

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

Dixis Figueroa Pedraza¹, Amanda Manuella Dantas Nobre², Tarciana Nobre de Menezes³

RESUMO

Objetivos: avaliar a Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos, no município de Campina Grande, Paraíba. **Métodos:** estudo transversal, de base domiciliar. Os dados foram coletados por meio 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; Estratégia Saúde da Família; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the Family Health Strategy from the perspective of the elderly in Campina Grande, Paraíba. **Methods:** this is a cross-sectional home-based study. Data were collected through a questionnaire that was validated and adapted for use with the elderly, with questions regarding the supply, accessibility, use, and satisfaction of the elderly regarding the health services offered. The association between satisfaction and the demographic and socioeconomic characteristics of the elderly was verified. **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 appointments per day, and service schedules), socio-cultural (knowledge about the functioning and focus of the Family Health Strategy), and economic (sufficient income for consultations with specialists and indicated treatments). Elderly women, in the 70-79 year age group and socioeconomic class C, were more satisfied. There was no statistical association. **Conclusion:** the evaluation of the elderly shows important problems related to lack of knowledge on the functioning and focus of the Family Health Strategy, as well as limitations in organizational accessibility.

KEYWORDS: Evaluation of Health Services; Family Health Strategy; Health in the Elderly.

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Professor Doutor. E-mail: dixisfigueroa@gmail.com.

² Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Mestranda.

³ Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Professor Doutor.

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.¹ De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos no Brasil que era 4,8%, em 1991, aumentou para 7,4%, em 2010.²

O processo de envelhecimento traz consigo maiores índices de morbidade, de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de incapacidade, que podem afetar a autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos idosos. Por serem problemas de longa duração, os agravos que acometem a população idosa fazem desse grupo o principal usuário dos serviços de saúde, podendo destacar as DCNT e suas consequências indesejáveis.³

À medida que a população envelhece, a carga de DCNT aumenta em todo o mundo.⁴ No Brasil, essa situação foi mostrada nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).⁵ No mundo, duas em cada três mortes ao ano são atribuídas 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.⁴ Portanto, torna-se relevante a redução do impacto dessas doenças na população idosa, visando prevenir a dependência e melhorar a qualidade de vida.⁶

Nesse sentido, a atenção integral à saúde do idoso, regulamentada no SUS, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), institui a importância do atendimento das demandas em saúde desse grupo populacional, de forma a preservar sua capacidade funcional e autonomia por meio de ações multidimensionais, individuais e coletivas, preventivas e de educação em saúde.⁷ Assim, a saúde do idoso é considerada área estratégica da atenção básica que tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF), política estruturante do SUS, o nível assistencial preferencial de acesso ao cuidado do idoso.⁸ Entretanto, estudos têm mostrado que muitos profissionais atuantes na ESF não têm capacitação específica para prestar assistência aos idosos e desconhecem a PNSPI.^{3,8-10} Ainda, evidências mostram problemas relacionados com o uso e o acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção para atender à demanda dos idosos.¹¹

Nesse contexto, a avaliação da qualidade dos serviços é essencial para o direcionamento das políticas, bem como para fornecer subsídios aos gestores, profissionais e usuários, a fim de que o cuidado aos idosos seja aprimorado e

possa contribuir com a integralidade das ações em saúde.¹² No processo de avaliação, a percepção dos usuários e dos profissionais pode ser o primeiro passo na compreensão das ações, que devem ser conduzidas para a melhoria do serviço de saúde, destacando-se a importância da perspectiva dos usuários ao emitir os critérios de desempenho, que guardam relação com as expectativas do consumidor.^{13,14} Na percepção dos usuários, a satisfação destaca-se por ser uma ferramenta para a participação popular, fomentar a institucionalização da avaliação, apoiar as decisões de reorganização dos serviços e destacar vários aspectos dos cuidados de saúde como acesso, infraestrutura e interação usuário-profissional. Em termos da assistência, relaciona-se à adesão terapêutica e com os resultados dos cuidados em saúde.¹⁴

Assim, visando contribuir para o conhecimento nessa área, este estudo objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos idosos, no município de Campina Grande, Paraíba.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

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 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 sani-

tários 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 seguinte 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. Em caso 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,¹⁵ 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.¹⁶ 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 disso-

ciadas 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 foi composto por 55 perguntas. Nota-se que em algumas perguntas, com respostas positivas, na realidade, o idoso estava avaliando negativamente o aspecto em questão. Da mesma forma, as respostas negativas referiam-se a avaliações positivas. 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 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 fatorial¹⁷ para verificar a dimensionalidade do instrumento, com extração dos fatores pelo método dos componentes principais, baseada no critério de rotação *varimax*. 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 adequação 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.¹⁷

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.¹⁷ 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, tipo e quantidade de serviços e recursos destinados à atenção.¹⁸ Considerou-se acessibilidade a capacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades de saúde dos usuários (facilidade em utilizar os serviços de saúde),¹⁹ compreendendo 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)²⁰ e econômica (facilidades e dificuldades na obtenção do atendimento como a forma e os custos derivados do deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos).¹⁸ A utilização dos serviços de saúde foi entendida como expressão positiva do acesso, influenciada, também, por fatores individuais.¹⁸

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 disso, 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.

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

Item	Carga fatorial
Mesmo com o PSF, você ainda precisa de políticos 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 de 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) (algun 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.¹⁶

Fonte: dados da pesquisa.

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 organi-

zacional, 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 aten-

dimento nas UBSF, e a insuficiência no número de atendimentos realizados por dia, para atender à 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 indica-

ram 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.

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 [†] (%)	Avaliação Negativa [§] (%)	Não Respondeu (%)
OFERTA			
O PSF oferece acompanhamento/atendimento adequado para os seus problemas de saúde?	65,2	34,1	0,7
No PSF tem os remédios de que você precisa?	53,4	45,0	1,6
ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL			
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
ACESSIBILIDADE SOCIOCULTURAL			
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

PERGUNTA	Avaliação Positiva [†] (%)	Avaliação Negativa [§] (%)	Não Respondeu (%)
Os profissionais do PSF já lhe atenderam com má vontade?	89,5	10,0	0,5
ACESSIBILIDADE ECONÔMICA			
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
UTILIZAÇÃO			
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,¹⁶ †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.

Fonte: dados da pesquisa.

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).

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.

Variáveis	Satisfeito (%)	Não satisfeito (%)	P
Sexo			0,221
Feminino	77,1	22,9	
Masculino	73,1	26,9	
Grupo etário			0,892
60-69	75,0	25,0	
70-79	77,3	22,7	

Variáveis	Satisfeito (%)	Não satisfeito (%)	P
Grupo etário			0,892
80 ou mais	75,6	24,4	
Nível socioeconômico			0,073
A/B	71,1	28,9	
C	81,1	18,9	
D/E	72,5	27,5	

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Ações planejadas, a partir das expectativas e das necessidades dos usuários apresentam potencial para a qualificação da assistência à saúde.²¹ 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 nos conceitos de disponibilidade e oferta dos serviços.¹⁸ Entretanto, uma parcela considerável dos idosos deste estudo manifestou apreciação contrária, constatada similarmente em estudo anterior entre profissionais da ESF de três municípios do Rio de Janeiro, que destacaram o atendimento priorizado nas ações programáticas em detrimento de abordagens baseadas nos problemas de saúde da população idosa.¹⁰

No caso específico da oferta de medicamentos, a indisponibilidade verificada por idosos deste estudo converge com resultados de âmbito nacional.²² 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.²³ A indisponibilidade de medicamentos sugere baixa qualidade e resolutividade dos serviços de saúde, além de falhas da assistência farmacêutica na atenção básica que é fundamentada no acesso e no uso racional de medicamentos.²⁴ Isso impõe obstáculos à integralidade da assistência, tendo em vista a suscetibilidade do idoso ao acometimento por DCNT, além de poder comprometer sua renda pela necessidade de adquirir medicamentos prescritos com falhas na oferta gratuita.²⁵

Os problemas constatados, neste estudo, relacionados

ao número reduzido de atendimentos e ao longo tempo de espera para atendimento e para a realização de exames vêm sendo apontados nas pesquisas como motivos relevantes de insatisfação dos usuários do SUS, inclusive entre idosos,^{10,12,14,20,23,27,28} mostrando uma importante deficiência na acessibilidade organizacional dos serviços de saúde. 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.¹⁰ Cabe destacar que o tempo de espera para atendimento médico foi apontado como o principal motivo de insatisfação dos usuários na Pesquisa Nacional de Saúde,²⁶ o que pode estar influenciado pela quantidade de atendimentos.¹⁰

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.²⁹ O controle social, inclusive, tem sido descrito como um dos principais fatores limitantes na consolidação do SUS.^{30,31} Esses resultados remetem à 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.²¹

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.³² 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 esta população apresenta dificulda-

des de acesso agravadas por impedimentos geográficos ou funcionais.³³ 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.¹⁹ 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 socioeconômico³⁴ e diminuição na desigualdade de acesso entre os idosos.¹

Claramente, os resultados deste estudo mostraram como as elevadas proporções de avaliações negativas em relação à oferta e à acessibilidade (organizacional, socio-cultural, econômica) não convergem com os resultados encontrados na utilização dos serviços. Mostra-se, assim, 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 pode, ainda, ter repercutido na elevada satisfação dos idosos com os serviços da ESF, mesmo em situações de avaliações negativas relacionadas à oferta e à acessibilidade, o que não aconteceu com a utilização que teve predomínio de 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.¹⁸ 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.^{14,35} Além disso, a satisfação representa um fenômeno complexo que decorre de uma avaliação subjetiva derivada de percepções cognitivas e afetivas, que podem variar, conforme circunstâncias e, ao longo do tempo, para a mesma pessoa.^{13,31} Há que se considerar, ainda, a possibilidade de relação de causalidade reversa entre expectativa e satisfação.³³

A alta proporção dos idosos de Campina Grande satisfeitos com os serviços de saúde pode estar associada a menores expectativas. Sabe-se que usuários mais jovens por serem mais exigentes apresentam maior probabilidade de insatisfação.²⁸ Há evidências, também, de que os idosos apresentam maior satisfação condicionada à utilização de serviços de saúde que atendem outras das suas necessidades.²¹ Estudos têm verificado que a alta satisfação dos usuários associa-se a fatores como a relação usuário-profissional, o tempo de espera para agendamento de consultas e o acesso a medicamentos.^{14,23,28,31,36} Outros estudos desenvolvidos em diferentes localidades do Brasil, inclusive com idosos, também mostraram elevada satisfação dos usuários com os serviços da ESF, apesar dos problemas vivenciados no contexto das unidades de saúde.^{12,14,36,37}

Quanto à análise da associação entre a satisfação com

os serviços de saúde e as características demográficas e socioeconômicas dos usuários, poucos estudos foram encontrados na literatura, constatando-se resultados diferentes^{14,38} aos do presente. Isso pode ser atribuído às particularidades metodológicas dos instrumentos de pesquisa, assim como às diferenças relacionadas ao local e população de estudo, que podem determinar variações nas expectativas. Para a população idosa não foi encontrado, na literatura consultada, estudo considerando a abordagem em questão, o que dificulta a discussão.

Embora seja reconhecida a contribuição da análise da percepção e da satisfação dos usuários, para avaliar a qualidade de serviços de saúde, uma possível limitação deste estudo pode estar relacionada à subjetividade implícita nesses conceitos, sobretudo, no que se refere à qualidade dos serviços e às expectativas individuais. Ainda, alguns resultados do presente estudo poderiam ter melhor compreensão se apoiados por técnicas qualitativas e/ou análises longitudinais que possibilitem 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 da satisfação com os serviços de saúde de atenção primária, mostram-se relevantes ao identificar a necessidade de adequar os serviços 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 prudente, 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, encaminhamento a especialistas e entrega dos resultados de exames médicos.

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. Saúde Pública*. 2012; 46(Suppl):100-7.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
3. Costa NRCD, Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de saúde do idoso:

percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. *Rev. Pesq. Saúde.* 2015; 16(2):95-101.

4. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. OPAS/OMS; 2011.

5. 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.

6. 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. Saúde.* 2012; 21(3):395-406.

7. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário Oficial da União 2006 out. 19.

8. 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.

9. 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. Com.* 2012; 7(22):20-6.

10. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(4):779-86.

11. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(8):3403-16.

12. Oliveira LPBA, Medeiros LMF, Meirelles BHS, Santos SMA. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(4):871-9.

13. Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, Pereira AC. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. *RFO.* 2014; 19(2):151-8.

14. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adap-

tação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(1):103-14.

15. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo; 1999.

16. Marcelino MQS. Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2010.

17. Figueredo Filho DB, Silva Jr JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin. Pública.* 2010; 16(1):160-85.

18. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2865-75.

19. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd.* 1990; 114:1115-8.

20. 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.* 2014; 33:279-91.

21. 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.

22. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(4):691-701.

23. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2903-12.

24. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência farmacêutica na estratégia saúde da família: uma análise sobre o acesso. *Rev. Bras Farm.* 2013; 94(3):219-26.

25. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TMC. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev. Rene.* 2013; 14(2):394-404.

26. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(2):339-49.
27. 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. Ciên Saúde.* 2010; 14(1):43-50.
28. 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. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(1):35-44.
29. 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. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(3):1933-42.
30. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(6):1187-93.
31. 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.
32. Brasil. Portaria N° 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 out. 21.
33. Mendoza-Sassi R, Beira JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(4):819-32.
34. 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.
35. Serapioni M, Silva MGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(11):4315-26.
36. Freitas SL, Aliny C, Albuquerque IMN, Gifoni DP, Santiago AX, Silva MJ. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, Sobral – CE. *Saúde Coletiva.* 2010; 7(43):200-5.
37. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha de Enferm.* 2011; 32(2):345-51.
38. 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 Saúde Pública.* 2007; 31(2):256-66.

Submissão: dezembro de 2016

Aprovação: abril de 2017
