women were more likely to positively evaluate the consultation with experts (accessibility economic). Elderly aged 70-79 years were less likely to positively evaluate the home visit of the Community Health Agent (organizational accessibility). **Conclusion.** The evaluation of the elderly shows the existence of barriers, especially in organizational accessibility, which still persist regarding the demand and use of health services.

**Keywords:** Evaluation of health services; Family Health Program; Health in the elderly.

## INTRODUÇÃO

O aumento do consumo de serviços de saúde pelos idosos relacionado com o ritmo acelerado do envelhecimento populacional e à frequente associação da longevidade com perdas sociais, afetivas e financeiras, além de condições crônicas de adoecimento, podem acarretar escassez de programas de suporte que atendam às necessidades sociais e de saúde dos idosos<sup>1</sup>. Dessa forma, faz-se necessário valorizar os idosos como sujeitos de direitos, na tentativa de minimizar suas vulnerabilidades, além de planejar a organização dos serviços de saúde para atender às suas demandas, não ocasionar prejuízos à qualidade dos serviços oferecidos e promover o alcance do envelhecimento saudável<sup>1,2</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro assume a responsabilidade de garantir o acesso universal aos serviços de saúde<sup>3</sup>. Entretanto, com as contínuas transformações sociais e epidemiológicas vivenciadas no país, há necessidade constante de mudanças e adequações nas políticas públicas para reorientar os serviços de saúde às demandas da população<sup>4</sup>. O Brasil tem investido principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) com estratégias preventivas e de promoção da saúde. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios do SUS com o objetivo, entre outros, de favorecer o acesso à assistência em saúde<sup>5</sup>. Todavia, mesmo após a implantação da ESF para reestruturar o modelo assistencial, permanece o desafio para as políticas públicas de superar as desigualdades de acesso<sup>6</sup>.

A acessibilidade, que diz respeito à facilidade em utilizar os serviços de saúde<sup>7</sup>, representa o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população<sup>8</sup>. Dessa forma, a acessibilidade constitui uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade dos serviços de saúde, representa uma das principais características da APS<sup>8</sup> e fator da oferta de serviços importante para explicar as variações no uso entre os grupos populacionais<sup>9</sup>.

Portanto, avaliar a acessibilidade representa um pré-requisito da análise dos demais aspectos dos serviços de saúde<sup>10</sup>.

O planejamento das ações de saúde deve garantir a acessibilidade em todas as suas dimensões: geográfica pelo gerenciamento da localização das unidades de saúde; organizacional pela oferta de cuidados adequados às demandas da população; sociocultural pela adequação aos costumes da população assistida; econômica pela isenção de pagamento pelo usuário<sup>6</sup>.

Uma revisão sistemática<sup>11</sup> elencou, entre outros, como aspectos que podem influenciar o acesso (incluindo estudos que trabalham com o termo acessibilidade) e a utilização dos serviços de saúde pela população idosa brasileira, variáveis como o sexo; grupo etário; escolaridade; situação socioeconômica; composição familiar; renda; capacidade funcional; autoavaliação da saúde; necessidades em saúde; suporte social e crenças pessoais. Assim, considerando que o idoso apresenta peculiaridades relacionadas ao processo de envelhecimento físico, psíquico e social, as quais podem gerar alterações em seu estilo de vida<sup>12</sup>, é possível sugerir que os idosos enfrentam importantes barreiras relacionadas à acessibilidade aos serviços de saúde.

A avaliação da acessibilidade com o uso de diferentes abordagens metodológicas é relevante para o conhecimento da realidade local, apontando os aspectos do objeto sobre os quais o sujeito realiza a pesquisa<sup>11</sup>. Ressalta-se, portanto, a importância de avaliar a acessibilidade na perspectiva de melhor qualificar os serviços de saúde, tendo em vista sua complexidade e pluralidade de sua determinação, o que limita seu estudo por uma única perspectiva metodológica.

Assim, visando contribuir para o esclarecimento acerca de fatores socioeconômicos e demográficos que influenciariam a acessibilidade dos idosos aos serviços básicos de saúde, este

estudo objetivou avaliar a acessibilidade às UBSF na perspectiva dos usuários idosos cadastrados em um município do Nordeste brasileiro.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários, o qual constituiu um desdobramento dos resultados de uma pesquisa mais ampla realizada em Campina Grande intitulada “Avaliação multidimensional da saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos”.

Em 2008, o município de Campina Grande possuía população de 381.422 habitantes, com 36.805 idosos, dos quais 23.416 estavam cadastrados nas 63 UBSF, distribuídos nos seis distritos sanitários da cidade, dos quais foi sorteada uma UBSF de cada distrito (Centro, Bela Vista, Palmeira, Catolé, Liberdade e Malvinas).

Incluíram-se no estudo indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Foram excluídos indivíduos que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, e idosos ausentes de Campina Grande por tempo maior que o da pesquisa de campo na UBSF de abrangência do idoso.

A amostra foi calculada estimando-se uma prevalência dos desfechos de, no mínimo, 25%. O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir da seguinte equação:  $\{[E^2 \times p(1-p)] \times c\} / A^2$ . Onde  $E$  é o limite de confiança (1,96),  $c$  é o coeficiente de correlação amostral (2,1), considerando o procedimento por conglomerado, e  $A$  é a precisão aceita (6%) para a prevalência estimada. A amostra de estudo, assim, foi estimada em 420 idosos.

A seleção da amostra considerou os seis distritos sanitários do município, sendo sorteada uma UBSF em cada um deles. Após a seleção das UBSF, realizou-se um levantamento do número de idosos nelas cadastrados. A partir daí foi calculada a proporção de idosos por unidade, em relação ao total das seis unidades, com a qual foi definido o número de idosos amostrais por unidade, conduzindo a amostras proporcionais. Em cada UBSF, procedeu-se ao sorteio sistemático de idosos com a elaboração de uma lista com os nomes de todos os idosos cadastrados. O número a ser saltado, até chegar ao próximo idoso da lista a ser entrevistado, foi definido a partir da razão entre o número total de idosos cadastrados e o número de idosos determinados para serem entrevistados naquela UBSF. Como o cálculo foi proporcional, então o número de saltos na lista foi o mesmo em todas as UBSF.

O trabalho de campo foi realizado no período de agosto de 2009 a julho de 2010. A coleta dos dados foi realizada nos domicílios dos idosos, por três duplas de entrevistadores, devidamente treinados para este fim. Para o caso do idoso que não estivesse em seu domicílio, ficou determinado que fossem realizadas duas visitas de retorno. Diante da ausência do idoso após as visitas de retorno ou da não aceitação do idoso em participar da pesquisa, o mesmo era substituído pelo idoso subsequente, considerando a seleção sistemática e mantendo o tamanho da amostra invariável.

No que se refere a este estudo, foram coletadas informações sobre sexo (feminino, masculino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), nível socioeconômico (A/B, C, D/E), número de residentes no domicílio (sozinho, 2, 3 a 5, 6 ou mais) e a avaliação do idoso acerca da acessibilidade aos serviços oferecidos pela ESF.

O nível socioeconômico (NSE) de cada idoso foi verificado por meio da utilização de um questionário<sup>13</sup> captando por informações sobre o grau de instrução e itens de posse da família.

Cada dado gera uma pontuação cujo somatório corresponde a uma determinada classe econômica (A1, A2, B1, B2, C, D, E). As pontuações e as classes correspondentes foram: A1 (30 a 34 pontos), A2 (25 a 29 pontos), B1 (21 a 24 pontos), B2 (17 a 20 pontos), C (11 a 16 pontos), D (6 a 10 pontos), E (0 a 5 pontos). Para fins estatísticos, a classificação do nível socioeconômico de cada idoso foi redefinida nas seguintes categorias: A/B, C e D/E.

Para a avaliação da acessibilidade às UBSF foram utilizadas 14 perguntas extraídas de um instrumento validado<sup>14</sup> composto por 71 questões dicotômicas, com alternativas de respostas sim e não. O instrumento foi, primeiramente, adaptado para sua aplicação aos idosos, sendo excluídas perguntas que dificultariam direcioná-las às especificidades da realidade do idoso pela utilização de termos abrangentes como “não vale nada”, “não resolve nada”; perguntas não aplicáveis à população idosa; perguntas relacionadas ao atendimento hospitalar, distantes do objetivo do estudo; e perguntas sobre procedimentos específicos e esporádicos, dependentes da demanda. Logo, o instrumento foi submetido à análise fatorial com o objetivo de analisar o seu comportamento, considerando o poder de explicação de cada pergunta em relação ao conjunto<sup>15</sup>, selecionando um total de 19 perguntas.

As perguntas selecionadas por terem maior carga fatorial foram analisadas determinando as frequências de avaliações positivas e negativas, bem como sua categorização por aspecto teórico que avalia (oferta, acessibilidade ou utilização). Para a determinação das frequências, as respostas (sim ou não) dos idosos às perguntas foram classificadas como avaliação positiva ou negativa de acordo com o esperado, a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos. Nota-se que em algumas perguntas, quando o idoso responde sim, na realidade ele está avaliando negativamente o aspecto em questão. Da mesma forma, quando o idoso responde não, a avaliação é positiva.

Neste estudo, foram analisadas as perguntas categorizadas como de acessibilidade, considerada como a capacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades de saúde (facilidade em utilizar os serviços de saúde)<sup>16</sup>. Para a sua análise, foram utilizadas as seguintes dimensões: organizacional (obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde), sociocultural (apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros)<sup>17</sup> e econômica (facilidades e dificuldades na obtenção do atendimento como a forma e custos derivados do deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos)<sup>18</sup>.

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel 7.0*. As análises estatísticas foram obtidas por meio do programa estatístico SPSS 17.0. A análise de associação entre a acessibilidade e o sexo, grupo etário, nível socioeconômico, e número de residentes no domicílio dos idosos foi realizada por meio de regressão logística bivariada, para cálculo dos *odds ratios* (OR) brutos, com intervalo de confiança (IC) de 95%.

O projeto do qual este estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e por ele aprovado (CAAE: 0228.0.133.000-08). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado e assinado em duas vias, ficando uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

## RESULTADOS

Dos 420 idosos selecionados, a maioria era constituída por mulheres (68,1%). Em relação à distribuição dos idosos por grupo etário, houve predomínio entre os idosos com 60 a 69 anos (48,6%), seguidos pelos com 70 a 79 anos (32,4%) e com 80 anos ou mais (19,0%). Em relação ao NSE, 45,8% pertenciam à classe C e 42,1% à D/E. A maioria dos idosos (50,8%) morava em domicílios com 3 a 5 residentes; 24,3% com 2 residentes; 19,2% com 6 ou mais residentes e 5,7% residiam sozinhos.

A partir da análise de associação entre a avaliação da acessibilidade às UBSF e as variáveis socioeconômicas e demográficas, observou-se que o NSE foi a que apresentou maior frequência de associação estatisticamente significativa. Idosos das classes socioeconômicas C e D/E apresentaram menor chance de avaliar positivamente a quantidade de fichas distribuídas para atendimento por dia na ESF, diminuindo em cerca de três vezes essa chance (OR=0,35; IC95% [0,18-0,67] e OR=0,33; IC95% [0,21-0,51]), respectivamente. Apresentaram, ainda, chance 4,54 vezes inferior (OR=0,22; IC95% [0,06-0,76]) e 2,27 vezes inferior (OR=0,44; IC95% [0,25-0,80]) de avaliar positivamente a facilidade em receber medicamentos na ESF, respectivamente para as classes citadas. Houve, ainda, aumento da chance dos idosos das classes C (OR=4,27; IC95% [1,90-9,62]) e D/E (OR=1,61; IC95% [1,05-2,47]) avaliarem positivamente o atendimento em determinado horário na semana (Tabela 1).

Além disso, idosos da classe C (OR=3,14; IC95% [1,39-7,10]) apresentaram mais que o triplo de chance de acreditar que a ESF destina-se ao tratamento curativista, enquanto os da classe D/E (OR=1,90; IC95% [1,20-2,98]) apresentaram quase o dobro de chance de afirmar que a ESF destina-se ao tratamento de doenças já adquiridas; chance 2,69 vezes maior (OR=2,69;

IC95% [1,53-4,75]) de acreditarem que a ESF destina-se ao atendimento de usuários pobres (Tabela 2); e, ainda, chance quase duas vezes inferior (OR=0,53; IC95% [0,33-0,87]) de conhecer os dias da semana em que podem ser atendidos na ESF (Tabela 1). Os idosos da classe C apresentaram chance mais de cinco vezes maior (OR=5,17; IC95% [1,82-14,69]) de não precisar de políticos para receber medicamentos e aproximadamente o dobro de chance (OR=1,99; IC95% [1,06-3,75]) de não deixar de se consultar com especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório (Tabela 3).

Neste estudo, as mulheres idosas, em comparação aos homens, apresentaram quase o dobro de chance (OR=1,76; IC95% [1,14-2,72]) de avaliar positivamente o tempo de espera por exames, afirmando não exceder um mês (Tabela 1). Houve, ainda, entre as mulheres, 1,67 vez mais chance (OR=1,67; IC95% [1,09-2,55]) de não deixar de se consultar com especialista por dificuldade financeira de se deslocar ao consultório (Tabela 3).

Em relação ao grupo etário, observou-se que os idosos com idade entre 70 a 79 anos apresentaram chance mais de duas vezes inferior (OR=0,44; IC95% [0,22-0,89]) de avaliar positivamente a visita do ACS (Tabela 1). Além disso, identificou-se quase o dobro de chance de possuir renda suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais da ESF (OR=1,80; IC95% [1,04-3,11]) (Tabela 3).

Para o número de residentes por domicílio, encontrou-se chance mais de duas vezes inferior (OR=0,47; IC95% [0,26-0,84]) de avaliar positivamente o atendimento em determinados horários durante a semana para os idosos em cujos domicílios residiam 6 ou mais pessoas (Tabela 1). Essa variável também esteve associada à chance quase três vezes menor de desconfiar das informações médicas (Tabela 2). Idosos de domicílios com 2 e aqueles com 6 ou mais residentes apresentaram chance, respectivamente, 3,03 (OR=0,33; IC95% [0,12-0,89]) e

2,27 (OR= 0,44; IC95% [0,26-0,75]) vezes inferior de possuir renda suficiente para realizar os tratamentos indicados pela ESF (Tabela 3).

## **DISCUSSÃO**

A acessibilidade representa o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população<sup>8</sup>. Dessa forma, as características dos idosos analisados neste estudo que aumentaram as chances de avaliar positivamente uma determinada condição da acessibilidade podem ser interpretadas como expressão da adequação das ações da ESF às mesmas.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo revelam o papel da ESF de Campina Grande em relação às iniquidades sociais ao constatar que idosos de menor condição socioeconômica avaliaram mais positivamente a acessibilidade, principalmente as dimensões sociocultural e econômica. Isso indica confiança nos serviços de saúde e adequação à percepção das condições de saúde, do ponto de vista sociocultural, e o alcance da gratuidade e universalidade dos serviços, do ponto de vista econômico. Entretanto, as perguntas relacionadas com a acessibilidade organizacional apresentaram, principalmente, comportamento diferente ao descrito anteriormente, o que indica problemas nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde.

Esse resultado de associação entre NSE e a avaliação dos usuários a respeito da acessibilidade aos serviços da ESF, deve ser interpretado com cautela, pois não houve análise específica da escolaridade, que, para alguns autores, destaca-se como importante preditor de utilização de serviços de saúde, relaciona-se a maior conhecimento e à adoção de

comportamentos saudáveis<sup>19</sup>, bem como se associa à satisfação dos usuários com os serviços de saúde, havendo maior satisfação entre aqueles com menor escolaridade<sup>20, 21</sup>.

A persistência de barreiras no processo de busca e utilização dos serviços de saúde, criando situações de injustiça social, é uma problemática em todo o mundo independente do modelo de desenvolvimento e de atenção à saúde<sup>22-24</sup>. No Brasil, pesquisas têm apontado o favorecimento das classes mais ricas da população no atendimento à saúde<sup>24, 25</sup>, inclusive na população idosa<sup>26, 27</sup>. Contudo, estudos recentes, de âmbito nacional<sup>28, 29</sup> e local<sup>30</sup>, apresentaram evidências do papel promotor da ESF na equidade, ao mostrar maior utilização entre as pessoas de menor nível socioeconômico. Outros estudos<sup>7, 31</sup>, por sua vez, revelaram a problemática anteriormente descrita relacionada com a organização dos serviços.

Assim, adverte-se com essas análises a necessidade de delimitar as dimensões da acessibilidade inoperantes em relação à equidade socioeconômica. No município de Campina Grande, ajustes organizacionais seriam necessários para a garantia da qualidade na APS.

Assim como a condição socioeconômica, a avaliação positiva da dimensão de acessibilidade organizacional esteve associada a aspectos como o sexo, a idade e o número de moradores no domicílio, em relação ao tempo de espera por exames, visita do ACS e horários de atendimento, respectivamente. De fato, a literatura reconhece a complexidade atrelada à avaliação da satisfação aos serviços de saúde, baseada em padrões subjetivos, percepções de ordem cognitiva e afetiva<sup>6</sup>, e a importância das características dos pacientes (condições sociodemográficas, estado de saúde, expectativas) entre seus determinantes<sup>32</sup>.

Entre as mulheres, a autopercepção de saúde mais negativa<sup>28, 33</sup>, maior procura por serviços de saúde<sup>20, 34</sup> e maior número de ações de saúde da mulher na ESF<sup>18, 20, 34</sup> podem resultar em percepções diferentes, quando comparadas com os homens. Neste estudo, essa situação foi

observada na avaliação da adequação do tempo de espera por resultados de exames médicos realizados, condição também constatada como aspecto negativo em outras localidades do país<sup>21, 35-37</sup>.

A continuidade do cuidado e a disponibilidade de atendimento também são dimensões reconhecidas em relação à satisfação que podem apresentar diferenças derivadas da opinião dos usuários<sup>6, 32</sup>. As falhas na continuidade das visitas dos ACS<sup>38, 39</sup> e nos horários de atendimento nas unidades de saúde da família<sup>31, 40</sup>, descritas em outras localidades do Brasil, foram mais percebidas pelos idosos de 70 a 79 anos e residentes em domicílios com seis ou mais pessoas de Campina Grande.

Os obstáculos na utilização dos serviços de saúde referentes à disponibilidade de dinheiro para chegar ao consultório foram constatados, com maior probabilidade, entre os idosos que entre as idosas. Da mesma maneira, referente à disponibilidade de dinheiro para realizar os tratamentos entre os idosos de 70 a 79 anos comparados aos dos demais grupos etários. Esses fatos mostram variações entre grupos sociais e/ou oferta de serviços. Nesse contexto, a promoção da equidade no cuidado à saúde deve preocupar-se com aspectos que diminuam a força da condição econômica, tais como a visão cultural dos homens que associam a busca por serviços de saúde à negação da masculinidade<sup>18, 34</sup> e a estrutura etária que pode afetar particularmente a capacidade de deslocamento às unidades de saúde<sup>41, 42</sup>.

As informações obtidas com este estudo, a partir da percepção de usuários idosos sobre a acessibilidade organizacional, sociocultural e econômica às unidades de saúde da família, mostram-se relevantes ao identificar a importância da ESF na minimização das desigualdades sociais na população idosa e a existência de algumas barreiras organizacionais, principalmente, que ainda persistem, para a procura e utilização dos serviços. O conhecimento dessas barreiras e

suas diferentes conotações segundo características demográficas e socioeconômicas dos usuários são aspectos importantes para o planejamento, aprimoramento e adequação dos serviços de saúde. Entretanto, a interpretação desses resultados deve ser realizada com cautela, pois a ausência de comparação entre grupos controlados por variáveis, tais como sexo, idade, escolaridade, renda, autopercepção de saúde, entre outras, dificulta a mensuração da influência de fatores individuais na avaliação dos serviços de saúde ou mascara a percepção dos usuários.

**Tabela 1.** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade organizacional às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	Demora mais de um mês para sair o resultado de exames encaminhados pelo PSF?		A quantidade de fichas distribuídas por dia no PSF é suficiente para atender a todos?		O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em determinado horário na semana?		O agente de saúde (ACS) visita a sua casa pelo menos uma vez por mês?		O(a) senhor(a) sabe os dias da semana nos quais pode ser atendido no PSF?		No PSF, é fácil receber remédio?	
	AP* (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
<b>Sexo</b>												
Masculino	41,1	1,0	35,8	1,0	37,3	1,0	84,3	1,0	72,4	1,0	81,3	1,0
Feminino	27,5	1,76 (1,14–2,72)	43,5	0,71 (0,46–1,09)	34,5	1,13 (0,73–1,73)	86,7	0,84 (0,46–1,51)	75,6	0,86 (0,53–1,37)	86,4	0,69 (0,40–1,22)
<b>Grupo etário</b>												
60 a 69	30,4	1,0	44,6	1,0	33,8	1,0	89,2	1,0	78,4	1,0	87,2	1,0
70 a 79	32,9	1,27 (0,73–2,21)	38,7	0,74 (0,41–1,21)	36,5	1,17 (0,68–2,01)	85,4	0,44 (0,22–0,89)	72,3	0,60 (0,33–1,07)	81,7	0,75 (0,36–1,55)
80 ou mais	36,2	1,12 (0,62–2,01)	36,2	0,88 (0,49–1,57)	37,5	1,00 (0,56–1,78)	78,7	0,57 (0,27–1,19)	68,7	0,80 (0,04–1,48)	83,7	1,06 (0,50–2,24)
<b>Nível socioeconômico</b>												
A/B	25,5	1,0	51,0	1,0	15,7	1,0	86,3	1,0	68,6	1,0	94,1	1,0
C	31,6	1,52 (0,75–3,08)	52,6	0,35 (0,18–0,67)	33,0	4,27 (1,90–9,62)	88,5	0,84 (0,34–2,05)	81,2	1,06 (0,54–2,08)	89,0	0,22 (0,06–0,76)
D/E	34,3	1,13 (0,73–1,75)	26,9	0,33 (0,21–0,51)	44,3	1,61 (1,05–2,47)	84,1	0,68 (0,37–1,25)	69,9	0,53 (0,33–0,87)	78,4	0,44 (0,25–0,80)
<b>Nº de residentes por domicílio</b>												
Sozinho	33,3	1,0	29,2	1,0	41,7	1,0	83,3	1,0	83,3	1,0	83,3	1,0
2	28,6	1,05 (0,40–2,77)	41,8	1,88 (0,70–5,05)	31,0	0,46 (0,17–1,21)	85,0	1,13 (0,32–3,90)	75,0	0,56 (0,17–1,83)	84,0	0,94 (0,27–3,18)
3 a 5	32,4	1,10 (0,64–1,89)	41,8	1,08 (0,59–1,96)	41,3	0,74 (0,38–1,43)	87,8	1,00 (0,43–2,27)	74,6	0,93 (0,47–1,83)	86,9	0,89 (0,40–1,97)
6 ou mais	34,6	1,32 (0,70–2,48)	44,4	1,08 (0,64–1,82)	24,7	0,47 (0,26–0,84)	85,2	0,78 (0,37–1,64)	72,8	0,95 (0,53–1,71)	82,7	0,71 (0,35–1,43)

AP: avaliação positiva. IC: intervalo de confiança. \*Resposta (sim ou não) atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

**Tabela 2.** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade sociocultural às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	O(a) senhor(a) já desconfiou do que o médico do PSF lhe falou sobre o seu problema de saúde?		O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em que é cadastrado?		O trabalho da equipe do PSF é tratar das doenças que as pessoas já têm?		O PSF foi feito para atender os pobres?		Os profissionais do PSF já lhe atenderam com má vontade?	
	AP* (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
<b>Sexo</b>										
Masculino	92,5	1,0	58,9	1,0	24,6	1,0	19,4	1,0	91,0	1,0
Feminino	94,1	0,81 (0,35–1,90)	62,7	0,86 (0,56–1,32)	29,6	0,77 (0,48–1,24)	15,7	1,29 (0,76–2,21)	88,8	1,35(0,65–2,78)
<b>Grupo etário</b>										
60 a 69	95,6	1,0	63,2	1,0	24,5	1,0	17,6	1,0	91,6	1,0
70 a 79	90,5	0,69 (0,22–2,13)	58,4	0,96 (0,56–1,65)	29,9	1,56 (0,89–2,75)	16,0	0,90 (0,45–1,81)	87,6	0,63 (0,27–1,45)
80 ou mais	93,7	1,34 (0,44–4,01)	62,5	1,16 (0,65–2,04)	33,7	1,15 (0,64–2,08)	16,2	0,98 (0,46–2,09)	87,5	0,88 (0,37–2,07)
<b>Nível socioeconômico</b>										
A/B	96,1	1,0	58,8	1,0	15,7	1,0	11,8	1,0	92,2	1,0
C	94,2	0,55 (0,12–2,57)	62,8	1,11 (0,58–2,09)	23,6	3,14 (1,39–7,10)	11,0	2,50 (1,0–6,25)	90,6	0,66 (0,21–2,03)
D/E	93,2	0,83 (0,35–1,94)	61,4	1,94 (0,61–1,43)	36,9	1,90 (1,20–2,98)	25,0	2,69 (1,53–4,75)	88,6	0,81 (0,41–1,59)
<b>Nº de residentes por domicílio</b>										
Sozinho	95,8	1,0	70,8	1,0	25,0	1,0	12,5	1,0	83,3	1,0
2	94,0	0,32 (0,04–2,85)	61,0	0,85 (0,31–2,31)	27,0	1,21 (0,42–3,43)	18,0	1,23 (0,31–4,79)	84,0	2,46 (0,63–9,59)
3 a 5	95,8	0,50 (0,17–1,48)	58,7	1,32 (0,71–2,46)	29,1	1,09 (0,56–2,10)	17,8	0,80 (0,36–1,78)	92,5	2,34 (0,87–6,31)
6 ou mais	88,9	0,34 (0,13–0,91)	67,9	1,46 (0,85–2,51)	28,4	0,98 (0,55–1,73)	14,8	0,81 (0,40–1,64)	92,6	1,00 (0,37–2,65)

AP: avaliação positiva. IC: intervalo de confiança. \*Resposta (sim ou não) atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

**Tabela 3.** Associação entre a avaliação dos idosos quanto à acessibilidade econômica às Unidades Básicas de Saúde da Família e as características demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	Mesmo com o PSF, você ainda precisa de políticos para receber remédios?		O (a) senhor(a) já deixou de se consultar com um especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório?		Sua renda foi suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais do PSF?	
	AP* (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)	AP (%)	OR (IC95%)
<b>Sexo</b>						
Masculino	92,5	1,0	64,9	1,0	56,7	1,0
Feminino	92,3	1,04 (0,46–2,35)	52,6	1,67 (1,09–2,55)	56,8	0,93 (0,61–1,41)
<b>Grupo etário</b>						
60 a 69	93,6	1,0	56,3	1,0	52,4	1,0
70 a 79	91,9	0,70 (0,26–1,82)	56,9	1,01 (0,60–1,70)	57,6	1,80 (1,04–3,11)
80 ou mais	90	0,74 (0,26–2,07)	57,5	0,98 (0,56–1,71)	67,5	1,43 (0,80–2,57)
<b>Nível Socioeconômico</b>						
A/B	82,4	1,0	43,1	1,0	54,0	1,0
C	93,2	5,17 (1,82–14,69)	56,0	1,99 (1,06–3,75)	56,6	1,25 (0,66–2,36)
D/E	96,0	1,77 (0,69–4,55)	60,2	1,18 (0,78–1,80)	59,5	1,12 (0,74–1,71)
<b>Número de residentes por domicílio</b>						
Sozinho	95,8	1,0	58,3	1,0	69,6	1,0
2	96,0	0,34 (0,04–2,85)	59,0	0,71 (0,28–1,76)	54,1	0,33 (0,12–0,89)
3 a 5	93,0	0,33 (0,09–1,12)	57,3	0,69 (0,38–1,25)	63,0	0,64 (0,35–1,16)
6 ou mais	89,9	0,59 (0,25–1,42)	49,4	0,74 (0,44–1,24)	48,8	0,44 (0,26–0,75)

AP: avaliação positiva. IC: intervalo de confiança. \*Resposta (sim ou não) atendeu ao esperado a partir das diretrizes da ESF em relação aos serviços a serem oferecidos.

## REFERÊNCIAS

1. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enferm* 2011; 16(1):22-8.
2. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Successful aging and health vulnerability: approaches and perspective. *Interface comun. saude educ* 2010; 14(35):867-77.
3. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
4. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(2):279-84.
5. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):319-25.
6. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR, et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis* 2011; 21(3):1061-76.
7. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):725-37.
8. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Netto AR, et al. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1121-7.
9. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl 2):S190-8.
10. Formigli VLA, Costa COM, Porto LA. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cad Saude Publica* 2000; 16(3):831-41.
11. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1665-75.
12. Freitas SL, Aliny C, Albuquerque IMN, Gifoni DP, Santiago AX, Silva MJ. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, Sobral – CE. *Saude Coletiva* 2010; 07(43):200-5.
13. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo; 1999.

14. Marcelino MQS. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos* [Tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2010.
15. Figueredo Filho DB, Silva Jr JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin publica* 2010; 16(1):160-85.
16. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd* 1990; 114:1115-8.
17. Figueroa Pedraza D, Costa GMC. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Enferm glob*. No prelo 2014.
18. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-75.
19. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-404.
20. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-14.
21. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM; Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
22. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG; Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3047-56.
23. Travassos C, Castro MSM. *Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde*. In: Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 215-43.
24. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):975-86.
25. Palermo PU. *Um Estudo sobre a Desigualdade no Acesso à Saúde na Região Sul* [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
26. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Cien Saude Colet* 2006; 11(4): 941-50.

27. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl):100-7.
28. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008/IBGE. *Coordenação de Trabalho e Rendimento*; 2010.
29. Channon AA, Andrade MV, Noronha K, Leone T, Dilip TR. Inpatient care of the elderly in Brazil and India: Assessing social inequalities. *Soc Sci Med* 2012; 75:2394-402.
30. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):595-603.
31. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2):164-76.
32. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1267-76.
33. Silva RJ S, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1):49-62.
34. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev eletrônica enferm* 2008; 10(2):299-309.
35. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2903-12.
36. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Medeiros ACU, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):100-10.
37. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl 1):569-78.
38. Ferraz L, Aertz DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-55.
39. Sossai LCF, Pinto IC, Mello DF. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. *Cienc. cuid. saude* 2010; 9(2):228-37.

40. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11:683-703.
41. Mendoza-Sassi R, Beira JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):819-32.
42. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11(33):1-8.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram avaliar a ESF na perspectiva dos idosos, identificando aspectos insatisfatórios dos serviços oferecidos que, em sua maioria, são semelhantes aos resultados encontrados em outras regiões do Brasil. Isto pode indicar problemas na gestão do SUS, com dificuldades na consolidação da APS em conformidade com suas diretrizes e normatizações.

As avaliações negativas dos idosos neste estudo mostraram insuficiente contribuição da ESF em favorecer a acessibilidade aos serviços de saúde. A identificação da satisfação dos usuários, mesmo diante de elevadas proporções de avaliações negativas à ESF, reflete a complexidade do estudo da satisfação e a influência de aspectos subjetivos na sua determinação.

Dessa forma, sugere-se o desenvolvimento de estudos avaliativos da ESF, na perspectiva dos idosos, para identificar aspectos específicos que orientem o planejamento de políticas e ações de saúde a eles direcionadas, bem como a alocação dos investimentos e recursos para suas necessidades prioritárias em saúde.

Torna-se relevante, ainda, a capacitação dos profissionais atuantes no SUS, por meio da incorporação, em sua formação, de componentes curriculares sobre a assistência ao idoso, com o intuito de desenvolver competências e habilidades para atender às especificidades desses indivíduos e que contribuam na qualidade ao cuidado.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ed. Brasília: Unesco; 2002.
2. Araújo MRN, Sampaio LC, Carneiro MLM, Sena RR. Saúde da Família: cuidado no domicílio. *Rev Bras Enferm* 2000;(53):117-22.
3. Correia ADMS, Geniole LAI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA. *Princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família*. FIOCRUZ; 2010:103-179.
4. Portaria n 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
5. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. serv. saude* 2004; 13(1):15-24.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2005.
7. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Szwarcwald CL, Souza Jr PRB. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1849-61.
8. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-11.
9. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saude Publica* 1994; 10:80-91.
10. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface comun. saude educ* 2006; 10(19):25-41.
11. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev bras. saude matern. infant* 2005; 5(Supl 1):63-9.
12. Serapioni M, Silva MGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4315-26.
13. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):23-34.

14. Facchini LA, Piccini RX, TE, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-81.
15. Krug SBF, Lenz FL, Weigelt LD, Assunção AN. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos contextos* 2010; 9(1):77-88.
16. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2145-54.
17. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaucha Enferm* 2011; 32(2):345-51.
18. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd* 1990; 114:1115-8.
19. Figueroa Pedraza D. Epidemiologia e avaliação de serviços de saúde. *Rev bras. promoc. saude* 2011; 24(2):151-8.
20. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev bras. saude matern. infant* 2010; 10(Supl 1):S69-81.
21. Santos I, Victora CG. Serviços de saúde: Epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl 2):337-41.
22. Coimbra VCC, Oliveira MM, Kantorski LP, Heck RM, Jardim VMR, Ceolin T. Avaliação da estrutura – processo de acesso de usuários a uma Unidade de Saúde da Família. *Rev pesqui. cuid. fundam* 2010; 2(3):1095-107.
23. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Medeiros ACU, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):100-10.
24. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl 1):569-78.
25. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45(12):1824-43.
26. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):599-03.

27. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(3):148-56.
28. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev baiana de saude publica* 2007; 31(2):256-66.
29. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC, Soares US, Oliveira EM, Alves PF. Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade. *Rev enferm. saude* 2011; 1(1):14-23.
30. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl 1):1347-57.
31. Machado NP; Nogueira LP. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter* 2008; 12(5):401-08.
32. Araújo KMB, Dias LD, Lucena EMF, Brito GEG. Utilização e Avaliação de Serviços da Estratégia Saúde da Família por Idosos de João Pessoa – PB. *Rev bras. cien. saude* 2011; 15(4):385-92.
33. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1849-61.
34. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR, Rocha NSP. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis* 2011; 21(3):1061-76.
35. Freitas SL, Aliny C, Albuquerque IMN, Gifoni DP, Santiago AX, Silva MJ. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, Sobral – CE. *Saude Coletiva* 2010; 07(43):200-5.
36. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1267-76.
37. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(10):2267-78.
38. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, Campos MTFS. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Med. Minas Gerais* 2010; 20(1):5-15.

39. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):725-37.
40. Maia CS, Freitas DRC, Guilhem D, Azevedo AF. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2567-74.
41. Siqueira F, Gaudard AMYS. Acesso aos serviços de Farmácia em Atenção Básica na SES-DF. *Comun. cienc. saude* 2009; 20(3):211-18.
42. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-75.
43. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl 2):S190-8.
44. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health serv. res* 1974; 9(3):208-20.
45. Penchansky R, Thomas WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19(2):127-40.
46. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev Saude Publica* 2012; 46(6):1007-13.
47. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260-8.
48. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11); 2903-12.
49. Figueroa Pedraza D, Costa GMC. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Enferm glob.* No prelo 2014.
50. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-04.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2006.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2ª ed. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2011.

53. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. [acessado em 2012 Fev 21] Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/default\\_caracteristicas\\_da\\_populacao.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm).
54. Banco Mundial. *Envelhecendo em um Brasil mais velho*. USA; 2011.
55. Brito F. *A reinvenção da transição demográfica: envelhecer antes de enriquecer?* Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR; 2010.
56. Schmid MIT, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Série Saúde no Brasil* 4. *Lancet* 2011; 61-74.
57. Goulart, F. A. A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. *OPAS/OMS*; 2011.
58. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):548-54.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2011.
60. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol Estud* 2009; 14(1):3-10.
61. Souza LM, Morais EP, Barth QCM. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14(6):901-06.
62. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):774-81.
63. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enferm* 2011; 16(1):22-8.
64. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Successful aging and health vulnerability: approaches and perspective. *Interface comun. saude educ* 2010; 14(35):867-77.
65. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EMorais, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):581-89.

66. Pena MM. *Análise do grau de satisfação de usuários de um Hospital Universitário privado: uma abordagem multisetorial* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
67. Matumoto S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde* [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
68. Nery AA. *Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução* [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
69. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo; 1999.
70. Marcelino, MQS. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos* [Tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2010.
71. Figueredo Filho DB, Silva Jr JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin publica* 2010; 16(1):160-85.
72. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. 5ª ed. Bookman; 1998.
73. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.

## ANEXO A

### Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários

A seguir o(a) senhor(a) responderá uma lista com perguntas sobre o que o(a) senhor(a) pensa sobre o PSF e sobre a sua utilização dos serviços oferecidos neste programa. Para cada uma delas, pedimos que indique SIM, se o(a) senhor(a) já utilizou o serviço ou concorda com o conteúdo da questão; NÃO se o(a) senhor(a) não utilizou o serviço ou discorda do conteúdo da questão. Lembramos que não existem respostas certas nem erradas e as mesmas serão analisadas de modo que as pessoas que responderam não sejam identificadas. A sua colaboração é muito importante para nós.

Nº	ITENS	SIM	NÃO
1	Demora mais de um mês para sair o resultado de exames encaminhados pelo PSF?		
2	Se o(a) senhor(a) tivesse um plano de saúde, ainda iria ao PSF?		
3	O PSF atrapalha a ida ao médico especialista?		
4	A quantidade de fichas distribuídas por dia no PSF é suficiente para atender a todos?		
5	Para conseguir atendimento em um hospital, o médico do PSF tem que falar com algum conhecido dele que trabalhe no hospital?		
6	A equipe do PSF se preocupa com a saúde da sua família?		
7	As pessoas conseguem fazer exames nos lugares para onde o PSF as encaminha?		
8	Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram vacinadas no PSF?		
9	Mesmo com o PSF, você ainda precisa de políticos para receber remédios?		
10	O(a) senhor(a) vai ao PSF para não precisar ir ao hospital?		
11	O(a) senhor(a) já assistiu a palestras dadas pelos profissionais do PSF?		
12	O(a) senhor(a) já deixou de se consultar com um especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório?		
13	No PSF tem os remédios que você precisa?		
14	Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram avaliadas em relação ao peso		

	e altura no PSF?		
<b>15</b>	Do ano passado pra cá, o(a) senhor(a) já foi direto para o hospital sem ter sido encaminhado pelo PSF?		
<b>16</b>	O(a) senhor(a) já recebeu orientações da equipe do PSF sobre como prevenir doenças nos dentes?		
<b>17</b>	Os idosos que o(a) senhor(a) conhece recebem atenção especial no PSF?		
<b>18</b>	Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já ficaram sem vacina no PSF?		
<b>19</b>	O(a) senhor(a) já teve que esperar mais de uma hora para ser atendido no PSF?		
<b>20</b>	O(a) senhor(a) já encontrou o PSF do seu bairro fechado durante a semana (dias úteis)?		
<b>21</b>	Sua renda foi suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais do PSF?		
<b>22</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já foi encaminhado pelo médico do PSF para fazer exames?		
<b>23</b>	Os profissionais do PSF têm consideração pelo(a) senhor(a)?		
<b>24</b>	O(a) senhor(a) já se consultou com o médico no PSF?		
<b>25</b>	Na consulta, o médico do PSF perguntou sobre outras coisas da sua vida?		
<b>26</b>	No PSF é mais fácil para o(a) senhor(a) conseguir atendimento?		
<b>27</b>	Os profissionais do PSF lhe oferecem ajuda quando o(a) senhor(a) precisa?		
<b>28</b>	Os profissionais do PSF lhe escutam com atenção durante o atendimento?		
<b>29</b>	O(a) senhor(a) já deixou de ser atendido no PSF por falta de material?		
<b>30</b>	Todas as vezes que o(a) senhor(a) necessitou, foi atendido no PSF?		
<b>31</b>	O PSF não resolve nada?		
<b>32</b>	O(a) senhor(a) entende as orientações que os profissionais da ESF lhe dão?		
<b>33</b>	No PSF, o encaminhamento para o médico especialista é organizado?		
<b>34</b>	O(a) senhor(a) já teve que interromper um tratamento porque não conseguiu		

	marcar o retorno para o especialista a tempo?		
<b>35</b>	O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em determinado horário na semana?		
<b>36</b>	O(a) senhor(a) já deixou de fazer uma consulta/tratamento no PSF porque não podia deixar o trabalho?		
<b>37</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já fez curativo no PSF?		
<b>38</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já obturou dente no PSF?		
<b>39</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já teve que acordar de madrugada para garantir o atendimento na USF?		
<b>40</b>	Com o PSF ficou mais fácil para o(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) fazer exames clínicos?		
<b>41</b>	O PSF oferece acompanhamento/atendimento adequado para os seus problemas de saúde?		
<b>42</b>	Os remédios que distribuem no PSF não servem de nada?		
<b>43</b>	Os doentes crônicos (por exemplo, hipertensos, diabéticos) que o(a) senhor(a) conhece recebem atenção especial no PSF?		
<b>44</b>	O(a) senhor(a) já desconfiou do que o médico do PSF lhe falou sobre o seu problema de saúde?		
<b>45</b>	O horário de funcionamento do PSF é suficiente para que todas as pessoas da comunidade sejam atendidas?		
<b>46</b>	A consulta no PSF não vale nada?		
<b>47</b>	O agente de saúde (ACS) visita a sua casa pelo menos uma vez por mês?		
<b>48</b>	Com o PSF, o(a) senhor(a) ainda precisa ficar em filas de hospitais?		
<b>49</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) vai ao PSF mesmo quando não está doente?		
<b>50</b>	Os profissionais do PSF procuram entender os seus problemas?		
<b>51</b>	O(a) senhor(a) confia nos profissionais do PSF?		
<b>52</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já foi encaminhado pelo PSF para o		

	médico especialista (cardiologista, otorrinolaringologista, ginecologista, urologista, etc)?		
<b>53</b>	O(a) senhor(a) sabe os dias da semana nos quais pode ser atendido no PSF?		
<b>54</b>	Todas as vezes que o(a) senhor(a) procurou, recebeu informações sobre o atendimento no PSF?		
<b>55</b>	O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em que é cadastrado?		
<b>56</b>	O trabalho da equipe do PSF é tratar das doenças que as pessoas já têm?		
<b>57</b>	O PSF foi feito para atender os pobres?		
<b>58</b>	Com o PSF, O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) recebe atendimento em casa?		
<b>59</b>	Para um morador novo, é difícil localizar a unidade do PSF do seu bairro?		
<b>60</b>	Quando o(a) senhor(a) precisa de atendimento hospitalar, precisa falar com o prefeito(político)?		
<b>61</b>	Com o PSF seus gastos com saúde diminuiram?		
<b>62</b>	Quando o PSF encaminha para um médico especialista, a consulta é marcada para mais de um mês depois?		
<b>63</b>	É fácil conseguir consulta para o médico especialista (cardiologista, ginecologista)?		
<b>64</b>	O hospital resolve melhor seu problema de saúde do que o PSF?		
<b>65</b>	No PSF, é fácil receber remédio?		
<b>66</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já arrancou dente no PSF?		
<b>67</b>	Os profissionais do PSF já lhe atenderam com má vontade?		
<b>68</b>	O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já deixou de ser atendido no PSF porque o equipamento estava quebrado?		
<b>69</b>	Para conseguir vaga em um hospital, o(a) senhor(a) tem que aguardar o encaminhamento do PSF?		
<b>70</b>	Os profissionais do PSF atendem seus parentes e amigos melhor do que as outras pessoas?		

<b>71</b>	Os profissionais da ESF reservam medicamentos para seus parentes e amigos?		
<b>72</b>	Se o(a) senhor(a) pudesse dar uma nota para o PSF, qual nota o(a) senhor(a) daria?		
<b>0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</b>			

**ANEXO B**

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

**Andamento do projeto - CAAE - 0228.0.133.000-08**

**Título do Projeto de Pesquisa**  
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB E GRAU DE SATISFAÇÃO ACERCA DOS SERVIÇOS OPERECIDOS

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	09/07/2008 09:27:07	20/08/2008 14:45:35		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	09/07/2008 09:27:07	Folha de Rosto	0228.0.133.000-08	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	02/07/2008 21:52:51	Folha de Rosto	FR205237	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	20/08/2008 14:45:35	Folha de Rosto	0228.0.133.000-08	CEP

**Voltar**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

*D.P. Araújo*  
Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

## ANEXO C

### Comprovante de submissão dos artigos à revista científica *Ciência & Saúde Coletiva*



Prezado(a) **Amanda Manuella Dantas Nobre**

Informamos que o Artigo / Tema Livre abaixo foi submetido a *Ciência & Saúde Coletiva*, constando sua participação como autor.

Artigo: **2054/2013 - AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS EM CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,  
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ  
(21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.  
[Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.](#)



Prezado(a) **Amanda Manuella Dantas Nobre**

Informamos que o Artigo / Tema Livre abaixo foi submetido a *Ciência & Saúde Coletiva*, constando sua participação como autor.

Artigo: **2055/2013 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE IDOSOS**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,  
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ  
(21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.  
[Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.](#)

# APÊNDICE A

## FORMULÁRIO

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ UBSF: \_\_\_\_\_

Entrevistadores: \_\_\_\_\_

### 1. Dados pessoais:

Sexo M F

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas residem no domicílio? (incluindo empregado fixo) \_\_\_\_\_

### Dados socioeconômicos

Qual o grau de instrução do(a) Sr.(Sra.)?					
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Até 3ª série fundamental				0
Primário completo/Ginasial incompleto	Até 4ª série fundamental				1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo				2
Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo				4
Superior completo	Superior completo				8
Qual a quantidade dos seguintes itens há no domicílio?	Critério (ABIPEME)				
	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9

Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

### **Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários**

A seguir o(a) senhor(a) responderá uma lista com perguntas sobre o que o(a) senhor(a) pensa sobre o PSF e sobre a sua utilização dos serviços oferecidos neste programa. Para cada uma delas, pedimos que indique SIM, se o(a) senhor(a) já utilizou o serviço ou concorda com o conteúdo da questão; NÃO se o(a) senhor(a) não utilizou o serviço ou discorda do conteúdo da questão. Lembramos que não existem respostas certas nem erradas e as mesmas serão analisadas de modo que as pessoas que responderam não sejam identificadas. A sua colaboração é muito importante para nós.

<b>PERGUNTAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Demora mais de um mês para sair o resultado de exames encaminhados pelo PSF?		
Se o(a) senhor(a) tivesse um plano de saúde, ainda iria ao PSF?		
O PSF atrapalha a ida ao médico especialista?		
A quantidade de fichas distribuídas por dia no PSF é suficiente para atender a todos?		
Para conseguir atendimento em um hospital, o médico do PSF tem que falar com algum conhecido dele que trabalhe no hospital?		
A equipe do PSF se preocupa com a saúde da sua família?		
As pessoas conseguem fazer exames nos lugares para onde o PSF as encaminha?		
Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram vacinadas no PSF?		
Mesmo com o PSF, você ainda precisa de políticos para receber remédios?		
O(a) senhor(a) vai ao PSF para não precisar ir ao hospital?		

O(a) senhor(a) já assistiu a palestras dadas pelos profissionais do PSF?		
O(a) senhor(a) já deixou de se consultar com um especialista por não ter dinheiro para chegar ao consultório?		
No PSF tem os remédios que você precisa?		
Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já foram avaliadas em relação ao peso e altura no PSF?		
Do ano passado pra cá, o(a) senhor(a) já foi direto para o hospital sem ter sido encaminhado pelo PSF?		
O(a) senhor(a) já recebeu orientações da equipe do PSF sobre como prevenir doenças nos dentes?		
Os idosos que o(a) senhor(a) conhece recebem atenção especial no PSF?		
Suas crianças (filhos, netos, sobrinhos) já ficaram sem vacina no PSF?		
O(a) senhor(a) já teve que esperar mais de uma hora para ser atendido no PSF?		
O(a) senhor(a) já encontrou o PSF do seu bairro fechado durante a semana (dias úteis)?		
Sua renda foi suficiente para realizar os tratamentos indicados pelos profissionais do PSF?		
O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já foi encaminhado pelo médico do PSF para fazer exames?		
Os profissionais do PSF têm consideração pelo(a) senhor(a)?		
Os profissionais do PSF lhe escutam com atenção durante o atendimento?		
O(a) senhor(a) já deixou de ser atendido no PSF por falta de material?		
Todas as vezes que o(a) senhor(a) necessitou, foi atendido no PSF?		
O(a) senhor(a) entende as orientações que os profissionais da ESF lhe dão?		
No PSF, o encaminhamento para o médico especialista é organizado?		
O(a) senhor(a) já teve que interromper um tratamento porque não conseguiu marcar o retorno para o especialista a tempo?		
O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em determinado horário na semana?		
O(a) senhor(a) já deixou de fazer uma consulta/tratamento no PSF porque não podia deixar o trabalho?		

O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já teve que acordar de madrugada para garantir o atendimento na USF?		
Com o PSF ficou mais fácil para o(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) fazer exames clínicos?		
O PSF oferece acompanhamento/atendimento adequado para os seus problemas de saúde?		
Os doentes crônicos (por exemplo, hipertensos, diabéticos) que o(a) senhor(a) conhece recebem atenção especial no PSF?		
O(a) senhor(a) já desconfiou do que o médico do PSF lhe falou sobre o seu problema de saúde?		
O horário de funcionamento do PSF é suficiente para que todas as pessoas da comunidade sejam atendidas?		
O agente de saúde (ACS) visita a sua casa pelo menos uma vez por mês?		
O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) vai ao PSF mesmo quando não está doente?		
Os profissionais do PSF procuram entender os seus problemas?		
O(a) senhor(a) confia nos profissionais do PSF?		
O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já foi encaminhado pelo PSF para o médico especialista (cardiologista, otorrinolarigologista, ginecologista, urologista, etc)?		
O(a) senhor(a) sabe os dias da semana nos quais pode ser atendido no PSF?		
Todas as vezes que o(a) senhor(a) procurou, recebeu informações sobre o atendimento no PSF?		
O(a) senhor(a) só pode ser atendido no PSF em que é cadastrado?		
O trabalho da equipe do PSF é tratar das doenças que as pessoas já têm?		
O PSF foi feito para atender os pobres?		
Com o PSF, O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) recebe atendimento em casa?		
Para um morador novo, é difícil localizar a unidade do PSF do seu bairro?		
Com o PSF seus gastos com saúde diminuíram?		
Quando o PSF encaminha para um médico especialista, a consulta é marcada para mais de um mês depois?		
É fácil conseguir consulta para o médico especialista (cardiologista, ginecologista)?		

Os profissionais do PSF já lhe atenderam com má vontade?		
O(a) senhor(a) (algum parente ou vizinho) já deixou de ser atendido no PSF porque o equipamento estava quebrado?		
Para conseguir vaga em um hospital, o(a) senhor(a) tem que aguardar o encaminhamento do PSF?		
Se o(a) senhor(a) pudesse dar uma nota para o PSF, qual nota o(a) senhor(a) daria?		

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ aceito livremente participar do estudo intitulado "Avaliação multidimensional da saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande/PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos" sob responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tarciana Nobre de Menezes.

**Propósito do Estudo:** Avaliar o idoso de Campina Grande atendido pela Estratégia de Saúde da Família em seus aspectos bio-psico-sociais.

**Participação:** Ao concordar em participar, deverei estar à disposição para responder a algumas perguntas referentes a dados demográficos, sócio-econômicos, situação de saúde e psico-cognitivos, utilização de medicamentos, hábitos de vida, redes de apoio social e grau de satisfação quanto aos serviços oferecidos pela estratégia. Além disso, permitirei a aferição da minha pressão arterial e das seguintes variáveis antropométricas: peso, estatura, dobra cutânea tricótipal (DCT) e dobra cutânea subescapular (DCS), perímetro do braço (PB), perímetro da cintura (PC), perímetro do quadril (PQ), perímetro do abdome (PA), perímetro da panturrilha (PP) e altura do joelho, bem como a realização de testes de capacidade funcional, avaliação da saúde bucal e coleta de sangue.

**Riscos:** Este estudo não trará risco para minha integridade física ou moral.

**Benefícios:** As informações obtidas com esse estudo poderão ser úteis cientificamente e de ajuda para os idosos.

**Privacidade:** A identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os dados científicos resultantes do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e publicados em revistas científicas. Minha participação é, portanto, voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer consequência para mim.

**Dúvidas e/ou reclamações:** Em caso de dúvidas e/ou reclamações entrar em contato com Tarciana Nobre de Menezes (33153415).

Campina Grande, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

-----  
Assinatura do participante do estudo  
ou impressão dactiloscópica

-----  
Assinatura do pesquisador