

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À
SAÚDE**

LUAN AUGUSTO ALVES GARCIA

**SATISFAÇÃO DE IDOSOS COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Uberaba-MG

2018

LUAN AUGUSTO ALVES GARCIA

**SATISFAÇÃO DE IDOSOS COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e Idoso.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos.

Uberaba-MG

2018

LUAN AUGUSTO ALVES GARCIA

**SATISFAÇÃO DE IDOSOS COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

16 de janeiro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas
Universidade Federal de Uberlândia

Dedico a minha família, que foi meu apoio e estímulo para que eu conseguisse atingir este sonho, a meus amigos que fizeram suportar os percalços desta jornada.

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, pelo dom da vida e inteligência que me possibilitou poder ter usufruído desta experiência e ser meu alicerce nos momentos que mais precisei.

À minha família, meus pais Moacir e Elaine, minha irmã Lulybell, minha tia Celma por todo o incentivo e apoio neste período que me ausentei de casa.

Aos demais familiares, por estarem sempre contentes e presentes em minhas conquistas.

Aos amigos: Érika, Renata, Rosilene, Breno, Marcelo, Ruth que souberam compreender minhas ausências neste período tão conturbado.

Ao meu orientador, Prof^o Dr. Álvaro da Silva Santos, pela parceria, paciência, troca de conhecimento e sobretudo confiança neste período.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas e Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart pelo acolhimento e contribuições neste trabalho e meu desenvolvimento profissional.

À Fernanda Carolina Camargo, amiga, colega de trabalho, confidente que muito tem me auxiliado nesta jornada acadêmica em Uberaba, nunca me deixou desistir perante os obstáculos que surgiram, muito obrigado!!!

Aos colegas da Gerência de Ensino e Pesquisa, Prof^o Gilberto, Fernanda, Sérgio, Damiana, Larissa e Gisele, muito obrigado pela acolhida e oportunidade de trabalho.

Aos colegas de mestrado: Larissa, Juliana, Leidiane, Grazielle, Márllon, Giovanna, foram o consolo e apoio nos momentos mais difíceis.

Aos idosos participantes do estudo, que sem as sus contribuições a realização deste estudo não teria sido realizada.

Aos professores e colaboradores da Pós Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por viabilizarem a realização deste trabalho.

E a todos que não foram citados, meu muito obrigado!!!

“O mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando.”

Grande Sertão Veredas, João Guimarães Rosa

RESUMO

GARCIA, Luan Augusto Alves Garcia. **Satisfação de idosos com a Estratégia Saúde da Família em município do interior do Triângulo Mineiro**. 2018. 111 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

A satisfação com os serviços de saúde podem relacionar-se das relações entre os profissionais de saúde e os usuários deste serviços ao mesmo tempo que, podem estar relacionados também a outros aspectos como a organização e infraestrutura das unidades e também das próprias percepções e necessidades dos usuários. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e de condições de saúde dos idosos cadastrados pela Saúde da Família; avaliar a existência de diferença entre a satisfação dos idosos cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde distribuídos nos distritos sanitários; identificar os aspectos que influenciam a satisfação dos idosos cadastrados na Saúde da Família com os serviços de saúde; verificar se há diferenças nos escores de satisfação dos idosos cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde distribuídos nos Distritos Sanitários e fatores relacionados e descrever a satisfação idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde prestados. Trata-se de estudo do tipo inquérito domiciliar, analítico, com delineamento transversal realizado com 338 idosos. Os dados foram coletados por meio de instrumento semiestruturado de caracterização sociodemográfica, condições de saúde e acesso aos serviços, capacidade cognitiva do idoso através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental e satisfação com o Questionário de Satisfação com os cuidados primários de Saúde. Foi realizada análise descritiva univariada para o primeiro e segundo objetivos. Para análise do terceiro e quarto objetivo foi empreendida análise bivariada tendo como aspectos influenciadores características sociodemográficas (idade, escolaridade, renda familiar) e características relacionadas aos serviços de saúde (frequência da visita do agente comunitário e frequência de uso da unidade de saúde). Para o quinto objetivo foi empreendida análise univariada descritiva. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo nº 2.041.624. A maioria dos idosos entrevistados eram do sexo feminino (68,5%), com média de idade de 71,5 anos, estado civil casado(a)/mora com companheiro(a) (44,1%), cor da pele branca (46,2%), de religião católica (62,2%), com escolaridade entre um a quatro anos completos (54,6%), aposentados (84,5%), sem ocupação profissional (81,1%), com rendimento individual de um salário mínimo (52,2%) e rendimento familiar de um a três salários mínimos (58,0%), sendo o arranjo familiar composto por novas formas de arranjos (60,1%), não tabagistas (65,1%) nem etilistas (73,9%), não praticantes de atividade física (59,2%). Considerando o acesso aos serviços de saúde os idosos informaram utilizar o serviço público de saúde (69,7%) e não possuir convênio particular de saúde (66,8%). Quase a metade, informou receber no mínimo uma visita ao mês do ACS (55,0%) e frequentar o serviço de saúde ao qual está cadastrado pelo menos uma vez ao mês (50,0%). Considerando a avaliação da satisfação as dimensões Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Enfermagem foram

melhores avaliadas tanto para o grupo de satisfeitos quanto para os muito satisfeitos. Os itens melhores avaliados entre o grupo de idosos Satisfeitos foram: Os Agentes Comunitários são atenciosos (Média=5,7); Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução (Média=5,5) e Os Enfermeiros são atenciosos (Média=5,5). Já entre o grupo de idosos Muito Satisfeitos foram: Os Agentes Comunitários são atenciosos (Média=6,7); Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e sua resolução (Média=6,7) e Os Agentes Comunitários explicam claramente o que o senhor(a) deve fazer (Média=6,7). Com relação aos potenciais fatores de influencia na satisfação entre os idosos apresentaram diferenças significativas para os fatores renda familiar ($p=0,041$), frequência de visita do Agente Comunitário de Saúde ($p=0,001$) e raça/cor da pele autodeclarada ($p=0,028$). Considerando a avaliação da satisfação entres os Distritos Sanitários de Saúde pode ser observado diferenças significativas, sendo as menores avaliações presentes no DS I e para as seguintes dimensões Instalações da unidade ($p<0,001$), Percepções e necessidades ($p=0,023$) e Escore Total de Satisfação ($p=0,026$). Com relação aos idosos octogenários, neste estudo houve predomínio de idosos do sexo feminino, brancos, com escolaridade entre um e quatro anos, aposentados, não desempenhando atividade profissional, com renda individual de um salário mínimo, renda familiar de um a três salários mínimos, não tabagistas, etilistas e não praticantes de atividade física. Com relação a satisfação dos idosos octogenários as dimensões Agentes Comunitários de Saúde, Enfermagem e Instalações da Unidade foram melhores avaliadas para o grupo de satisfeitos e, as dimensões Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Percepções e necessidades melhores avaliados para os muito satisfeitos. Os resultados contribuem para a compreensão do perfil de idosos cadastrados na ESF e a avaliação da satisfação com este serviço. Os idosos encontram-se satisfeitos com os cuidados primários empreendidos pela Saúde da Família, embora alguns fatores possam influenciar negativamente na percepção de satisfação, o que justifica a necessidade demais estudos sobre a temática. Sendo assim, poderão contribuir para sensibilizar os usuários dos serviços sobre a importância de sua valoração nos aspectos que tangenciam o processo de planejamento e a tomada de decisão das ações de saúde, além de fortalecer as políticas públicas de saúde, fomentando ações que incorporem a satisfação dos usuários nas avaliações em saúde.

Palavras-chave: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Satisfação do Paciente; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

GARCIA, Luan Augusto Alves Garcia. **Satisfaction of the elderly with the Family Health Strategy in a municipality in the interior of the Triângulo Mineiro.** 111 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), Brasil, 2018.

Satisfaction with health services can be related to the relationships between health professionals and users of health services, while they may also be related to other aspects such as the organization and infrastructure of the units and also to the perceptions and needs of the patients themselves. users. This study aimed to characterize the sociodemographic profile and the health conditions of the elderly enrolled in Family Health; to evaluate the existence of a difference between the satisfaction of the elderly enrolled in Family Health according to the health services distributed in the health districts; to identify the aspects that influence the satisfaction of the elderly enrolled in Family Health with the health services; to verify if there are differences in the satisfaction scores of the elderly enrolled in Family Health according to the health services distributed in the Health Districts and related factors and to describe the satisfaction octogenarians enrolled in Family Health according to the health services provided. This is a house-type, analytical, cross-sectional study conducted with 338 elderly people. Data were collected through a semistructured instrument of sociodemographic characterization, health conditions and access to services, cognitive ability of the elderly through the application of the Mini Mental State Examination and satisfaction with the Questionnaire for Satisfaction with Primary Health Care. univariate descriptive analysis for the first and second objectives. For the analysis of the third and fourth objective, a bivariate analysis was carried out, having as sociodemographic characteristics (age, education, family income) and characteristics related to health services (frequency of community agent visit and frequency of use of the health unit). For the fifth objective, descriptive univariate analysis was undertaken. This study was approved by the Committee of Ethics in Research with Human Beings of UFTM, protocol nº 2.041.624. The majority of the elderly interviewed were female (68.5%), with a mean age of 71.5 years, marital status married / living with a partner (44.1%), white skin color (46.2%), of Catholic religion (62.2%), with education between one and four full years (54.6%), retired (84.5%), with an individual income of a minimum wage (52.2%) and family income of one to three minimum wages (58.0%), the family arrangement being composed of new forms of arrangements (60.1%), non-smokers (1%) or alcoholics (73.9%), who did not practice physical activity (59.2%). Considering access to health services, the elderly reported using the public health service (69.7%) and did not have a private health insurance (66.8%). Almost half reported receiving at least one visit to the ACS month (55.0%) and attending the health service to which they are registered at least once a month (50.0%). Considering the evaluation of the satisfaction, the dimensions Community Health Agents, Doctors and Nursing were better evaluated for both satisfied and very satisfied groups. The best evaluated items among the Satisfied elderly group were: The Community Agents are attentive (Average = 5.7); The Community Agents are interested in their problems and their resolution (Average = 5.5) and Nurses are attentive (Average = 5.5). Among the Very Satisfied elderly group were: The

Community Agents are attentive (Average = 6,7); The Community Agents are interested in their problems and their resolution (Average = 6,7) and the Community Agents clearly explain what you should do (Average = 6,7). Regarding the potential factors influencing satisfaction among the elderly, there were significant differences for the family income factors ($p = 0.041$), frequency of visits by the Community Health Agent ($p = 0.001$) and self-reported skin color / color ($p = 0.028$). Considering the evaluation of satisfaction among the Health Districts of Health can be observed significant differences, being the smaller evaluations present in DS I and for the following dimensions Units of the unit ($p < 0.001$), Perceptions and needs ($p = 0,023$) and Total Score of Satisfaction ($p = 0.026$). With regard to the octogenarian elderly, in this study there was a predominance of white female adults, with education between one and four years old, retired, not performing professional activity, with individual income of a minimum wage, family income of one to three minimum wages, non-smokers, alcoholics and non-practitioners of physical activity. With regard to the satisfaction of the octogenarian elderly, the dimensions of the Community Health Agents, Nursing and Facilities of the Unit were better evaluated for the satisfied group, and the dimensions Community Health Agents, Doctors and Perceptions and better evaluated needs for the very satisfied ones. The results contribute to the understanding of the profile of the elderly enrolled in the FHT and the evaluation of satisfaction with this service. The elderly are satisfied with the primary care taken by Family Health, although some factors may negatively influence the perception of satisfaction, which justifies the need for other studies on the subject. Thus, they may contribute to sensitize service users about the importance of their assessment in the aspects that influence the planning process and the decision making of health actions, as well as strengthening public health policies, promoting actions that incorporate satisfaction of users in health assessments.

Keywords: Elderly; Primary Health Care; Family Health Strategy; Patient Satisfaction; Research on Health Services.

RESUMEN

GARCIA, Luan Augusto Alves Garcia. **Satisfacción de ancianos con la Estrategia Salud de la Familia en municipio del interior del Triángulo Mineiro**. 2018. 111 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), Brazil, 2018.

La satisfacción con los servicios de salud puede relacionarse de las relaciones entre los profesionales de la salud y los usuarios de estos servicios al mismo tiempo que pueden estar relacionados también a otros aspectos como la organización e infraestructura de las unidades y también de las propias percepciones y necesidades de los mismos usuarios. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico y de condiciones de salud de los ancianos catastrados por la Salud de la Familia; evaluar la existencia de diferencia entre la satisfacción de los ancianos registrados en la Salud de la Familia conforme a los servicios de salud distribuidos en los distritos sanitarios; identificar los aspectos que influyen la satisfacción de los ancianos registrados en la Salud de la Familia con los servicios de salud; verificar si hay diferencias en los scores de satisfacción de los ancianos registrados en la Salud de la Familia según los servicios de salud distribuidos en los Distritos Sanitarios y factores relacionados y describir la satisfacción ancianos octogenarios registrados en la Salud de la Familia conforme a los servicios de salud prestados. Se trata de estudio del tipo de encuesta domiciliaria, analítica, con delineamiento transversal realizado con 338 ancianos. Los datos fueron recolectados por medio de un instrumento semiestructurado de caracterización sociodemográfica, condiciones de salud y acceso a los servicios, capacidad cognitiva del anciano a través de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental y satisfacción con el Cuestionario de Satisfacción con los cuidados primarios de Salud. el análisis descriptivo univariado para el primer y segundo objetivos. Para el análisis del tercer y cuarto objetivo se emprendió análisis bivariados teniendo como aspectos influenciadores características sociodemográficas (edad, escolaridad, ingreso familiar) y características relacionadas a los servicios de salud (frecuencia de la visita del agente comunitario y frecuencia de uso de la unidad de salud). Para el quinto objetivo se emprendió análisis univariado descriptivo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la UFTM, protocolo nº 2.041.624. La mayoría de los ancianos entrevistados eran del sexo femenino (68,5%), con promedio de edad de 71,5 años, estado civil casado (a) / mora con compañero (44,1%), color de la piel blanca (46,2%), de religión católica (62,2%), con escolaridad entre uno a cuatro años completos (54,6%), jubilados (84,5%), sin ocupación profesional (81,1%), con un ingreso individual de un salario mínimo (52,2%) y renta familiar de uno a tres salarios mínimos (58,0%), siendo el arreglo familiar compuesto por nuevas formas de arreglos (60,1%), no tabaquistas (65) , 1%) ni etilistas (73,9%), no practicantes de actividad física (59,2%). Considerando el acceso a los servicios de salud los ancianos informaron utilizar el servicio público de salud (69,7%) y no poseer un convenio particular de salud (66,8%). Casi la mitad, informó recibir al menos una visita al mes del ACS (55,0%) y frecuentar el servicio de salud al que está registrado al menos una vez al mes (50,0%). Considerando la evaluación de la satisfacción las dimensiones Agentes Comunitarios de Salud, Médicos y Enfermería fueron mejor evaluadas tanto para el

grupo de satisfechos como para los muy satisfechos. Los ítems mejores evaluados entre el grupo de ancianos Satisfechos fueron: Los Agentes Comunitarios son atenciosos (Media = 5,7); Los Agentes Comunitarios se interesan por sus problemas y por su resolución (Media = 5,5) y Los enfermeros son atenciosos (media = 5,5). Ya entre el grupo de ancianos Muy Satisfechos fueron: Los Agentes Comunitarios son atenciosos (Media = 6,7); Los Agentes Comunitarios se interesan por sus problemas y su resolución (Media = 6,7) y Los Agentes Comunitarios explican claramente lo que usted debe (Media = 6,7). ($P = 0,041$), frecuencia de visita del Agente Comunitario de Salud ($p = 0,001$) y raza / color de la piel autodeclarada ($p = 0,028$), con relación a los potenciales factores de influencia en la satisfacción entre los ancianos presentaron diferencias significativas para los factores de ingreso familiar ($p = 0,041$). En la evaluación de la satisfacción entre los Distritos Sanitarios de Salud se pueden observar diferencias significativas, siendo las menores evaluaciones presentes en el DS I y para las siguientes dimensiones Instalaciones de la unidad ($p < 0,001$), Percepciones y necesidades ($p = 0,023$) y Escala Total de Satisfacción ($p = 0,026$). Con respecto a los ancianos octogenarios, en este estudio hubo predominio de ancianos del sexo femenino, blancos, con escolaridad entre uno y cuatro años, jubilados, no desempeñando actividad profesional, con renta individual de un salario mínimo, renta familiar de uno a tres salarios mínimos, no tabaquistas, etilistas y no practicantes de actividad física. Con respecto a la satisfacción de los ancianos octogenarios las dimensiones Agentes Comunitarios de Salud, Enfermería e Instalaciones de la Unidad fueron mejor evaluadas para el grupo de satisfechos y, las dimensiones Agentes Comunitarios de Salud, Médicos y Percepciones y necesidades mejor evaluadas para los muy satisfechos. Los resultados contribuyen a la comprensión del perfil de ancianos registrados en la ESF y la evaluación de la satisfacción con este servicio. Los ancianos se encuentran satisfechos con los cuidados primarios emprendidos por la Salud de la Familia, aunque algunos factores pueden influenciar negativamente en la percepción de satisfacción, lo que justifica la necesidad de otros estudios sobre la temática. Por lo tanto, pueden contribuir a sensibilizar a los usuarios de los servicios sobre la importancia de su valoración en los aspectos que tangencian el proceso de planificación y la toma de decisión de las acciones de salud, además de fortalecer las políticas públicas de salud, fomentando acciones que incorporen la satisfacción de los usuarios en las evaluaciones en salud.

Palabras clave: Ancianos; Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Satisfacción del paciente; Búsqueda de Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população mundial – 1950/2100.....	19
Figura 2 – Superação dos modelos piramidais e hierárquicos em redes de atenção à saúde.....	27
Figura 3 – Área de cobertura dos Distritos Sanitários de Saúde do município de Uberaba/MG.....	38
Figura 4 – Boxplot do resultado da avaliação da dimensão Instalações da unidade pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	54
Figura 5 – Boxplot do resultado da avaliação da dimensão Agentes Comunitários de Saúde pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	54
Figura 6 – Boxplot do resultado da avaliação da dimensão Enfermagem pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	55
Figura 7 – Boxplot do resultado da avaliação da dimensão Médicos pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	55
Figura 8 – Boxplot do resultado da avaliação da dimensão Percepções e necessidades dos usuários pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	56
Figura 9 – Boxplot do resultado da avaliação do Escore Total de Satisfação pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	56
Figura 10 – Boxplot do resultado da avaliação do Escore total de satisfação pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.....	61
Figura 11 – Boxplot do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Instalações da Unidade” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.....	65
Figura 12 – Boxplot do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Agentes Comunitários de Saúde” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.....	66
Figura 13 – Boxplot do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Enfermagem” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.....	67
Figura 14 – Boxplot do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Médicos” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.....	68
Figura 15 – Boxplot do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Percepção e necessidades dos usuários” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.....	69
Quadro 1 – Principais marcos da Atenção Primária no Brasil.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de aspectos sociodemográficos dos idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba, Minas Gerais, 2017.....	49
Tabela 2 – Distribuição de aspectos clínicos e acesso aos serviços de saúde de idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017.....	51
Tabela 3 – Escores de satisfação por dimensões de idosos segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	53
Tabela 4 - Escores de satisfação com os Cuidados Primários em Saúde de idosos segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	58
Tabela 5 – Análise dos fatores de influência na avaliação da satisfação de idosos cadastrados na Saúde da Família entre os grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	60
Tabela 6 – Diferença da avaliação de satisfação do Escore Total de Satisfação conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.....	62
Tabela 7 – Caracterização dos escores de satisfação por Distritos Sanitários de Saúde conforme dimensões de idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017.....	63
Tabela 8 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio Instalações da unidade conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.....	65
Tabela 9 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio Agentes comunitários de saúde conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.....	66
Tabela 10 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio Enfermagem distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.....	67
Tabela 11 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio Médicos conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.....	68
Tabela 12 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio Percepções e necessidades dos usuários conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017....	69
Tabela 13 – Caracterização dos escores de satisfação por Distritos Sanitários de Saúde dos idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017.....	71
Tabela 14 – Análise dos fatores de influência na avaliação de satisfação de idosos cadastrados na Saúde da Família entre os Distritos Sanitários. Uberaba/MG, 2017.....	73
Tabela 15 – Distribuição de aspectos sociodemográficos dos idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família. Uberaba, Minas Gerais, 2017.....	74
Tabela 16 – Distribuição de aspectos clínicos e acesso aos serviços de saúde de idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017.....	76
Tabela 17 – Escores de satisfação por dimensões de idosos octogenários segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	78
Tabela 18 - Escores de satisfação com os Cuidados Primários em Saúde de idosos octogenários segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ASQC - *American Society for Quality Control*

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PIB – Produto Interno Bruto

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO À SAÚDE	18
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
1.3	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	28
2	JUSTIFICATIVA	36
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4	MATERIAL E MÉTODOS	38
4.1	TIPO DE PESQUISA E LOCAL DE ESTUDO	38
4.2	DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	39
4.3	MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS	39
4.3.1	Etapas do estudo	39
4.3.2	Instrumentos	40
4.3.3	Variáveis do estudo	41
4.3.4	Coleta dos dados	42
4.4	PROCESSAMENTO DOS DADOS	43
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	43
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	47
5	RESULTADOS	49
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS	49
5.2	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE IDOSOS CADASTRADOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA	53
5.3	ASPECTOS INFLUENCIADORES DA SATISFAÇÃO DOS IDOSOS CADASTRADOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	60
5.4	TERRITÓRIO E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	61
5.5	SATISFAÇÃO DE IDOSOS OCTOGENÁRIOS CADASTRADOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA CONFORME OS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS	74
6	DISCUSSÃO	82
7	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	103
	APÊNDICE A – Questionário de dados sociodemográficos, condições de saúde e acesso aos serviços	103
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	106
	ANEXOS	108
	ANEXO A – Mini Exame do Estado Eental (MEEM)	108
	ANEXO B - Questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde	110

APRESENTAÇÃO

Durante a realização de minha residência, cursada entre 2015 e 2016, tive a possibilidade de vivenciar a experiência prática enquanto enfermeiro no município de Uberaba/MG. No primeiro ano realizávamos nossas atividades dentro dos diversos setores do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, já no segundo ano tínhamos como cenário de prática unidades matriciais de Saúde da Família da rede de serviços do município.

Embora minha especialização fosse direcionada a saúde do adulto, sempre nos deparávamos com a população idosa nos serviços que atuávamos e nunca nos recusamos enquanto grupo em formação a prestação de orientações e/ou assistência a esta população.

No contexto da Atenção Primária, pude observar que a população idosa era bastante frequente com relação a utilização do serviço e assídua nas atividades que a unidade de saúde ofertava.

Toda esta vivência, associada a experiências profissionais pregressas me motivaram o interesse em trabalhar com a temática do idosos, em especial dos idosos no contexto da atenção primária.

Neste sentido, surgiram alguns questionamentos: se a população idosa utiliza com elevada frequência os serviços de saúde da atenção primária, será que eles são satisfeitos com estes serviços? Será que a utilização destes serviços não se dá apenas como a única oportunidade de acesso aos serviços de saúde?

Tais questões despertaram o interesse em avaliar a satisfação de idosos cadastrados na Saúde da Família no município de Uberaba/MG. A partir daí, empreendemos a realização deste projeto, o qual procura conhecer a avaliação de satisfação de usuários idosos com os serviços da Atenção Primária, em especial os da Saúde da Família, assim como identificar os possíveis fatores influenciadores e o comportamento da satisfação frente aos diferentes Distritos Sanitários de Saúde espalhados pela zona urbana do município de Uberaba.

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo será apresentado em três tópicos, *envelhecimento populacional na perspectiva da atenção à saúde*, que abordará aspectos relacionados à transição demográfica e epidemiológica que influenciam na saúde da população; *Atenção Primária à Saúde* que trará o papel da Estratégia Saúde da Família no contexto das Redes de Atenção à Saúde; *Avaliação dos Serviços em Saúde e Satisfação dos usuários dos serviços de saúde* descreverá conceitos relacionados a qualidade da assistência e avaliação dos serviços de saúde, em especial os vinculados à atenção primária relacionados a satisfação dos usuários.

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO À SAÚDE

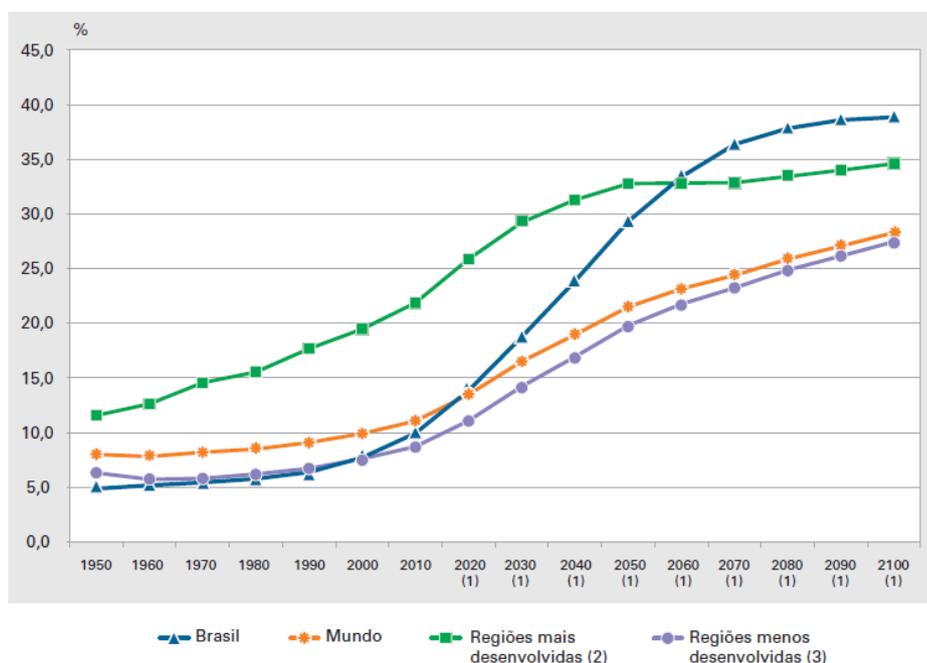
O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Estimativas apontam que em 2013, a população idosa representava cerca de 13% do total de brasileiros, aproximando-se de 26 milhões de indivíduos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2015). Projeções para 2060 apontam para mais de 70 milhões de indivíduos idosos em nosso país (IBGE, 2016b).

Tal situação é consequência da transição demográfica, fenômeno este iniciado na Europa Ocidental do decorrer do século XIX e que se difundiu para o restante do mundo durante o século XX (GARCIA, 2017). Até meados da década de 1940, predominavam no Brasil elevados índices de mortalidade e fecundidade. Com a posterior redução da mortalidade e manutenção da fecundidade, o país vivenciou um incremento populacional, chegando a 3,0% na década de 1950. No início de 1960, percebe-se o começo do declínio da taxa de fecundidade, diminuindo as taxas de crescimento até os dias atuais. Assim, a esperança de vida ao nascer – caracterizada pelo número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado – que era inferior aos 50 anos em 1950 passa para 74,8% em 2013 (IBGE, 2016b). Evidencia-se também estreitamento da base da pirâmide etária populacional em decorrência da diminuição da fecundidade e aumento da expectativa de vida, o que indica redução

do número de crianças e adolescentes e aumento da população idosa. Esse processo, além de impactar no tamanho populacional, altera a estrutura por idade da população em todas as regiões brasileiras (IBGE, 2016c). Ademais, Tal situação traz importantes implicações sobre o aumento da participação de idosos na estrutura etária do país, além de impactos diretos na estrutura econômica e sanitária das sociedades, com implicações diretas em adequações nas políticas públicas, em especial as de saúde (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Projeções realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) evidenciam um marcante crescimento da proporção de indivíduos com 60 anos ou mais na população brasileira. Entre 1950 e 2000 a população de idosos brasileira esteve abaixo de 10,0%, situação semelhante a encontrada em países menos desenvolvidos. A partir de 2010 tal situação começa a se modificar, aproximando do projetado para os países desenvolvidos (IBGE, 2015). Estimativas apontam que a proporção de idosos do Brasil em 2070 seria superior ao indicado para o conjunto de países desenvolvidos, conforme demonstra a figura 1.

Figura 1 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população mundial – 1950/2100.



Fonte: IBGE, 2016c.

Considerando a população idosa octogenária (80 anos ou mais) também representa grupo etário com perspectivas de crescimento, tendo em vista ser um

dos grupos etários que mais cresce em todo mundo (IBGE, 2015). No município de Uberaba (MG), local de interesse do presente estudo, os octogenários correspondem a 1,6% do total de idosos, percentual este superior à média nacional (TAVARES et al.; 2015).

Todos estes processos também relacionam-se a transição epidemiológica caracterizada por mudanças ocorridas no perfil de morbimortalidade e invalidez de determinada população específica que, em geral, ocorrem associadas a outras transformações sociais e econômicas (DUARTE; BARRETO, 2012; OMRAN, 2005). Em países desenvolvidos esta transição ocorreu em um período longo, porém nos países em desenvolvimento, em especial o Brasil, ocorreu de forma rápida. Tal situação ainda influencia na necessidade de readequação dos serviços de saúde frente as mudanças nos padrões de adoecimento da população (SCHRAMM et al., 2004).

Neste processo evidenciam três importantes mudanças: substituições das doenças transmissíveis por agravos não-transmissíveis e causas externas, transferência da carga de morbimortalidade de crianças e jovens para população idosa e predominância do processo de morbidade crônica em detrimento a mortalidade, sendo esta última mudança a mais importante a se considerar o impacto as doenças crônico-não transmissíveis (DUARTE; BARRETO, 2012).

Estes agravos têm sido apontados como as principais causas de morbimortalidade na população idosa (CARVALHO et al., 2014; LEITE et al., 2015; SILVA et al., 2017). Sendo assim, eles apresentam-se como grupo etário de maior demanda aos serviços de saúde, com maiores chances de internações hospitalares com elevado custo e tempo de ocupação dos leitos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Doenças crônicas em idosos geram incapacidades que podem perdurar por toda a vida dos indivíduos, exigindo cuidados de saúde complexos que envolvem a participação de equipes de saúde multidisciplinares (SILVA et al., 2017). Estudo que avaliou a utilização dos serviços de saúde por idosos no Paraná mostra que os idosos utilizam os serviços para realizar consultas médicas (49,6%) e exames clínicos (38,4%) (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Outro estudo realizado no Paraná aponta que cerca de 50% dos idosos utilizam os serviços de saúde da Atenção Primária, em especial aqueles acometidos por agravos crônicos-degenerativos (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

Considerado um grande triunfo da humanidade, o envelhecimento deve ser visto também como grande desafio, uma vez que se espera que este ciclo vital seja vivido com qualidade de vida. Embora a idade não seja sinônimo de adoecimento existe uma associação entre o envelhecimento e um aumento do grau de dependência deste indivíduo, com uma ideia de maior fragilidade e vulnerabilidade (PEREIRA-LLANO et al, 2016).

O envelhecimento deve ser compreendido de forma individual e considerado um processo contínuo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida do indivíduo, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior predisposição ao aparecimento de doenças que podem leva-lo à morte (PAPALÉO NETO, 1996; QUADROS et al, 2016).

Sendo assim, este fenômeno é influenciado por inúmeros fatores (fisiológicos, comportamentais, cognitivos e sociais), sendo um processo regulador do funcionamento corporal entre saúde e doença, distinguindo aquilo que é comum a este processo, a senescência, daquilo que é considerado patológico, denominado senilidade (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Tendo em vista que o envelhecimento populacional traz consequências diretas para os serviços de saúde, novas demandas são geradas para o governo, como a produção de novas políticas públicas e readequação das já existentes, pois esta fase do ciclo vital encontra-se associada ao aparecimento de diversas problemáticas, desvelando a importância de práticas inovadoras de planejamento, acesso e manutenção do atendimento ao idoso (CARREIRA; RODRIGUES, 2010; MAFRA, 2011; MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Ações de prevenção e promoção à saúde devem ser prioridades no delineamento de políticas públicas voltadas para a população idosa, tendo em vista que a hospitalização, embora necessária, representa muitos riscos à saúde como a imobilidade, incontinência, desnutrição, depressão, declínio cognitivo, deterioração da capacidade funcional e até mesmo o óbito (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014). Estudos apontam que os custos mais elevados com a saúde de idosos estão relacionados a repetidas internações hospitalares. Assim, evitar internações nessa população é relevante por questões de saúde e qualidade de

vida dos idosos quanto por economia com gastos na saúde pública (MARQUES et al, 2014; PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

Diante de todas estas transformações, emerge a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma resposta governamental para a efetivação de ações no que se refere a principal estratégia de enfrentamento dos agravos e necessidades de saúde nacional (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014). Mundialmente é reconhecido o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção de doenças e agravos à saúde. No Brasil, a APS constitui-se como nível ordenador dos demais níveis assistenciais servindo muitas das vezes como porta de entrada ao SUS, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apontada como principal estratégia de enfrentamento da crise no sistema de saúde do país (MARQUES et al, 2014). Nesse sentido, sugere-se que o SUS incorpore estratégias de avaliação dos serviços prestados aos usuários levando em consideração a perspectiva de seus usuários no processo de planejamento e readequações das políticas públicas. Deste modo, será exposto a seguir sobre a organização da atenção primária no país com ênfase na ESF.

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS consiste, de maneira sumária, num nível de atenção ambulatorial não especializada oferecida em unidades de saúde de um sistema, sendo caracterizada pela execução de diversificadas ações clínicas de baixa densidade tecnológica e elevada resolutividade dos casos assistidos (LAVRAS, 2011).

Reconhecida mundialmente, a Atenção Primária (AP) estabelece uma estratégia de atenção à saúde no primeiro nível de assistência e visa garantir uma atenção contínua e de qualidade, com intenção em valorizar a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde e desviar o foco da assistência médica (BARRETO; NERY; COSTA, 2012). Considerando que Atenção Primária poderia resolver cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde, a sua não efetividade pode comprometer o funcionamento dos demais níveis de atenção à saúde (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

O Relatório Dawson é considerado um dos primeiros documentos a empregar o conceito de APS numa perspectiva organizativa regionalizada e

hierarquizada dos serviços de saúde, por diferentes níveis de complexidade e base territorial definida. Tal documento, elaborado em 1920 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, serviu como base para criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que serviu de modelo norteador para a reorganização de vários sistemas de saúde em vários países do mundo (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A partir da década de 1970, as questões de saúde pública passam a ser discutidas internacionalmente em eventos que resultaram na elaboração de documentos que hoje formam os pilares da APS: Declaração de Alma Ata em 1978, Carta de Ottawa em 1986, os quais propõem novas diretrizes para o setor da saúde, considerando a determinação social da saúde relacionado ao processo de saúde/doença (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

No Brasil desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola na década de 1920 até o presente momento podemos identificar várias tentativas de efetivação da APS como serviço ordenador da rede de atenção à saúde. Diversas estratégias e concepções foram utilizados para a criação de vários modelos em diferentes regiões do país (LAVRAS, 2011).

As primeiras experiências de medicina comunitária associadas ao movimento da reforma sanitária e apoio das Universidades marcaram o início da participação dos municípios no desenvolvimento da APS na década de 1970. Desde então, diversos programas e iniciativas foram criadas relacionadas a AP. No Quadro 1 a seguir apresenta os principais marcos da APS no Brasil.

Quadro 01 – Principais marcos da Atenção Primária no Brasil.

Década de 1980	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE): mudança do modelo privatista de prestação dos serviços para modelo gratuito; Plano de reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP): reorganização da assistência médica previdenciária; Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).
1990	Criação do Sistema Único de Saúde – SUS.
1991	Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
1994	Criação do Programa Saúde da Família (PSF).
1996	Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS 96: redefinição das responsabilidades dos entes federados.
1997	Portaria MS/GM nº 1.882 – cria o Piso da Atenção Básica (PAB); Portaria MS/GM nº 1.886 – Funcionamento do PACS E PSF
1998	PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde; Início do repasse de incentivos financeiros dos programas PSF E PACS do Fundo Nacional de Saúde ao para os Fundos Municipais de Saúde.
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) no sentido de consolidar a ESF; Publicação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01 (ênfase na qualificação da APS).
2002	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)
2004	Política Nacional de Saúde Bucal.
2006	Pacto pela Saúde (Pacto em defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida).
2008	Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Equipes multiprofissionais para expandir a cobertura da ESF.
2011	Política Nacional de Atenção Básica; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Fonte: adaptado de DIAS, 2017.

O SUS surgiu em nosso país num contexto de lutas políticas e ideológicas do movimento sanitário com a finalidade de garantia e facilidade de acesso aos serviços de saúde. Na constituição Federal de 1988, fica clara a criação de um sistema com base na descentralização e ênfase nas ações em âmbito municipal, além de garantir a participação social nos processos de gestão da saúde, efetivadas através das leis 8.080/1990 e 8.142/1990 que legitimam a participação

popular e o controle social na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas as Conferências e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 2012).

Suas diretrizes serviram de base para estruturar as mudanças necessárias no sistema de saúde, favorecendo a descentralização das ações, de forma que cada município passasse a gerir as ações em saúde conforme as necessidades locais (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

Numa tentativa de superação do modelo hegemônico curativista vivenciado em nosso país, em 1994 foi proposto pelo Ministério da Saúde a implantação do Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional (REHEM; OLIVEIRA; AMARAL, 2013). Este novo modelo incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, na qual atuam profissionais de diversas áreas e formações distintas (MOIMAZ et al, 2010).

Um dos principais desafios da ESF diz respeito à participação da comunidade no planejamento das ações desenvolvidas neste nível assistencial (FRATESCHI; CARDOSO, 2014). O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, e suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação. Sendo a população em sua totalidade beneficiada com projetos e ações em saúde, a opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esses serviços. Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde (MOIMAZ et al, 2010).

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo nacional de APS, definido pela Política Nacional de Atenção Básica, operacionalizando na prática a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (BARRETO; NERY; COSTA, 2012). Além de estratégia de reorientação é responsável pela organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) vinculados aos serviços da APS, associando os princípios de territorialização, longitudinalidade, intersetorialidade, descentralização político-administrativa, hierarquização dos níveis de atenção e controle social, promovendo uma assistência voltada às necessidades dos

indivíduos com vistas a superar o modelo biomédico de atenção à saúde (MELO; EGRY, 2014).

As RAS são organizações poliárquicas de diversos serviços de saúde, vinculados entre si por missão e objetivos em comum baseadas em ações cooperativas interdependentes, de forma a oferecer uma assistência contínua e integral, coordenadas pela AP, com objetivo de prestação da assistência no tempo certo, lugar certo, com custos certos, qualidade certa e de forma humanizada (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2009). Seu funcionamento, estrutura operacional, assim como atributos e função são normatizados pela portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010).

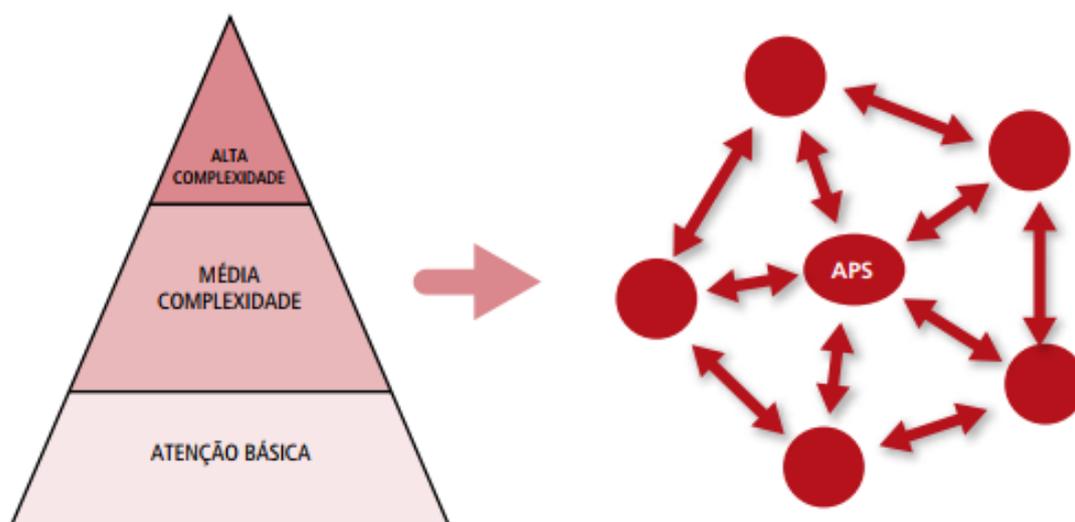
A fragmentação do processo de atenção à saúde tem sido apontado como importante responsável pela dificuldade de acesso aos serviços e baixa qualidade da assistência prestada, sendo um dos principais objetivos das RAS a superação deste processo de fragmentação e ruptura do cuidado (CECÍLIO et al, 2012). O seu processo de implantação se deu nos últimos anos de mandato do governo Lula e iniciado em 2011, já no governo Dilma, através de um acordo tripartite entre as três esferas de gestão do SUS, representando um grande avanço no que se refere a materialização e concretude do princípio da integralidade, já que esta nova conformação e organização dos serviços prevê uma maior articulação e integração dos diversos serviços (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Neste sentido, há de se destacar o papel da AP frente aos demais níveis assistenciais de atenção à saúde, já que ela deve ser resolutiva a maioria dos problema de saúde da população que, apesar de demandarem tecnologias de baixa densidade tecnológica, são bastantes complexas, em especial a questões relativas a mudanças de comportamento e estilos de vida. Já os níveis secundário e terciário embora apresentem maior densidade tecnológica, não necessariamente apresentam maiores complexidades (MENDES, 2009).

As RAS podem ser organizadas em arranjos estruturais diversos que combinam a concentração de certos serviços e a dispersão de outros, sendo os serviços com menor densidade tecnológica, como os da AP, dispersos e os de alta densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamentos de exames, equipamentos de imagem e outros tendem a ser concentrados (MENDES, 2011). Deste modo, propõe-se que a estrutura dos serviços de saúde até então

conformadas no modelo hierárquico e piramidal seja substituído redes poliárquicas de serviços, que embora apresentem diferentes densidades tecnológicas, através da integração e continuidade do cuidado, rompas as relações de saúde verticalizadas, conforme demonstra a Figura 02.

Figura 2 – Superação dos modelos piramidais e hierárquicos em redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes (2011), pág. 84.

Na perspectiva das RAS, sua estrutura operacional se efetiva através de cinco componentes: o centro de comunicação que é a AP; os pontos de atenção à saúde (níveis secundários e terciários); os sistemas de apoio (diagnóstico terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação, prontuários clínico, sistemas de acesso e de transporte) e o sistema de governança (DIAS, 2017; MENDES, 2011).

Neste contexto, a APS é responsável por uma série de ações e funções de modo a contribuir para seu adequado funcionamento, sendo elas: *ser base* da RAS: sendo a modalidade de atenção ou serviço com o maior grau de descentralização e capilaridade; *resolutibilidade*: capaz de identificar os riscos, necessidades e demandas de saúde, articulando tecnologias e modalidades de cuidado individual e coletivo; *coordenação do cuidado*: elaboração, acompanhamento e capacidade de gestão de projetos terapêuticos, além de organizar e acompanhar todo o fluxo

de acompanhamentos dos usuários entre os diversos pontos da rede, responsabilizando pelo cuidado dos usuários em qualquer ponto da rede por meio de relação horizontal, contínua e integrada; *ordenar as redes*: organizar os serviços de saúde em conformidade com as necessidades dos usuários com relação aos outros pontos da rede (BRASIL, 2010; DIAS, 2017).

Após a apresentação da organização da RAS, com foco na atenção primária, torna-se importante apresentar como funciona o processo de trabalho neste espaço.

1.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de trabalho dos profissionais que integram os serviços da atenção primária devem estar pautados em ações de elevada resolutividade, baixa densidade tecnológica que sejam capazes de interferir no processo de saúde-doença da população, favorecimento de sua autonomia e promoção da qualidade de vida dos usuários. Suas atividades devem ser planejadas conforme as necessidades da população relacionadas aos problemas de saúde vivenciados, ciclos de vida, gênero e indicadores de morbimortalidade (BRASIL, 2010).

Segundo aponta Starfield (2002), a qualidade da assistência se refere no atendimento das necessidades de saúde, existentes ou potenciais, pelos serviços de saúde. Numa tentativa de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços da atenção primária, em especial a ESF, foi instituído em 2011 por meio da portaria nº 1.654 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ele ocorre através de monitoramento, avaliação dos serviços e incentivo financeiro as gestões municipais aderentes ao programa (BRASIL, 2012).

O programa teve início em um cenário em que o SUS apresentava diversos problemas relacionados a qualidade dos serviços prestados pela atenção primária. O seu desenvolvimento constitui importante ferramenta de qualificação das ações e do cuidado da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades cobertos pelos serviços da APS. Ele é composto por quatro etapas: *adesão e contratualização*; *desenvolvimento*; *avaliação externa* e *recontratualização*. Na terceira etapa, a

avaliação externa, são avaliados condições de acesso e qualidade das equipes de atenção primária participantes do programa (BRASIL, 2012; DIAS, 2017).

Evidencia-se, portanto, que ações de saúde no contexto da atenção primária constituem como um dos principais desafios para efetivação das RAS na perspectiva da qualidade dos serviços de atenção primária, considerando que este nível assistencial desempenha papel fundamental na garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2012; DIAS, 2017).

Atualmente, a gestão da qualidade têm sido utilizada nas mais diferentes formas e situações, sendo que seus conceitos e estratégias tem passado por diversas transformações, sendo que a busca pela qualidade seja algo constante nos diversos modos de produção de bens e serviços (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014).

Considerando a atual aproximação da qualidade na área da saúde, torna-se importante dissertar sobre a opinião de autores clássicos sobre a qualidade na indústria. Foi nesta área que o conceito se iniciou, tornando-se cada vez mais desenvolvida (GAMA; SATURNO, 2013).

A preocupação com a temática iniciou-se por volta de 1920 com Shewhart, estatístico norte americano que observava aspectos da qualidade associada a variabilidade durante o processo produtivo.

Outro teórico de destaque é William Edwards Deming que acredita que qualidade estava associada a conformidade de um produto de acordo com suas especificações técnicas. A Universidade de Stanford solicitou suas contribuições no início da II Guerra Mundial no que se referia a produção de armamentos bélicos. Em 1946 cria-se a *American Society for Quality Control* (ASQC), tendo Deming com um de seus membros notórios. Ele acreditava que não bastava envolver os trabalhadores da área de produção, mas também os da área de gestão, pois seria responsabilidade das lideranças assegurar condições para os trabalhadores da produção tivessem esforços individuais que permitissem melhorias efetivas ao nível dos sistemas produtivos, sendo o conceito de qualidade adotado por ele focado exclusivamente em aspectos técnicos dos produtos.

Outra concepção de qualidade foi a adotada por Joseph Juran que a caracterizava como adequação de um produto a sua utilização, associando qualidade a perspectiva do cliente. Ele apresenta uma base conceitual de que o

processo de gestão da qualidade deve estar dividido em três etapas distintas: planejamento, controle e melhoria, sendo necessário a criação de equipes distintas para execução destas fases.

Em 1956 Armand Feigenbaum propôs o conceito de controle da qualidade total, em que a qualidade resulta de um esforço de todos os trabalhadores envolvidos no processo produtivo, e não de apenas determinado grupo sendo a melhoria do processo de comunicação interdepartamental como umas das formas de garantia de qualidade, além da necessidade de criação de uma estrutura organizacional de suporte à gestão da qualidade.

Já Phillip Crosby associava qualidade na produção sem defeito, conceituando qualidade a conformidade do produto a suas especificações técnicas, associando seu conceito a ideia de “zero defeito” e “fazer certo a primeira vez”.

Kaoru Ishikawa contribuiu na conceituação de qualidade associando requisitos do consumidor ao seu conceito. Para ela a qualidade total inclui a participação de todos os envolvidos no processo produtivo, inclusive o consumidor final, sendo que para ele o processo produtivo envolve um conjunto de causas que devem ser controladas para obtenção de bens e serviços, criando assim o diagrama de causa e efeito (diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe).

Genichi Taguchi acreditava que a qualidade deveria ser garantida por meio do design dos produtos, associando a dimensão de consistência ao conceito de qualidade. Ele preocupava-se com os custos da qualidade para a sociedade, não considerando só o custo para a organização, mas também para o consumidor. Nessa perspectiva, evidenciou-se o efeito da acumulação de pequenas falhas de qualidade para a sociedade (GOMES, 2004).

Já David Garvin descreveu diferentes dimensões da qualidade permitindo que gestores, trabalhadores e clientes pensem e discutam questões relacionadas a esse aspecto de modo preciso, sendo papel das organizações identificar as dimensões da qualidade que consideram prioritárias (GOMES, 2004).

Cada vez mais a conceituação de qualidade está vinculada como satisfação dos clientes, contemplando a adequação ao uso bem como a conformidade com as especificações do produto (CARPINETTI, 2012). A qualidade é considerada algo que impacta organizações e os consumidores de forma positiva (GOMES, 2004).

Quando os usuários não possuem suas necessidades satisfeitas ou as expectativas atendidas, diz-se que a qualidade foi negligenciada (GOMES, 2004).

Para a saúde, o termo qualidade é usado em amplo sentido, englobando a satisfação com os serviços de saúde, custos, qualificação profissional, segurança, a aparência das unidades e a adequação dos equipamentos utilizados na prestação dos serviços (STARFIELD, 2002).

As diversas transformações ocorridas a nível mundial, como atual cenário político, a globalização da economia, a crescente difusão de tecnologias e a socialização dos meios de comunicação têm contribuído para uma mudança no comportamento dos usuários dos serviços de saúde, bem como para um aumento da competitividade na maioria das organizações. Neste contexto, as instituições prestadoras de serviços de saúde, compreendidas como empresas complexas, necessitam adaptar-se a esse novo cenário e tornar-se flexíveis afim de incorporarem estratégias capazes de atender a seus clientes, seja interno ou externo, que são a razão de ser da instituição na busca da garantia de alcance da qualidade dos serviços prestados (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014).

O conceito de qualidade, para a saúde, adquiriu um significado particular e diferenciado das demais atividades relacionadas à produção de bens de consumo, já que este ramo de atividade econômica é desenvolvido por grupos profissionais heterogêneos, com formação profissional distinta, dificultando o processo de trabalho em equipe (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014). Donabedian (1992) define qualidade para saúde como um conjunto de atributos associado a um nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos disponíveis com o mínimo de risco ao usuário com conseqüente grau de satisfação por parte deste.

Neste sentido, a avaliação dos serviços em saúde, considerada como um processo resultante com o qual as metas e objetivos estão sendo atingidos e de que forma este processo técnico-administrativo fornece insumos para o processo de tomada de decisões, vem sendo amplamente utilizada como estratégia de mensuração da qualidade da assistência prestada (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014).

A avaliação dos serviços deve ser capaz de subsidiar as tomadas de decisões para promover a eficácia dos programas e a obtenção da eficiência na utilização dos recursos, sendo fundamental para a caracterização do que deve ser

considerado um sistema de saúde ideal e acessível à população (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012). Novaes (2000) destaca a possibilidade da utilização de três dimensões para avaliação de serviços: a investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. Estes três tipos diferem entre si quanto ao objetivo, posição do avaliador, ao objeto avaliado, a metodologia adequada, ao contexto, a utilização da informação e a emprego de juízos de valores empregados.

A prática de avaliação dos serviços utilizando a percepção de usuários surge nos Estados Unidos e Europa na década de 1960 e em nosso país a partir da segunda metade da década de 1990, com o fortalecimento da participação social nos processos de planejamento e avaliação das ações em saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Independente do modelo de avaliação utilizado, quando se relaciona a temática de avaliação de serviços os estudiosos utilizam o modelo de Avedis Donabedian como referencial teórico base em estudos sobre a gestão da qualidade assistencial (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014). Donabedian (1992) aponta que quando se trata do processo de avaliação relacionado ao conceito de qualidade aos serviços de saúde, ela não deve ser considerada numa visão abstrata, mas analisada pela avaliação da assistência através de três dimensões: *estrutura* – relacionada a características estáveis da instituição (área física, recursos humanos, materiais); *processo* – conjunto de atividades desenvolvidas na produção dos serviços e produtos, nas relações estabelecidas entre profissionais e clientes e *resultado* – obtenção das características desejáveis dos produtos os serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde na saúde do usuário.

Além desses aspectos, o mesmo autor ressalta a importância da participação dos usuários na concepção, produção e avaliação dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

A qualidade da assistência pode ser mensurada mediante instrumentos que utilizem os seguintes aspectos: identificação das necessidades e expectativas dos usuários, o estabelecimento de padrões assistenciais, a sistematização para o planejamento e implementação da assistência, auditoria do processo assistencial e de recursos humanos qualificados e comprometidos com o desenvolvimento das ações assistenciais em conformidade com os padrões estabelecidos (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014).

Tais ferramentas de avaliação são importantes instrumentos empregados no processo de avaliação das ações dos serviços em saúde cabendo aos profissionais aprofundarem cada vez mais a reflexão destes aparatos, implementando-os nos diferentes contextos de sua prática profissional (DONABEDIAN, 1992).

Considerando a APS, a avaliação de serviços é de extrema relevância, pois viabiliza o planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. É necessário avaliar mais do que a efetividade técnica destes serviços, mas também a efetividade psicossocial, a qual seria dada pela satisfação de usuários e profissionais, já que a avaliação sob esta ótica fornece informações pertinentes sobre a qualidade do atendimento e os resultados do tratamento (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Para Brandão, Giovanella e Campos (2013), a satisfação é um processo dinâmico que sofre influências de fatores como a percepção da condição de saúde, crenças e características sociodemográficas, relacionando conteúdos que carregam expectativas individuais e coletivas, bem como fatores econômicos, políticos e culturais. Assim, as informações advindas da avaliação dos usuários quanto aos serviços de saúde podem fomentar melhorias do atendimento.

O crescente interesse por essa temática está atrelado à compreensão do usuário como provedor de informações confiáveis e adequadas, essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços. Nesse sentido, no contexto da APS, a percepção dos usuários é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência desse serviço e deve ser identificada como capaz de avaliar e intervir, modificando as práticas em saúde (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Sendo assim, a seguir será exposto o papel que a percepção dos usuários dos serviços da atenção primária possui no que se refere no processo de avaliação das ações empreendidas neste nível assistencial.

Com o avanço da tecnologia e popularização dos meios de comunicação informatizados, os usuários dos serviços de saúde dispõem de um novo canal para expor suas necessidades e expectativas. Incluir a perspectiva do usuário na interface de avaliação destes serviços apresenta-se como indicador sensível de qualidade, permitindo adequar suas ações frente as necessidades de seus usuários

e, ao mesmo tempo, promover mudanças em tais serviços baseadas em suas necessidades (INCHAUSPE; MOURA, 2015).

A satisfação do usuário é uma importante ferramenta de mensuração da qualidade prestada, já que possuem a potencialidade de proporcionar informações sobre o êxito do provedor em alcanças as expectativas dos usuários (ZACHARIAS et al, 2014).

Acosta e colaboradores (2016) apontam que a satisfação pode ser conceituada como a diferença encontrada entre a percepção do usuário e a sua expectativa pelo atendimento dispensado a ele. Sendo assim, pesquisas de satisfação envolvem a percepção subjetiva do usuário sobre o atendimento que recebe no serviço de saúde. Os resultados obtidos permitem aos gestores e profissionais identificar com mais facilidade os aspectos que necessitam de mais atenção, buscando opções para adequar o cuidado às necessidades dos usuários.

Instrumentos que abordem os aspectos que afetam a satisfação dos usuários tornam-se cada vez mais pertinentes, pois proporciona respeitabilidade as necessidades e expectativas dos usuários e informações para gestão na tomada de decisões. A avaliação de sua dimensão pode desvelar aspectos que não foram plenamente atendidos e direcionar novas estratégias para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada. Neste contexto, a pesquisa de satisfação surge como ferramenta capaz de avaliar o serviço de saúde sob a ótica de seus usuários (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

A avaliação dos serviços pautadas na satisfação dos usuários constitui ferramenta essencial nas políticas públicas como mecanismo para verificar a possibilidade de correção dos rumos, assim como também para proporcionar a continuidade do cuidado prestado, afim de que seus resultados possam ser sempre revistos e modificados, embasados nas demandas sociais (INCHAUSPE; MOURA, 2015).

Em decorrência da subjetividade e multidimensionalidade do conceito de satisfação, para sua mensuração é necessário que o instrumento utilizado contemple todos os aspectos que possam influenciar em seu resultado, de forma que consiga sintetizar os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura quanto do processo (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012).

No Brasil, estudos de satisfação destacam-se a partir da segunda metade da década de 1990, em decorrência da maior participação da comunidade nos processos de avaliação e planejamento das ações em saúde, associadas a promoção da noção de *accountability* (prestação de contas). O desenvolvimento do conceito de satisfação reforça o movimento do consumidor frente a suas demandas, sendo que a temática alcançou destaque principal nos últimos dez anos como medida de qualidade na avaliação dos serviços em saúde (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pela necessidade de verificar o grau de satisfação dos usuários idosos com os serviços prestados pela ESF, tendo em vista que melhores indicadores de saúde e utilização dos serviços oferecidos pela APS ocorrem associados a elevado grau de satisfação com tais serviços.

Existe uma lacuna no cenário de estudos referente à satisfação dos usuários dos serviços oferecidos pela ESF. Faz-se necessário uma busca das melhores evidências científicas que corroborem a necessidade e importância da inclusão da percepção dos usuários frente ao processo de avaliação da qualidade da assistência prestada por estes serviços.

O presente estudo sensibilizará o próprio usuário dos serviços sobre a importância de sua valoração nos aspectos que tangenciam o processo de planejamento e a tomada de decisão das ações de saúde.

Poderá também fortalecer as políticas públicas de saúde, fomentando ações que incorporem a satisfação dos usuários nas avaliações em saúde. Na prática, os profissionais poderão utilizar a perspectiva do usuário no planejamento e mensuração da efetividade das ações dispensadas à população.

Por fim, estudos como este são fontes importantes de informação sobre as expectativas e satisfação dos idosos com os serviços da APS, em especial as ações empreendidas pela ESF, corroborando com o surgimento de novas questões de estudo, readequação de programas e incentivos governamentais a ações de saúde e pesquisas relacionadas à temática em estudo.

Diante do exposto, o presente estudo visa responder as seguintes questões:

- a) Qual o perfil sociodemográfico e de condições de saúde dos idosos cadastrados pela Saúde da Família (SF)?
- b) Existe diferença entre a satisfação dos idosos cadastrados na SF conforme os serviços de saúde distribuídos nos distritos sanitários?
- c) Quais aspectos apresentam melhores escores de satisfação?
- d) Quais aspectos influenciam a satisfação dos idosos cadastrados na SF com os serviços de saúde?
- e) Qual a avaliação de satisfação dos idosos octogenários com a SF?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a satisfação dos usuários idosos com os serviços de saúde ofertados pela Estratégia de Saúde na Família no município de Uberaba (MG) e os aspectos relacionados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar o perfil sócio demográfico e de condições de saúde dos idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde na Família;
- 2) Avaliar a satisfação idosos cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde prestados;
- 3) Identificar os aspectos que influenciam a satisfação dos idosos cadastrados na Saúde da Família com os serviços de saúde;
- 4) Verificar se há diferenças nos escores de satisfação dos idosos cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde distribuídos nos Distritos Sanitários e fatores relacionados;
- 5) Descrever a satisfação idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde prestados.

4 MATERIAL E MÉTODOS

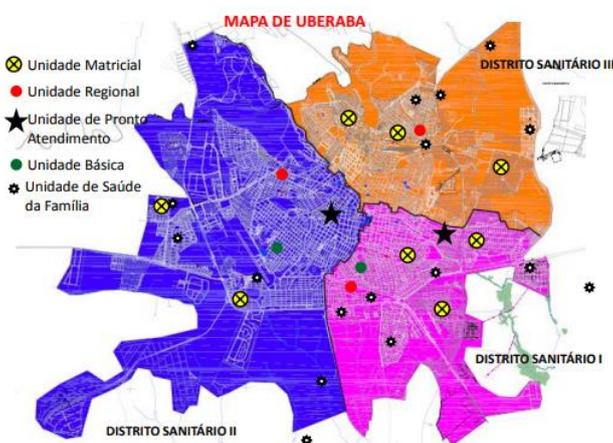
4.1 TIPO DE PESQUISA E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo inquérito domiciliar, de natureza quantitativa não-experimental, analítico, com delineamento transversal (POLIT; BECK, 2011).

Esta pesquisa foi realizada na área urbana do município de Uberaba/MG, sendo município polo da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, com população estimada em 325.279 habitantes em 2016 (IBGE, 2016). Possui localização estratégica a centros urbanos importantes como Belo Horizonte, São Paulo, Goiânia e Brasília. Economicamente, é forte no setor primário, com maior produto interno bruto (PIB) agrícola do estado, reconhecida internacionalmente por criação, desenvolvimento genético e comercialização do gado Zebu. Atrai expressivo contingente populacional, sobretudo nas áreas de saúde e educação, em especial pela presença do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) que é referência regional em atenção de serviços de alta complexidade (GOMES, 2015).

Uberaba está organizada em três Distritos Sanitários de Saúde (Figura 03), dos quais se subdividem em 47 áreas de abrangência com o objetivo de melhor organização, gestão e delimitação geográfica (UBERABA, 2014).

Figura 03 – Área de cobertura dos Distritos Sanitários de Saúde do município de Uberaba/MG.



Fonte: Uberaba, 2014.

4.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

Esta pesquisa é parte integrante de um estudo de maior abrangência intitulado “Conhecimento sobre HIV/aids e satisfação com o serviço de saúde de idosos usuários da Estratégia Saúde da Família”.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação em um modelo de regressão linear múltipla com sete preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*) versão 14, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 228$. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista seria de 285.

Nesta pesquisa, a amostra foi constituída pelos idosos que atenderam os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; serem cadastrados nas equipes de Saúde da Família da área urbana do município de Uberaba-MG há pelo menos 06 meses e, tendo realizado, no mínimo, um atendimento na referida unidade de Saúde da Família.

A variável dependente principal foi a satisfação geral com os serviços da unidade de saúde.

4.3 MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS

4.3.1 Etapas do estudo

O estudo foi realizado em três etapas distintas: aplicação de estudo piloto, cadastro de idosos e seleção de participantes da pesquisa e aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Na primeira etapa, foram entrevistados 20 idosos de uma única unidade de saúde, respeitando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os idosos participantes desta etapa não compuseram a amostragem da pesquisa. O piloto teve como objetivos, consolidar o processo de validação de conteúdo do questionário sociodemográfico e auxiliar no planejamento das demais etapas do

estudo, com o intuito de diminuir possíveis vieses de seleção, recrutamento e coleta de dados.

Na etapa de cadastro e seleção dos participantes foi solicitado para as equipes da Saúde da Família as fichas de cadastro familiar que continham as informações dos membros familiares acompanhados com os respectivos dados cadastrais (endereço, idade, sexo, etc). Destas fichas, foram identificados os idosos pertencentes às equipes das ESF sendo elaborado, no programa Microsoft Excel®, banco de dados com as seguintes informações: nome completo do usuário, endereço, telefones de contato e idade em anos completos. Os dados obtidos foram digitados e tabulados no banco de dados por dupla entrada e digitadores independentes visando minimizar as falhas. O processo de recrutamento dos participantes foi realizado através de amostragem aleatória simples do banco de dados em conformidade com a proporção de idosos cadastrados nas respectivas equipes.

Na terceira etapa da pesquisa, foi realizado o convite para participação no estudo via contato telefônico prévio ou visita domiciliar.

4.3.2 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta dos dados. O primeiro construído pelos próprios pesquisadores, contendo dados sociodemográficos, condições de saúde e acesso aos serviços (Apêndice A). O instrumento foi previamente testado através de um estudo piloto para verificação da adequação aos objetivos do estudo.

Inicialmente foi avaliada a capacidade cognitiva do idoso através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo A). Tal instrumento, traduzido e validado no Brasil, é composto por questões referentes à orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial. O escore varia de 0 a 30 pontos e o ponto de corte será considerado de acordo com a escolaridade do idoso: 13 para analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudo e 26 para acima de 11 anos (BERTOLUCCI et al, 1994). A entrevista somente teve continuidade se o idoso atingiu a pontuação equivalente para sua

escolaridade. Caso o idoso não fosse considerado apto para responder às questões, não foi dada continuidade na aplicação dos instrumentos.

Para a avaliação da satisfação dos idosos foi aplicado o Questionário de Satisfação com os cuidados primários de Saúde. Elaborado por Raposo, Alves e Duarte (2009) em Portugal, e adaptado e validado no Brasil por Paz, Parreira e Serra (2014) (Anexo B). O questionário apresenta 33 itens compostos em cinco dimensões: instalações da unidade, atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde, atendimento de Enfermagem, atendimento Médico e percepções e necessidades dos usuários. As respostas aos enunciados do instrumento foram organizadas em escala do tipo *Likert* de concordância com 7 pontos, que varia entre: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo bastante; 3 - discordo pouco; 4 - nem concordo, nem discordo; 5 - concordo um pouco; 6 - concordo bastante e 7 - concordo totalmente. Foi solicitada a anuência da autora principal que realizou a adaptação e validação do instrumento no Brasil para sua utilização neste estudo.

4.3.3 Variáveis do estudo

- a) Variáveis sociodemográficas, condições de saúde e acesso aos serviços de saúde: idade (em anos completos), sexo (masculino e feminino), estado conjugal (solteiro; casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado; viúvo e solteiro), raça/cor autodeclarada (branca; preta; parda; amarela e indígena), religião (católica; evangélica; espírita e outras), escolaridade (anos completos), aposentadoria (sim ou não), ocupação profissional, renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5), renda familiar, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5), número de filhos, quantidade de pessoas que moram na residência do participante, arranjo familiar (mora só; com cuidado profissional; com cônjuge e outros arranjos), tabagismo, etilismo, prática de atividade física, tipo de atividade física (caminhada; hidroginástica; dança; musculação; pilates/alongamento/yoga, ginástica orientada e outros), morbidades (diabetes; hipertensão arterial; reumatismo; artrite/artrose; osteoporose; asma/bronquite; tuberculose, varizes; problemas cardíacos; obesidade; acidente vascular encefálico; Parkinson; Alzheimer;

incontinência urinária; incontinência fecal; constipação; problemas visuais; problemas de coluna; problema renal; tumores benignos; tumores malignos; hipotireoidismo; HIV/aids e outras), serviços de saúde que utiliza (público; privado ou ambos), convênio médico, frequência de visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no último ano (uma vez ao mês; uma vez a cada três meses; uma vez a cada seis meses; uma vez no último ano e nenhuma vez), frequência de utilização da unidade de saúde no último ano (mais de uma vez na semana; semanal; quinzenal; mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual, somente em último caso ou não utiliza).

- b) Satisfação com os serviços: instalações da unidade, atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde, atendimento de Enfermagem, atendimento Médico e percepções e necessidades dos usuários.

4.3.4 Coleta dos dados

Para a coleta de dados optou-se pela entrevista direta dos instrumentos, que poderiam ser auto aplicáveis, e em decorrência de uma possível dificuldade de leitura e compreensão dos itens dos questionários e problemas de saúde dos idosos. As entrevistas ocorreram na residência dos idosos ou local acordado com o mesmo que não fosse a unidade de saúde.

As atividades de campo foram realizadas por 15 entrevistadores selecionados e capacitados para o desenvolvimento das atividades de pesquisa (maio a novembro de 2017).

Foram tomados cuidados no momento da aplicação dos instrumentos como a não interferência na escolha das respostas dos participantes. No caso de dúvida por parte do idoso, o entrevistador apenas releu a questão de forma pausada, evitando dar sinônimos às perguntas. As questões do questionário relacionadas à satisfação dos serviços foram respondidas tendo como base as últimas visitas aos serviços de saúde. Ao término da entrevista, foi verificado atentamente se ficou alguma questão sem resposta e se somente uma alternativa foi marcada para cada questão. Quando mais de 20% dos itens não foi preenchido, o entrevistador retornou ao local para seu preenchimento, na impossibilidade o questionário foi descartado.

Todas as entrevistas foram revisadas pelo pesquisador e sempre que houve dúvidas e/ou necessidade de complementar os dados, o entrevistador retornou à residência dos idosos para as devidas correções.

4.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construída uma planilha eletrônica para armazenagem dos dados, através do programa Excel®. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistências. Quando houve diferenças, o pesquisador buscou a entrevista original para as devidas correções.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o alcance do primeiro objetivo “*Caracterizar o perfil sócio demográfico e de condições de saúde dos idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde na Família*” foi empreendida análise univariada considerando a distribuição de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas (média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%) e frequências (absoluta e relativa) para as variáveis categóricas, considerando as variáveis que integraram o instrumento de caracterização sociodemográfica e condições de saúde. Os resultados foram apresentados em tabelas.

Para o alcance do segundo objetivo “*Avaliar a satisfação dos idosos cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde prestados*” foram consideradas as análises provenientes da aplicação do instrumento *Avaliação da Satisfação com os Cuidados Primários em Saúde* (PAZ; PARREIRA; SERRA, 2014). Conforme o Escore geral total obtido pela aplicação do instrumento, foi avaliada a distribuição do resultado frente à normalidade utilizando-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p \geq 0,05$). Ao violar-se a distribuição normal, os escores obtidos foram divididos conforme o valor da mediana em dois grupos (G1= Satisfeitos; G2= Muito Satisfeitos). As análises consideraram estatística descritiva para os resultados obtidos nos dois grupos (média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%) e a porcentagem de alcance da média frente ao

total do escore. As análises foram empreendidas para cada dimensão do instrumento (perfazendo 06 dimensões: Dimensão 01 – *Instalações da unidade*; Dimensão 02 – *Agente Comunitário de Saúde*; Dimensão 03 – *Enfermagem*; Dimensão 04 - *Médicos*; Dimensão 05 – *Percepções e necessidades* e Dimensão 06 – *Escore Total de Satisfação*). Ainda, as análises foram empreendidas para os 33 itens que compõem o instrumento as dimensões correspondentes. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos (*Boxplot*).

Para o alcance do terceiro objetivo “*Identificar os aspectos que influenciam a satisfação dos idosos cadastrados na SF com os serviços de saúde*”, foi considerada análise bivariada tendo como aspectos influenciadores características sociodemográficas (idade, escolaridade, renda familiar) e características relacionadas aos serviços de saúde (frequência da visita do agente comunitário e frequência de uso da unidade de saúde). A escolha dessas variáveis pauta-se em fatores que, conforme a literatura, podem relacionar-se com a satisfação dos serviços. O desfecho de interesse considerou as diferenças entre os idosos que apresentaram escore total conforme o valor da mediana em dois grupos (G1= Satisfeitos; G2= Muito Satisfeitos). A análise bivariada precedeu da transformação das variáveis de interesse em variáveis dicotômicas. Sendo as variáveis independentes:

- *Aspectos sociodemográficos:*
 - Idade (variável numérica);
 - Escolaridade - foi categorizada conforme cinco posições sendo a distribuição: posição 1 – sem escolaridade; posição 2 – de um a quatro anos completos; posição 3 – de cinco a oito anos completos; posição 4 – de seis a 12 anos completos de estudo e posição 5 – acima de 12 anos de estudo;
 - Renda familiar - conforme cinco posições sendo a distribuição: posição 1 – não possuir renda; posição 2 – inferior a um salário mínimo; posição 3 – um salário mínimo; posição 4 – de um a três salários mínimos e posição 5 – de três a cinco salários mínimos;
 - Sexo (feminino e masculino);
 - Raça/cor da pele autodeclarada (branca e demais cor de pele autodeclaradas).

- *Aspectos relacionados aos serviços de saúde:*
 - Visita do agente comunitário - categorizadas conforme cinco posições: posição 1 - uma vês por mês; posição 2 - a cada 3 meses; posição 3 - a cada 6 meses; posição 4 - uma vês no último ano e posição 5 - nenhuma vez no último ano;
 - Frequência de uso de serviço ofertados pela ESF - categorizadas conforme 10 posições: posição 1 - Mais de uma vez na semana; posição 2 – Semanal; posição 3 – Quinzenal; posição 4 - Mensal; posição 5 – Bimestral; posição 6 –trimestral; posição 7 – Semestral; posição 8 – Anual; posição 9 - Somente em último caso e posição 10 - Não utiliza os serviços da unidade de saúde;
 - Possuir ou não convênio de saúde.

Para as variáveis dicotômicas possuir convênio, sexo e raça/cor da pele autodeclarada foi empreendida análise de Qui-quadrado com correção Yates ($p \leq 0,05$). Para as demais variáveis, foi empreendido análise de diferenças de postos para mais de dois grupos – *Mann Whitney* – sendo a significância de 5% ($p \leq 0,05$), respeitando a violação da homocedasticidade para as diferenças de variância (Teste de *Levene* $p \geq 0,05$) e teste de normalidade (Teste de *Kolmogorov-Smirnov* $p \geq 0,05$). Os resultados foram apresentados em tabelas.

Para o alcance do quarto objetivo “*Verificar se há diferenças nos escores de satisfação dos idosos cadastrados na SF conforme os serviços de saúde distribuídos nos distritos sanitários e fatores relacionados*”, foram consideradas as análises provenientes da aplicação do instrumento *Avaliação da Satisfação com os Cuidados Primários em Saúde* (PAZ; PARREIRA; SERRA, 2014). Os escores obtidos foram analisados conforme sua distribuição nos Distritos Sanitários (Distrito I; Distrito II; Distrito III). As análises consideraram estatística descritiva para os resultados obtidos em cada Distrito Sanitário (média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%) e a porcentagem de alcance da média frente ao total do escore. As análises foram empreendidas para cada dimensão do instrumento (perfazendo 06 dimensões: Dimensão 01 – Instalações da unidade; Dimensão 02 – Agente Comunitário de Saúde; Dimensão 03 – Enfermagem; Dimensão 04 - Médicos; Dimensão 05 – Percepções e necessidades e Dimensão

06 – Escore Total de Satisfação). Ainda, as análises foram empreendidas para os 33 itens que compõem o instrumento as dimensões correspondentes. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos (*Boxplot*).

A análise bivariada, para identificar os fatores relacionados aos escores de satisfação em cada Distrito Sanitário precedeu da transformação das variáveis de interesse em variáveis dicotômicas. Sendo as variáveis independentes:

- *Aspectos sociodemográficos:*
 - Idade (variável numérica);
 - Escolaridade - foi categorizada conforme cinco posições sendo a distribuição: posição 1 – sem escolaridade; posição 2 – de um a quatro anos completos; posição 3 – de cinco a oito anos completos; posição 4 – de seis a 12 anos completos de estudo e posição 5 – acima de 12 anos de estudo;
 - Renda familiar - conforme grupo de cinco posições sendo a distribuição: posição 1 – não possuir renda; posição 2 – inferior a um salário mínimo; posição 3 – um salário mínimo; posição 4 – de um a três salários mínimos e posição 5 – de três a cinco salários mínimos;
 - Sexo (feminino e masculino);
 - Raça/cor da pele autodeclarada (branca e demais cor de pele autodeclaradas).

- *Aspectos relacionados aos serviços de saúde:*
 - Visita do agente comunitário - categorizadas conforme cinco posições: posição 1 - uma vez por mês; posição 2 - a cada 3 meses; posição 3 - a cada 6 meses; posição 4 - uma vez no último ano e posição 5 - nenhuma vez no último ano;
 - Frequência de uso de serviços ofertados pela ESF - categorizadas conforme 10 posições: posição 1 - Mais de uma vez na semana; posição 2 – Semanal; posição 3 – Quinzenal; posição 4 - Mensal; posição 5 – Bimestral; posição 6 –trimestral; posição 7 – Semestral; posição 8 – Anual; posição 9 - Somente em último caso e posição 10 - Não utiliza os serviços da unidade de saúde;
 - Possuir ou não convênio de saúde.

Para as variáveis dicotômicas possuir convênio, sexo e raça/cor da pele autodeclarada foi empreendida análise Qui-quadrado com correção Yates ($p \leq 0,05$). A verificação das diferenças considerou a aplicação de teste paramétrico ANOVA conforme distribuição da normalidade teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p \geq 0,05$) e homogeneidade da variância (Teste de *Levene* $p \geq 0,05$). Na violação dos princípios de homocedasticidade foi aplicado o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* considerando significância de 5% ($p \leq 0,05$). Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos (*Boxplot*).

Para o alcance do quinto objetivo “*Descrever a satisfação idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família conforme os serviços de saúde prestados*” foram consideradas as análises provenientes da aplicação do instrumento *Avaliação da Satisfação com os Cuidados Primários em Saúde* (PAZ; PARREIRA; SERRA, 2014). Conforme o Escore geral total obtido pela aplicação do instrumento, foi avaliada a distribuição do resultado frente à normalidade utilizando-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p \geq 0,05$). Ao violar-se a distribuição normal, os escores obtidos foram divididos conforme o valor da mediana em dois grupos (G1= Satisfeitos; G2= Muito Satisfeitos). Foi empreendida análise univariada, considerando cada grupo, a distribuição de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas (média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança de 95%) e frequências (absoluta e relativa) para as variáveis categóricas, considerando as variáveis que integraram o instrumento de caracterização sociodemográfica e condições de saúde. Os resultados foram apresentados em tabela.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFTM e foi aprovado sob o protocolo nº 2.041.624 (Anexo D). Todos os idosos que concordaram em participar da pesquisa receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, destino dos dados coletados e contribuição dos resultados obtidos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), após terem recebido informações sobre

a garantia do sigilo e respeito à liberdade de retirada do consentimento e/ou desistência em participar da pesquisa a qualquer momento. Os dados estão mantidos sob a guarda dos pesquisadores responsáveis, sendo garantido o sigilo e confidencialidade do participante. O projeto pautou-se nas determinações da Resolução 466/12 que atualmente regulamenta a pesquisa com seres humanos.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados a seguir, conforme os objetivos propostos para a presente pesquisa.

Em relação aos participantes do estudo frente a amostra prevista de 228 participantes, foram selecionados inicialmente 285 idosos, sendo entrevistados 238 indivíduos, houve perda de 16% relacionados a rastreio de declínio cognitivo, através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (n=7), recusa em participar do estudo (n=18) e idosos não encontrados em domicílio (n=22).

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS

Quanto ao perfil sóciodemográfico dos idosos participantes do estudo 68,5% eram do sexo feminino, com média de idade de 71,5 anos, mínimo de 60 e máximo de 91 anos, sendo a maioria dos participantes com estado civil casado(a)/mora com companheiro(a) (44,1%), cor da pele branca (46,2%), de religião católica (62,2%), com escolaridade entre um a quatro anos completos (54,6%), aposentados (84,5%), sem ocupação profissional (81,1%), com rendimento individual de um salário mínimo (52,2%) e rendimento familiar de um a três salários mínimos (58,0%), sendo o arranjo familiar composto por novas formas de arranjos (60,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de aspectos sociodemográficos dos idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba, Minas Gerais, 2017. (n=238) (Continua)

Aspectos sociodemográficos	n	%
Sexo		
Masculino	163	68,5
Feminino	75	31,5
Estado Civil		
Solteiro	27	11,3
Casado/Mora com companheiro(a)	105	44,1
Viúvo(a)	80	33,6
Separado(a) ou divorciado(a)	26	10,9

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Tabela 1 – Distribuição de aspectos sociodemográficos dos idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=238) (Continuação)

Aspectos sócio demográficos	n	%
Raça/Cor		
Branca	112	47,0
Preta	52	21,8
Parda	72	30,3
Amarela	2	0,8
Religião		
Católica	148	62,2
Evangélica	43	18,1
Espírita	40	16,8
Outra	7	2,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	33	13,9
De 01 a 04 anos completos	130	54,6
De 05 a 08 anos completos	54	22,7
De 09 a 12 anos completos	14	5,9
Acima de 12 anos	7	2,9
Aposentadoria		
Sim	202	84,9
Não	36	15,1
Ocupação profissional		
Sim	44	18,5
Não	194	81,5
Rendimento individual		
Não tem renda	14	5,9
Inferior a 01 salário mínimo	11	4,6
01 salário mínimo	127	53,8
01 a 03 salários mínimos	71	29,8
03 a 05 salários mínimos	13	5,5
Superior a 05 salários mínimos	2	0,8
Rendimento familiar		
Não tem renda	7	2,9
Inferior a 01 salário mínimo	5	2,1
01 salário mínimo	30	12,6
01 a 03 salários mínimos	143	60,1
03 a 05 salários mínimos	43	18,1
Superior a 05 salários mínimos	10	4,2
Arranjo Familiar		
Sozinho(a)	41	17,2
Cônjuge	51	21,4
Outros arranjos	146	61,4

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Em relação aos aspectos clínicos dos idosos participantes do estudo, em sua maioria não são tabagistas (65,1%) nem etilistas (73,9%) e não praticantes de atividades físicas (59,2%). Entre os idosos praticantes de atividade física, os mesmos referiram praticar caminhada (30,7%), hidroginástica (9,7%) e pilates/alongamento/yoga (3,8%). Considerando os aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde grande parte dos entrevistados informaram utilizar o serviço público de saúde (69,7%) e não possuir convênio particular de saúde (66,8%). Quase a metade, informou receber no mínimo uma visita ao mês do ACS (55,0%) e frequentar o serviço de saúde ao qual está cadastrado pelo menos uma vez ao mês (50,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de aspectos clínicos e acesso aos serviços de saúde de idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=238) (Continua)

Aspectos clínicos e de condições de saúde	n	%
Tabagismo		
Sim	37	15,5
Não	158	65,6
Ex-tabagista	45	18,9
Etilismo		
Sim	44	18,5
Não	177	74,4
Ex-etilista	17	7,1
Atividade Física		
Sim	97	40,8
Não	141	59,2
Tipo de atividade física*		
Caminhada	73	30,7
Hidroginástica	23	9,7
Dança	4	1,7
Musculação	5	2,1
Pilates/Alongamento/Yoga	9	3,8
Ginástica orientada (serviço de saúde)	6	2,5
Outros	14	5,9

* Cada participante poderia escolher mais de uma modalidade de atividade física que praticasse. A frequência relativa dos tipos de atividade física foi calculada considerando o número de atividades declaradas pelos participantes (n=134).

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Tabela 2 – Distribuição de aspectos clínicos e acesso aos serviços de idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=238) (Continuação)

Aspectos clínicos e de condições de saúde	n	%
Morbidades*		
Diabetes	99	41,6
Hipertensão	181	76,1
Reumatismo	65	27,3
Artrite/Artrose	100	42,0
Osteoporose	58	24,4
Asma/bronquite	30	12,6
Tuberculose	3	1,3
Varizes	97	40,8
Problemas cardíacos	86	36,1
Obesidade	37	15,5
Acidente vascular encefálico	14	5,9
Parkinson	4	1,7
Alzheimer	4	1,7
Incontinência urinária	40	16,8
Incontinência fecal	13	5,5
Constipação intestinal	27	11,3
Problemas visuais	156	65,5
Problemas de coluna	115	48,3
Problemas renais	42	17,6
Tumores benignos	21	8,8
Tumores malignos	4	1,7
Hipotireodismo	41	17,2
HIV/aids	3	1,3
Outros	16	6,7
Tipo de Serviço de Saúde que utiliza		
Público	167	70,1
Privado	13	5,5
Ambos	58	24,4
Convênio de Saúde		
Possui	78	32,8
Não possui	160	67,2
Frequência de visita do Agente Comunitário de Saúde		
Menos de uma vez ao mês	104	43,7
Uma vez ao mês	134	56,3
Frequência de utilização dos serviços de saúde (ESF)		
Uma vez ao mês	122	51,3
Mais de uma vez ao mês	116	48,7

* Cada participante poderia apresentar mais de uma morbidade. A frequência relativa das morbidades foi calculada considerando o número total de morbidades referidas pelos participantes (n=1.256).

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

5.2 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE IDOSOS CADASTRADOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Conforme a apresentação da distribuição dos valores totais das avaliações de satisfação realizadas pelos idosos, apresentaram valor médio=186,7, mediana=195,0, desvio padrão=+/-31,4 valor mínimo de 84 e máximo de 231. Quanto ao comportamento amostral, conforme teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p=0,001$), pode ser assumido uma distribuição não normal. Neste sentido, para a classificação dos idosos quanto à satisfação foram organizados em satisfeitos e muito satisfeitos, sendo o ponto de corte para a composição dos grupos o valor da mediana.

Verifica-se através da comparação do valor médio das avaliações de satisfação que as dimensões *Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Enfermagem* foram melhores avaliadas tanto para o grupo de satisfeitos quanto para os muito satisfeitos (Tabela 3).

Tabela 3 – Escores de satisfação por dimensões de idosos segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017. (n=238)

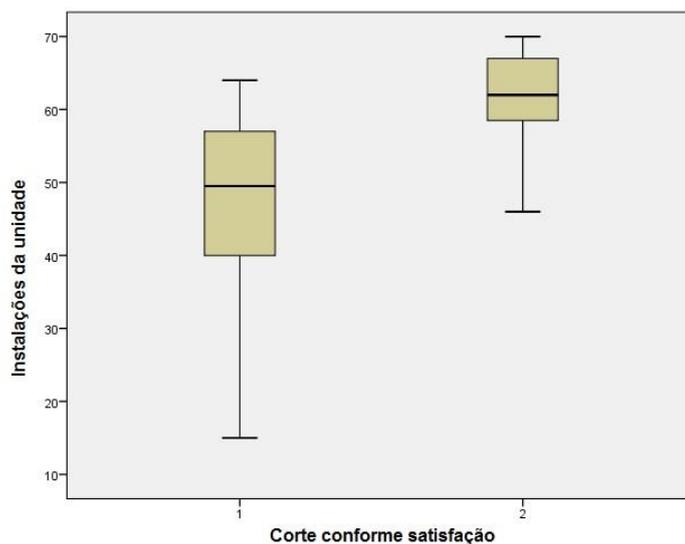
Dimensão	Satisfeito				Escore (%)	Muito Satisfeito				Escore (%)
	Média	Dp	Md	IC95%		Média	Dp	Md	IC95%	
Instalações da Unidade	47,5	10,7	49,5	45,5;49,4	67,9	62,1	5,5	62,0	61,2;63,2	88,7
Agentes Comunitário de Saúde	20,9	5,3	22,0	19,9;21,9	74,6	26,1	2,3	27,0	25,7;26,5	93,2
Enfermagem	40,7	9,0	43,0	39,0;42,4	72,7	51,7	3,9	53,0	51,0;52,4	92,3
Médicos	35,8	7,9	38,0	34,4;37,3	73,1	45,1	3,6	46,0	44,4;45,8	92,0
Percepções e necessidades	17,8	6,0	20,0	16,9;19,1	63,6	25,0	2,5	25,0	24,6;25,5	89,3
Escore Total de Satisfação	162,9	27,3	170,0	157,6;167,9	70,5	210,1	10,8	209,0	208,2;212,0	91,0

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Dp – Desvio padrão; Md – Mediana, IC95% - Intervalo de confiança de 95% Escore – percentual de participação do valor médio encontrado por dimensão segundo a pontuação máxima da dimensão.

Pontuação máxima escore total de Satisfação: 231; Pontuação máxima domínio Instalações da unidade: 70; Pontuação máxima domínio Agentes Comunitários de Saúde: 28; Pontuação máxima domínio Enfermagem: 56; Pontuação máxima domínio Médicos: 49; Pontuação máxima domínio Percepções e necessidades: 28.

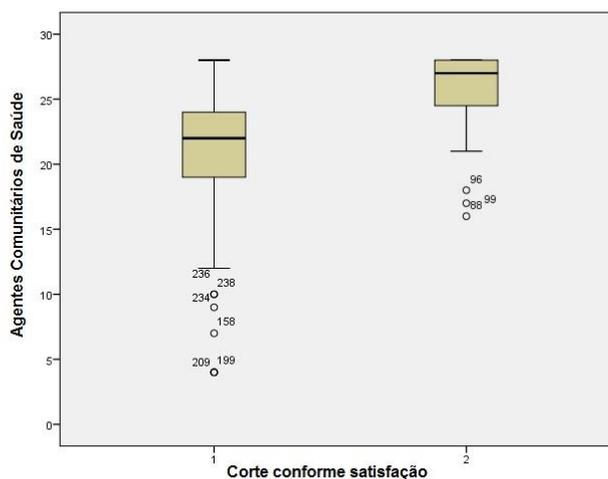
Em sequência, apresenta-se a distribuição gráfica das diferenças das médias dos escores de avaliação encontrados por domínios do instrumento de satisfação com os cuidados primários de saúde (Figura 4; Figura 5; Figura 6; Figura 7; Figura 8 e Figura 9).



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Satisfeitos (1); Muito satisfeitos (2).

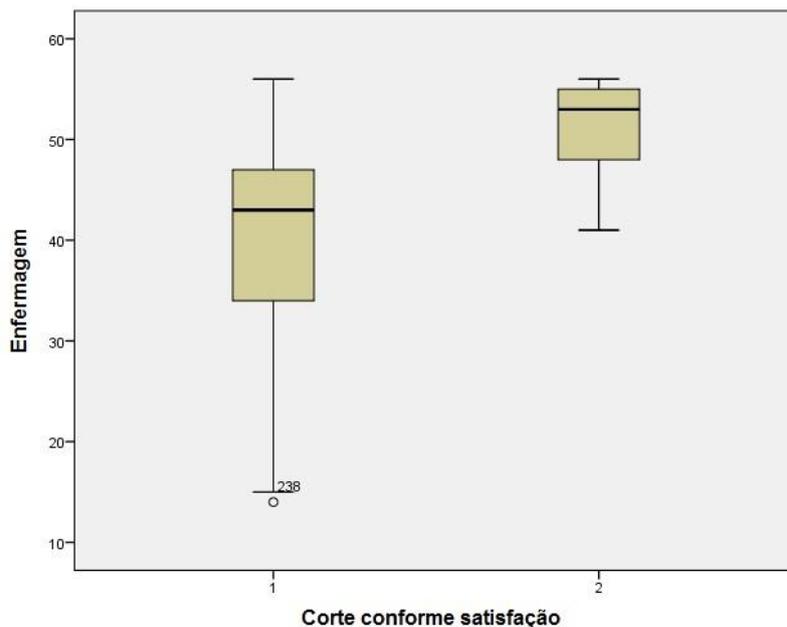
Figura 4 – *Boxplot* do resultado da avaliação da dimensão *Instalações da unidade* pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

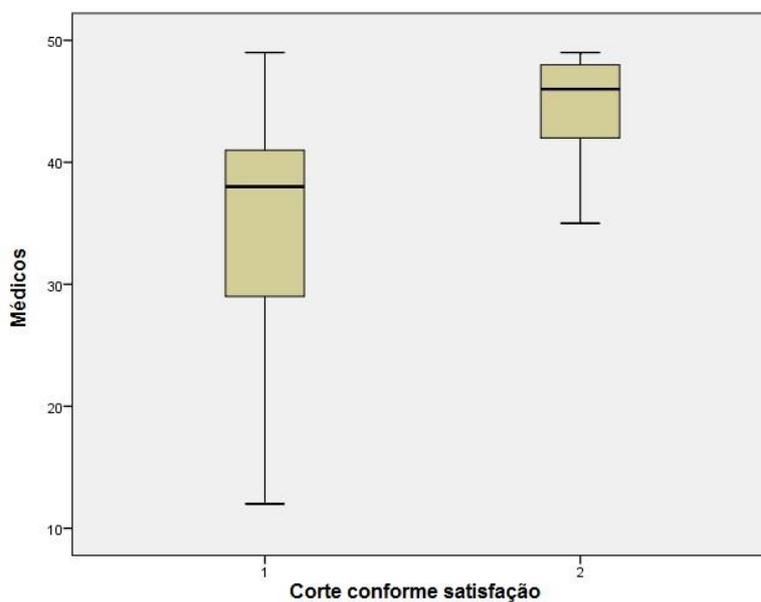
Legenda: Satisfeitos (1); Muito satisfeitos (2).

Figura 5 – *Boxplot* do resultado da avaliação da dimensão *Agentes Comunitários de Saúde* pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.



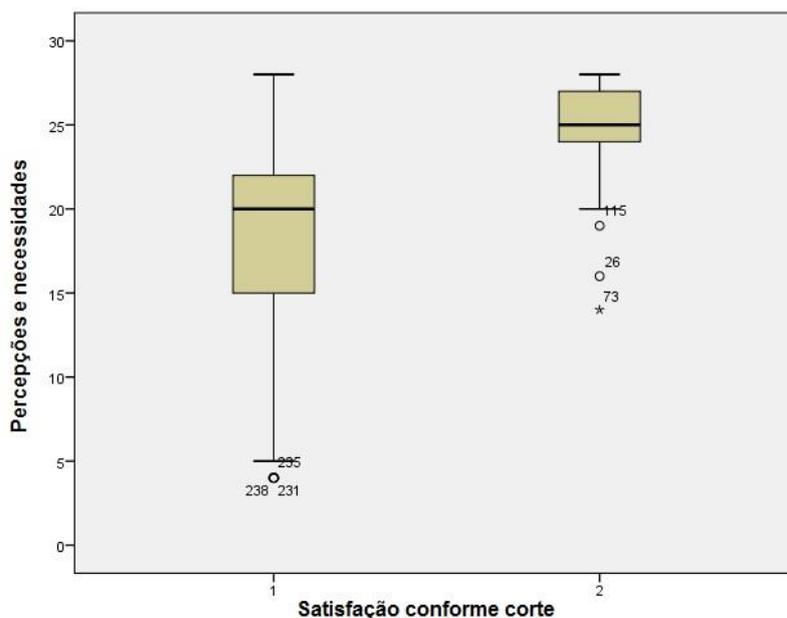
Fonte: dados da pesquisa, 2017.
 Legenda: Satisfeitos (1); Muito satisfeitos (2).

Figura 6 – *Boxplot* do resultado da avaliação da dimensão *Enfermagem* pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.



Fonte: dados da pesquisa, 2017.
 Legenda: Satisfeitos (1); Muito satisfeitos (2).

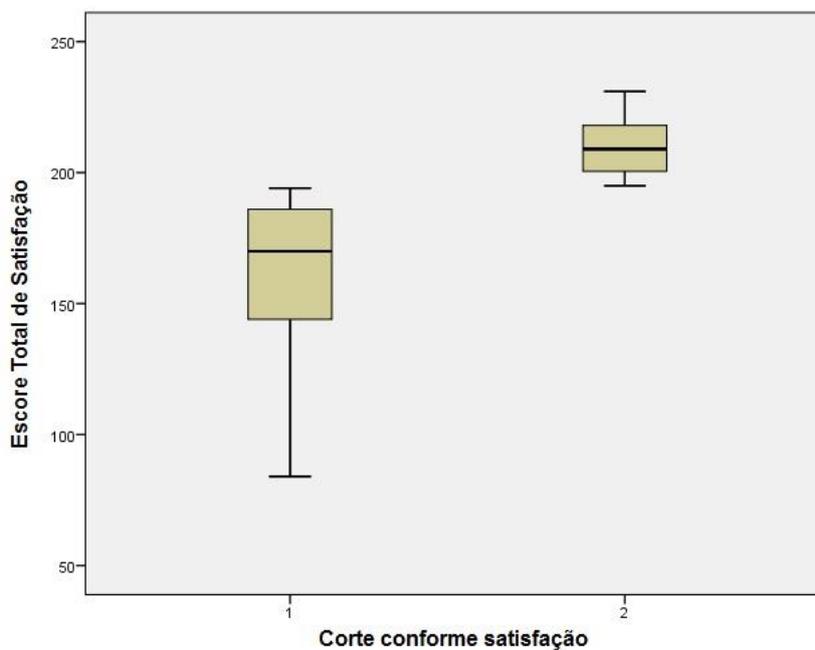
Figura 7 – *Boxplot* do resultado da avaliação da dimensão *Médicos* pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Satisfeitos (1); Muito satisfeitos (2).

Figura 8 – *Boxplot* do resultado da avaliação da dimensão *Percepções e necessidades dos usuários* pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Satisfeitos (1); Muito satisfeitos (2).

Figura 9 – *Boxplot* do resultado da avaliação do *Escore Total de Satisfação* pelos idosos por grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017.

Quanto a análise dos itens que compõem o instrumento de avaliação da *Satisfação com os Cuidados Primários* pela comparação do valor médio das avaliações de satisfação entre o grupo de idosos Satisfeitos os itens melhores avaliados foram: *Os Agentes Comunitários são atenciosos* (Média=5,7); *Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução* (Média=5,5) e *Os Enfermeiros são atenciosos* (Média=5,5). Já os itens piores avaliados foram: *A clínica tem instalações adequadas para pessoas com deficiência* (Média=4,2); *Normalmente se espera pouco para ser atendido pela Enfermagem* (Média=4,2) e *Esta unidade de saúde está muito próxima de uma unidade de saúde perfeita* (Média=3,9).

Considerando o grupo de idosos classificados como Muito Satisfeitos os itens melhores avaliados foram: *Os Agentes Comunitários são atenciosos* (Média=6,7); *Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e sua resolução* (Média=6,7) e *Os Agentes Comunitários explicam claramente o que o senhor(a) deve fazer* (Média=6,7). Já os itens piores avaliados foram: *Normalmente se espera pouco para ser atendido pela Enfermagem* (Média=5,7); *Normalmente se espera pouco para ser atendido pelos Médicos* (Média=5,79) e *Esta unidade de saúde está muito próxima de uma unidade de saúde perfeita* (Média=5,9) (Tabela 4).

Tabela 4 - Escores de satisfação com os Cuidados Primários em Saúde de idosos segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017. (n=238)
(Continua)

Item Questionário	Satisfeito					Muito Satisfeito				
	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)
Instalações										
Boa aparência	4,9	1,5	5,0	4,6; 5,2	70,0	6,2	0,9	6,0	6,0; 6,3	88,6
Temperatura agradável	4,9	1,5	5,0	4,7; 5,2	70,0	6,0	1,0	6,0	5,9; 6,3	85,7
Instalações confortáveis	4,8	1,4	5,0	4,6; 5,1	68,6	6,2	0,8	6,0	6,1; 6,4	88,6
Instalações limpas	5,0	1,5	5,0	4,7; 5,3	71,4	6,3	0,8	6,5	6,1; 6,5	90,0
Banheiros limpos	4,5	1,6	4,0	4,2; 4,8	64,3	6,0	1,2	6,0	5,8; 6,2	85,7
Consultórios com espaço suficiente	4,8	1,6	5,0	4,5; 5,0	68,6	6,3	0,9	7,0	6,2; 6,5	90,0
Adequação para deficientes	4,2	1,6	4,0	3,9; 4,6	60,0	6,0	1,2	6,0	5,8; 6,2	85,7
Serviços bem sinalizados	4,7	1,7	5,0	4,4; 5,0	67,1	6,2	1,0	6,0	6,0; 6,4	88,6
Horário é adequado	4,7	1,8	5,0	4,4; 5,0	67,1	6,5	0,9	7,0	6,3; 6,6	92,9
Informações sobre cuidados de saúde	4,8	1,6	5,0	4,5; 5,1	68,6	6,4	0,8	7,0	6,2; 6,5	91,4
Agentes Comunitários de Saúde										
Atenciosos	5,7	1,5	6,0	5,4; 5,9	81,4	6,7	0,7	7,0	6,5; 6,8	95,7
Interessam-se pelos problemas	5,5	1,5	6,0	5,2; 5,8	78,6	6,7	0,6	7,0	6,5; 6,8	95,7
Explicam o que deve fazer	5,2	1,7	6,0	4,9; 5,5	74,3	6,7	0,5	7,0	6,6; 6,8	95,7
Pouca espera pelo atendimento	4,5	1,9	5,0	4,2; 4,9	64,3	6,0	1,4	6,0	5,8; 6,3	85,7
Enfermagem										
Atenciosos	5,5	1,3	6,0	5,3; 5,8	78,6	6,6	0,6	7,0	6,5; 6,7	94,3
Interessam-se pelos problemas	5,0	1,5	5,0	4,8; 5,3	71,4	6,6	0,6	7,0	6,5; 6,7	94,3
Fazem tudo o que podem	5,1	1,4	6,0	4,8; 5,4	72,9	6,6	0,8	7,0	6,4; 6,7	94,3
Explicam o que deve fazer	5,1	1,6	6,0	4,8; 5,3	72,9	6,5	0,7	7,0	6,4; 6,7	92,9
Competentes nos tratamentos	5,3	1,5	6,0	5,0; 5,5	75,7	6,6	0,5	7,0	6,5; 6,7	94,3
Está disponível	5,2	1,4	6,0	4,9; 5,4	74,3	6,5	0,8	7,0	6,3; 6,7	92,9
Respeita o horário de atendimento	5,3	1,3	6,0	5,0; 5,6	75,7	6,5	0,7	7,0	6,4; 6,7	92,9
Pouca espera pelo atendimento	4,2	1,6	4,0	3,9; 4,5	60,0	5,7	1,4	6,0	5,5; 6,0	81,4

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Dp – Desvio padrão; Md – Mediana, IC95% - Intervalo de confiança de 95% Escore – percentual de participação do valor médio encontrado por segundo a pontuação máxima do item. Pontuação máxima de cada item: 7. Escala *Likert*: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo bastante; 3 - discordo pouco; 4 - nem concordo, nem discordo; 5 - concordo um pouco; 6 - concordo bastante e 7 - concordo totalmente.

Tabela 4 - Escores de satisfação com os Cuidados Primários em Saúde de idosos segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017. (n=238) (Continuação)

Item Questionário	Satisfeito					Muito Satisfeito				
	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)
Médicos										
Atenciosos	5,3	1,4	6,0	5,1; 5,6	75,7	6,6	0,6	7,0	6,5; 6,7	94,3
Interessam-se pelos problemas	5,4	1,3	6,0	5,2; 5,6	77,1	6,6	0,6	7,0	6,4; 6,7	94,3
Explicam o que deve fazer	5,3	1,3	6,0	5,1; 5,5	75,7	6,5	0,8	7,0	6,3; 6,6	92,9
Fazem tudo o que podem	5,2	1,4	5,0	4,9; 5,5	74,3	6,6	0,7	7,0	6,4; 6,7	94,3
Competentes nos tratamentos	5,3	1,5	6,0	5,0; 5,6	75,7	6,6	0,6	7,0	6,5; 6,7	94,3
Respeita o horário de atendimento	4,9	1,5	5,0	4,6; 5,2	70,0	6,4	0,7	7,0	6,2; 6,5	91,4
Pouca espera pelo atendimento	4,4	1,6	5,0	4,1; 4,7	62,9	5,9	1,2	6,0	5,6; 6,1	84,3
Percepções e necessidades										
Satisfação com a unidade	4,9	1,6	5,0	4,6; 5,2	70,0	6,5	0,6	7,0	6,4; 6,7	92,9
Corresponde a suas necessidades	4,7	1,6	5,0	4,4; 5,0	67,1	6,3	1,0	7,0	6,1; 6,5	90,0
Corresponde a suas expectativas	4,5	1,6	5,0	4,2; 4,8	64,3	6,3	0,7	6,0	6,1; 6,4	90,0
Unidade de saúde perfeita	3,9	1,6	4,0	3,6; 4,2	55,7	5,9	0,9	6,0	5,7; 6,0	84,3

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Dp – Desvio padrão; Md – Mediana, IC95% - Intervalo de confiança de 95% Escore – percentual de participação do valor médio encontrado por segundo a pontuação máxima do item. Pontuação máxima de cada item: 7. Escala *Likert*: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo bastante; 3 - discordo pouco; 4 - nem concordo, nem discordo; 5 - concordo um pouco; 6 - concordo bastante e 7 - concordo totalmente.

5.3 ASPECTOS INFLUENCIADORES DA SATISFAÇÃO DOS IDOSOS CADASTRADOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerado a análise pretendida com relação aos potenciais fatores que poderiam influenciar a avaliação da satisfação com os serviços de saúde entre os idosos dos grupos de satisfação (*Satisfeitos* e *Muito Satisfeitos*), apresentaram diferenças significativas para os fatores *renda familiar* ($p=0,041$), *frequência de visita do Agente Comunitário de Saúde* ($p=0,001$) e *raça/cor da pele autodeclarada* ($p=0,028$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise dos fatores de influência na avaliação da satisfação de idosos cadastrados na Saúde da Família entre os grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017. (n=238)

Fatores influenciadores	Satisfeitos				Muito Satisfeitos				p^*
	n	%	Md	Dp	n	%	Md	Dp	
Idade	-	-	71,8	7,5	-	-	71,2	6,5	0,546 ^a
Escolaridade	-	-	4,3	3,7	-	-	4,3	3,1	0,932 ^a
Renda Familiar	-	-	7,3	17,3	-	-	4,0	1,0	0,041^a
Visita ACS	-	-	3,0	9,0	-	-	3,3	12,5	0,001^a
Frequência de uso UBS	-	-	6,5	9,0	-	-	6,7	12,2	0,096 ^a
Sexo									0,374 ^b
Feminino	84	71,2	-	-	79	65,8	-	-	
Masculino	34	28,8	-	-	41	34,2	-	-	
Raça/Cor da pele									0,028^b
Branca	63	53,4	-	-	47	39,2	-	-	
Não branca	55	46,6	-	-	73	60,8	-	-	

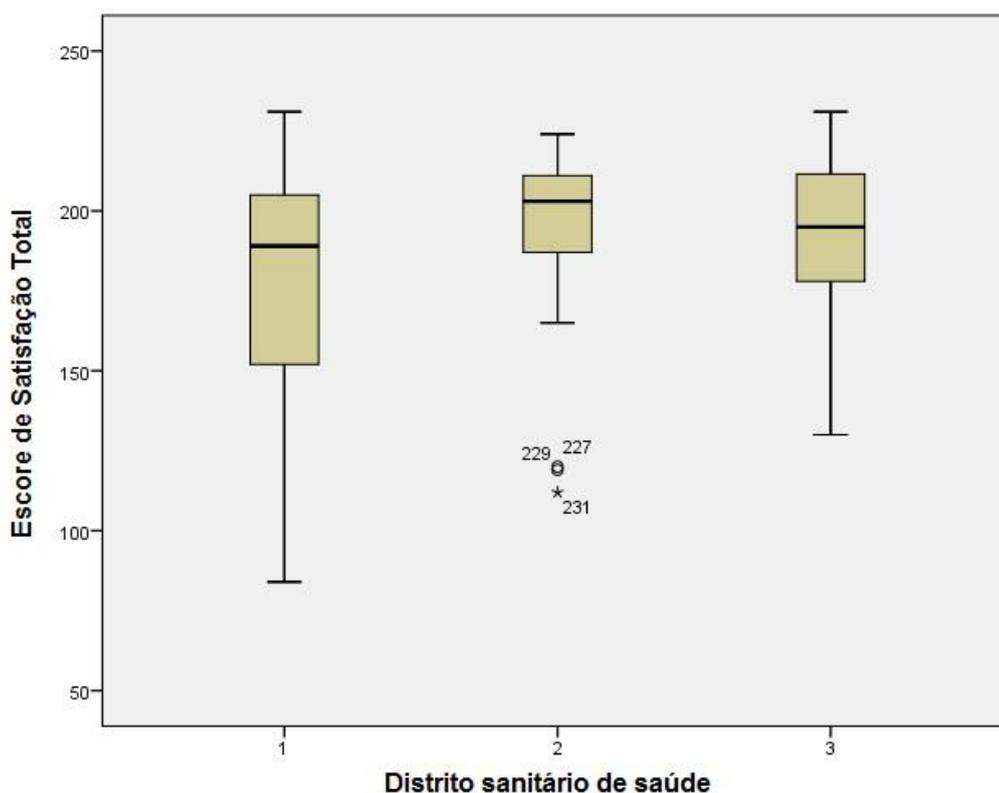
Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Md – Média; Dp – Desvio padrão; ^a - *Mann-Whitney* ; ^b - Qui-quadrado.

5.4 TERRITÓRIO E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerando a análise pretendida quanto a variável território – Distrito Sanitário de Saúde (DS), pode ser observada distribuição de idosos incluídos no estudo como: DS I (n=93; 39,1%), DS II (n=34; 14,3%) e DS III (n=111; 46,6%). Esse fato ocorreu em específico pela composição da amostra ter considerado a proporcionalidade de idosos cadastrados nas equipes de ESF dos três distritos sanitários do município, sendo observada uma maior proporção de idosos cadastrados nos DS I e DS III.

Ao se observar os resultados gerais para avaliação da satisfação conforme a distribuição dos idosos participantes por DS, pode ser observado diferenças significativas, sendo as menores avaliações presentes no DS I (Figura 11 e Tabela 6).



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Teste *Kruskal-Wallis*=0,026. Distrito Sanitário I (1); Distrito Sanitário II (2); Distrito Sanitário III (3).

Figura 10 – *Boxplot* do resultado da avaliação do Escore total de satisfação pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.

Tabela 6 – Diferença da avaliação de satisfação do *Escore Total de Satisfação* conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.

Grupo (Análise)	Grupo (Comparação)	<i>p</i> *
Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	0,035
	Distrito Sanitário III	0,004
Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário I	0,035
	Distrito Sanitário III	0,973
Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário I	0,004
	Distrito Sanitário II	0,973

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

*Teste *Post-Hoc Tukey HSD*

Quanto a avaliação da satisfação com os serviços de saúde pelos idosos, pode ser observado diferenças significativas ao se comparar o território de origem – Distrito Sanitário ocorrendo diferenças significativas entre os DS para as dimensões *Instalações da unidade* ($p < 0,001$), *Percepções e necessidades* ($p = 0,023$) e *Escore Total de Satisfação* ($p = 0,026$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização dos escores de satisfação por Distritos Sanitários de Saúde conforme dimensões de idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=238)

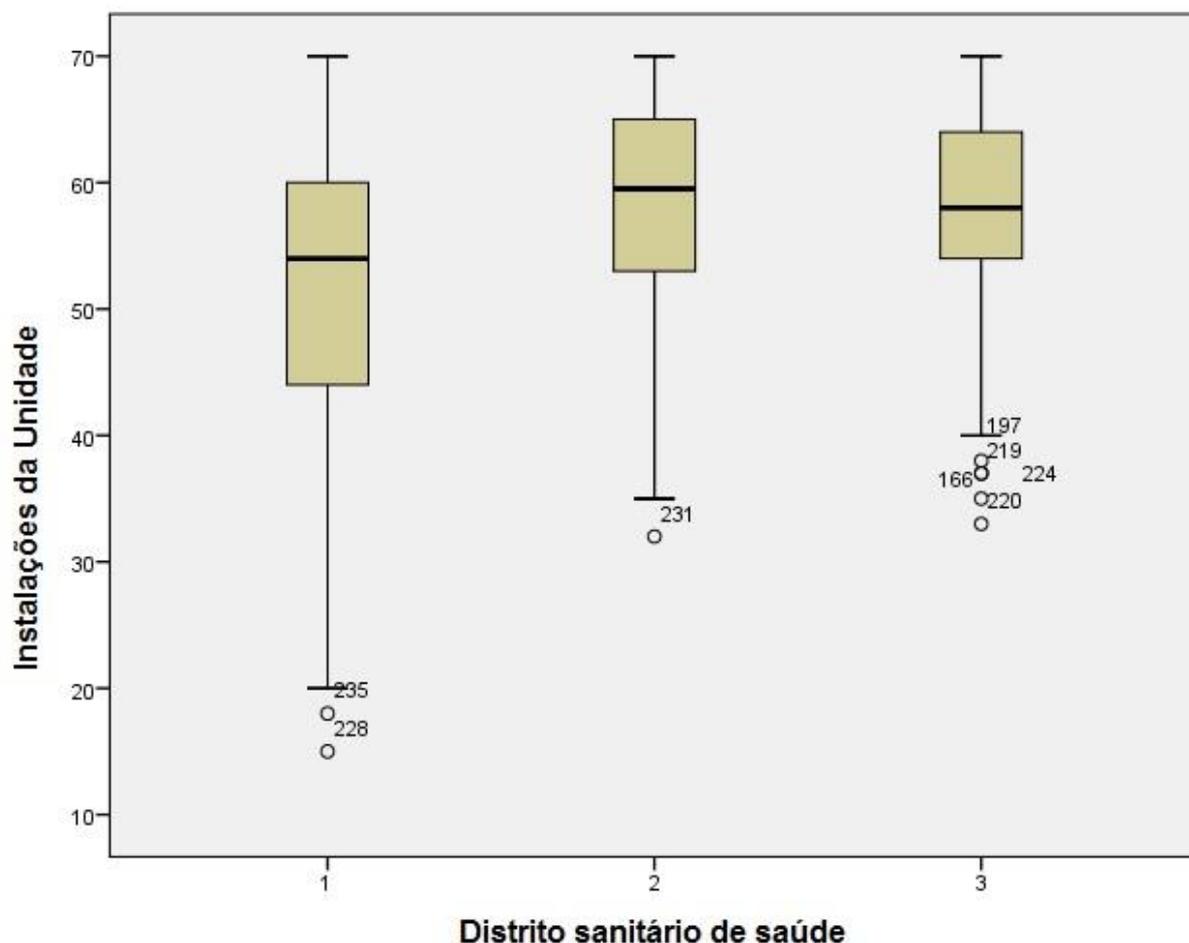
Dimensão	Distrito Sanitário I					Distrito Sanitário II					Distrito Sanitário III					p**
	Med	Dp	Md	IC95%	Escore*	Med	Dp	Md	IC95%	Escore*	Med	Dp	Md	IC95%	Escore*	
Instalações da Unidade	50,8	12,8	54,0	48,1;53,4	72,6	57,9	9,9	59,5	54,1;61,0	82,7	57,5	9,1	58,0	55,8;59,3	82,1	<0,001
ACS	23,2	4,9	24,0	22,2;24,2	82,9	24,7	3,3	25,0	23,6;25,9	88,2	23,4	5,1	24,0	22,4;24,3	83,6	0,517
Enfermagem	44,6	10,5	48,0	42,5;46,8	79,6	46,6	8,8	49,9	43,6;49,7	83,2	47,5	7,2	48,0	46,2;48,9	84,8	0,355
Médicos	39,3	9,0	42,0	37,4;41,2	80,2	42,0	6,3	43,0	39,8;44,2	85,7	41,0	6,5	42,0	39,8;42,3	83,7	0,426
Percepções e necessidades	20,0	6,7	21,0	18,6;21,4	71,4	22,4	5,1	23,5	20,7;24,2	80,0	22,5	4,9	24,0	42,3;21,6	80,4	0,023
Escore Total de Satisfação	178,0	37,2	189,0	170,3;185,6	77,1	193,3	193,3	203,0	183,5;203,2	83,7	192,00	24,9	195,0	187,3;196,7	83,1	0,026

Fonte de dados: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Med – Média; Dp – Desvio padrão; Md – Mediana; IC95% - Intervalo de confiança de 95%. * Escore em percentual (%). ** Teste de *Kruskal-Wallis*.

Pontuação máxima do escore total de Satisfação: 231; Pontuação máxima do domínio Instalações da unidade: 70; Pontuação máxima do domínio ACS: 28; Pontuação máxima do domínio Enfermagem: 56; Pontuação máxima do domínio Médicos: 49; Pontuação máxima do domínio Percepções e necessidades: 28.

Conforme análise de *Boxplot* evidenciada pelo teste *Post-Hoc*, pode ser identificado que a diferença estatística encontra-se no Distrito Sanitário I. Sendo esse distrito o que apresenta de forma significativa os menores escores para todas as dimensões: *Instalações da Unidade, Agentes Comunitários de Saúde, Enfermagem, Médicos, Percepções e necessidades e Escore Total de Satisfação* (Figura 11, Figura 12, Figura 13, Figura 14 e Figura 15).



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Teste *Kruskal-Wallis* $<0,001$. Distrito Sanitário I (1); Distrito Sanitário II (2); Distrito Sanitário III (3).

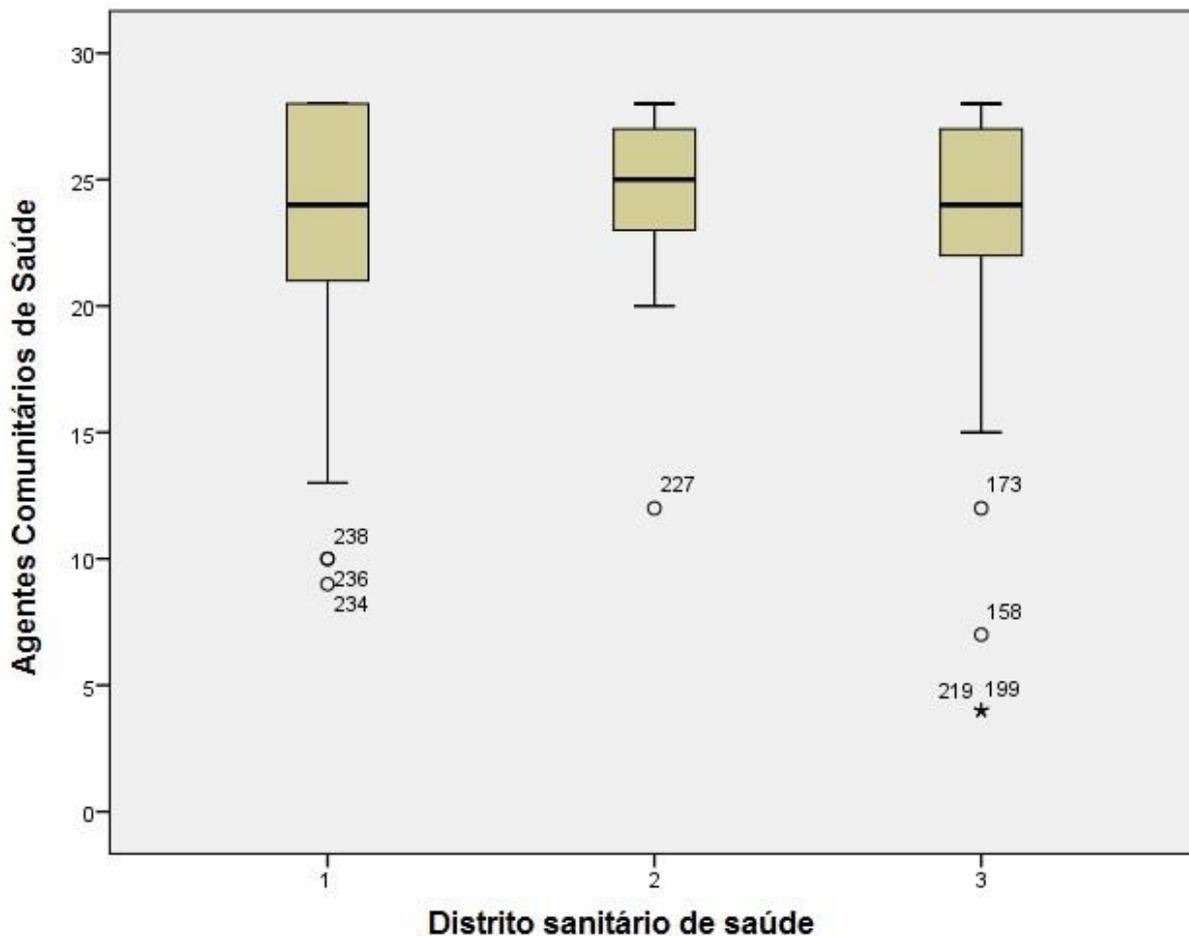
Figura 11 – Boxplot do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Instalações da Unidade” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.

Tabela 8 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio *Instalações da unidade* conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.

Grupo (Análise)	Grupo (Comparação)	p^*
Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	0,005
	Distrito Sanitário III	0,000
Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário I	0,005
	Distrito Sanitário III	1,000
Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário I	1,000
	Distrito Sanitário II	0,000

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

*Teste *Post-Hoc Tukey HSD*



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Teste *Kruskal-Wallis*=0,517. Distrito Sanitário I (1); Distrito Sanitário II (2); Distrito Sanitário III (3).

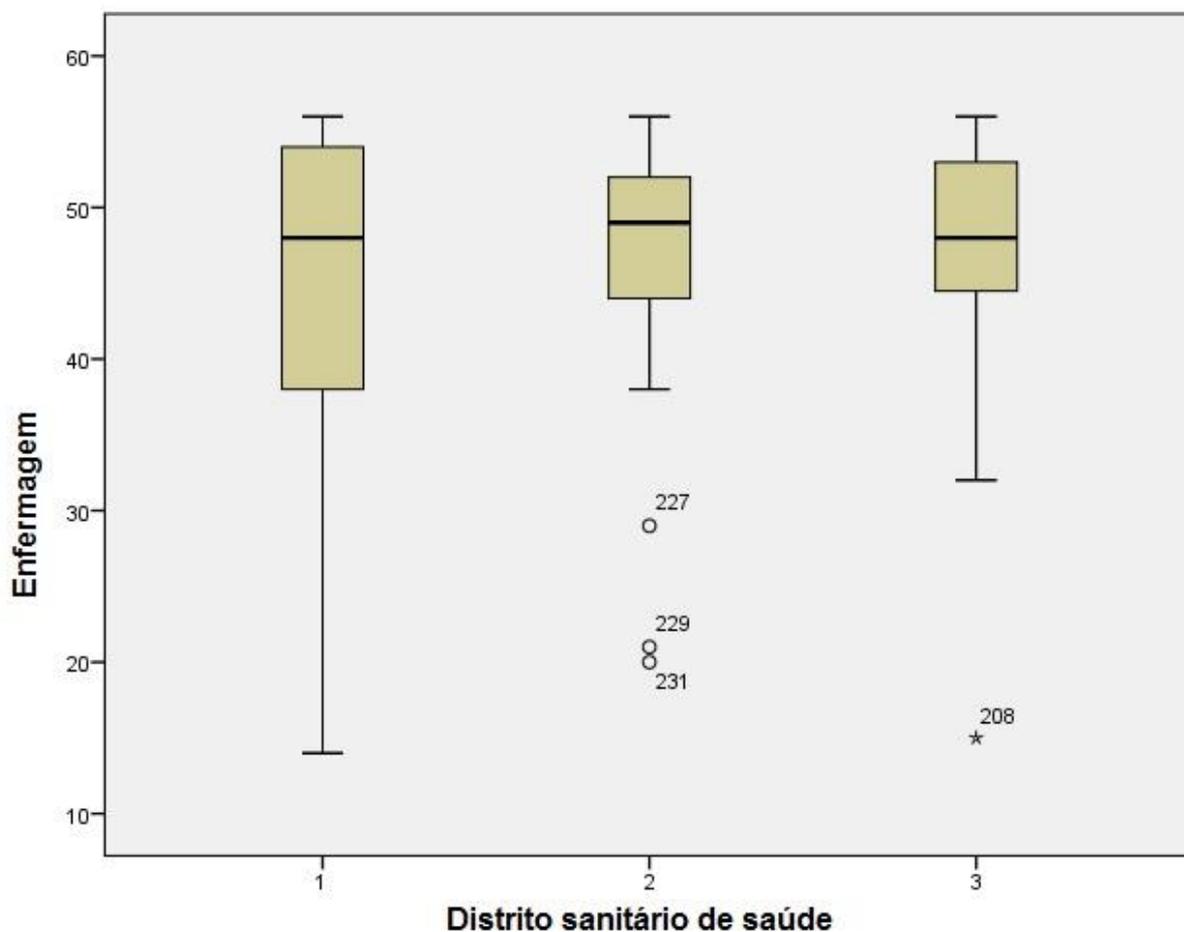
Figura 12 – *Boxplot* do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Agentes Comunitários de Saúde” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.

Tabela 9 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio *Agentes comunitários de saúde* conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.

Grupo (Análise)	Grupo (Comparação)	p^*
Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	0,268
	Distrito Sanitário III	0,973
Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário I	0,268
	Distrito Sanitário III	0,328
Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário I	0,973
	Distrito Sanitário II	0,328

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

*Teste *Post-Hoc Tukey HSD*



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Teste *Kruskal-Wallis*=0,355.. Distrito Sanitário I (1); Distrito Sanitário II (2); Distrito Sanitário III (3).

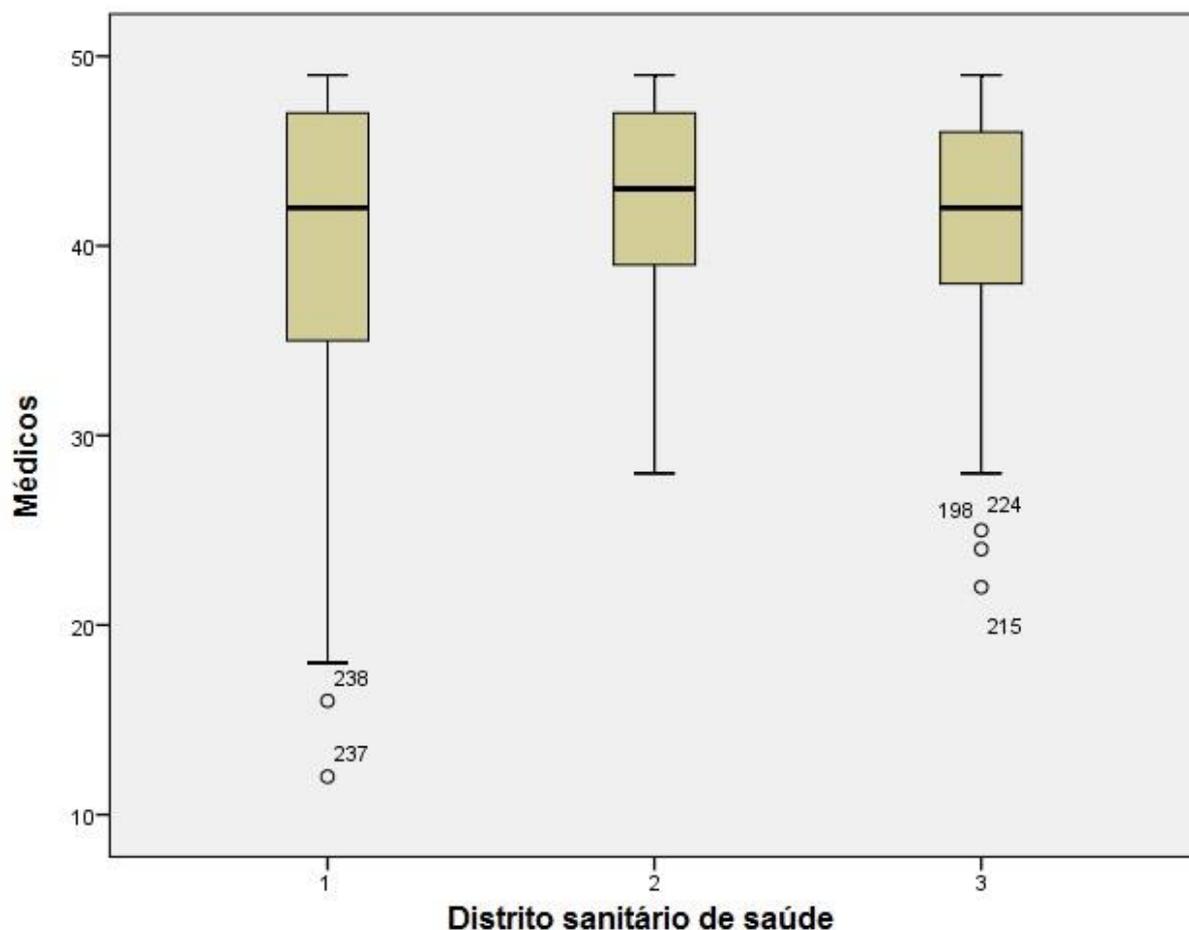
Figura 13 – *Boxplot* do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Enfermagem” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.

Tabela 10 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio *Enfermagem* distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.

Grupo (Análise)	Grupo (Comparação)	p^*
Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	0,493
	Distrito Sanitário III	0,051
Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário I	0,493
	Distrito Sanitário III	0,860
Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário I	0,051
	Distrito Sanitário II	0,860

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

*Teste *Post-Hoc Tukey HSD*



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Teste *Kruskal-Wallis*=0,426.. Distrito Sanitário I (1); Distrito Sanitário II (2); Distrito Sanitário III (3).

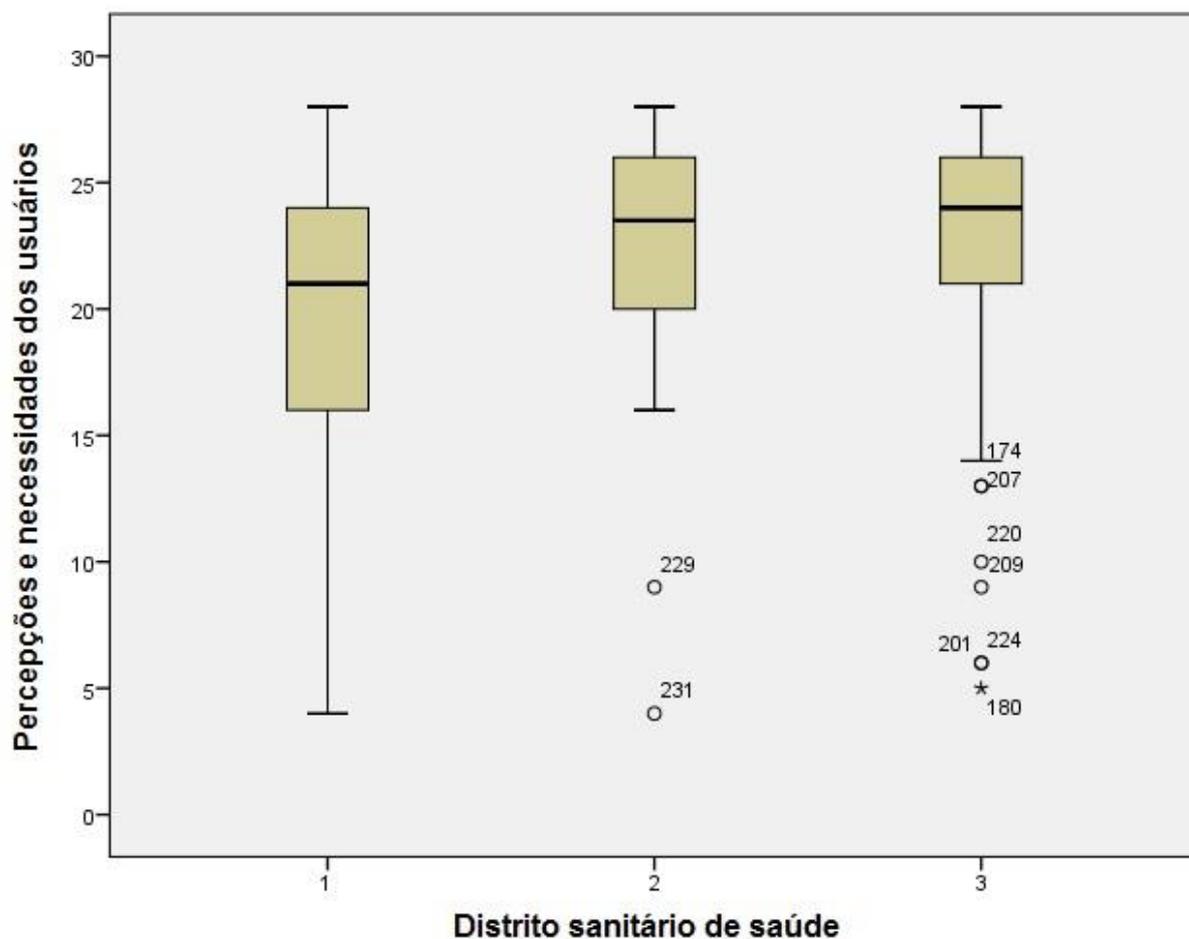
Figura 14 – *Boxplot* do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Médicos” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.

Tabela 11 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio *Médicos* conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.

Grupo (Análise)	Grupo (Comparação)	<i>p</i> *
Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	0,182
	Distrito Sanitário III	0,231
Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário I	0,182
	Distrito Sanitário III	0,801
Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário I	0,231
	Distrito Sanitário II	0,801

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

*Teste *Post-Hoc Tukey HSD*



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Teste *Kruskal-Wallis*=0,023.. Distrito Sanitário I (1); Distrito Sanitário II (2); Distrito Sanitário III (3).

Figura 15 – *Boxplot* do resultado da avaliação de satisfação da dimensão “Percepção e necessidades dos usuários” pelos idosos entre os três distritos sanitários de saúde. Uberaba/MG, 2017.

Tabela 12 – Diferença da avaliação de satisfação com o domínio *Percepções e necessidades dos usuários* conforme distritos sanitários. Uberaba/MG, 2017.

Grupo (Análise)	Grupo (Comparação)	p^*
Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	0,090
	Distrito Sanitário III	0,006
Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário I	0,090
	Distrito Sanitário III	0,998
Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário I	0,006
	Distrito Sanitário II	0,998

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

*Teste *Post-Hoc Tukey HSD*

Na análise detalhada dos itens do instrumento de Satisfação com os Cuidados Primários, conforme as dimensões por DS, as menores médias de avaliação para o DS I foram: *Unidade de Saúde perfeita* (Média=4,5; IC95%=4,1; 4,9); *Adequação para deficientes* (Média=4,6; IC95%=4,2; 5,0) e *Pouca espera pelo atendimento – Enfermagem* (Média=4,8; IC95%=4,4; 5,2). Para o DS II as menores médias foram para os itens: *Unidade de Saúde perfeita* (Média=5,1; IC95%=4,5; 5,6); *Pouca espera pelo atendimento – Enfermagem* (Média=5,2; IC95%=4,5; 5,9) e *Banheiros limpos* (Média=5,3; IC95%=4,7; 5,9). Já para o DS III as menores médias foram: *Pouca espera pelo atendimento – Enfermagem* (Média=5,0; IC95%=4,7; 5,3); *Pouca espera pelo atendimento – Médicos* (Média=5,1; IC95%=4,9; 5,4); *Unidade de Saúde perfeita* (Média=5,2; IC95%=4,9; 5,4).

Além disso, pode ser observado diferenças significativas ao se comparar o território de origem (Distrito Sanitário) ocorrendo diferenças significativas entre os DS para os itens da dimensão Instalações da unidade: *Boa aparência* ($p=0,001$), *Temperatura agradável* ($p=0,001$), *Instalações confortáveis* ($p<0,001$), *Instalações limpas* ($p<0,001$), *Consultórios com espaço suficiente* ($p=0,041$), *Adequações para deficientes* ($p<0,001$) e *Horário é adequado* ($p<0,001$); Percepções e necessidades: *Satisfação com a unidade de saúde* ($p=0,001$) (Tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização dos escores de satisfação por Distritos Sanitários de Saúde dos idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=238) (Continua)

Dimensão	Distrito Sanitário I					Distrito Sanitário II					Distrito Sanitário III					p*
	Med	Dp	Md	IC95%	Score	Med	Dp	Md	IC95%	Score	Med	Dp	Md	IC95%	Score	
Instalações da Unidade																
Boa aparência	5,1	1,7	6,0	4,8; 5,4	72,9	6,0	1,2	6,0	5,6; 6,4	85,7	5,8	1,2	6,0	5,5; 6,0	82,9	0,001
Temperatura agradável	5,1	1,5	5,0	4,8; 5,4	72,9	5,7	1,2	6,0	5,2; 6,1	75,7	5,8	1,1	6,0	5,6; 6,0	82,9	0,001
Instalações confortáveis	5,0	1,6	6,0	4,7; 5,4	71,4	5,8	1,0	6,0	5,5; 6,2	82,9	5,8	1,2	6,0	5,6; 6,1	82,9	<0,001
Instalações limpas	5,2	1,5	6,0	4,9; 5,5	74,3	6,0	0,9	6,0	5,7; 6,4	85,7	6,0	1,3	6,0	5,7; 6,2	85,7	<0,001
Banheiros limpos	4,9	1,6	5,0	4,6; 5,3	70,0	5,3	1,7	6,0	4,7; 5,9	75,7	5,5	1,4	6,0	5,2; 5,7	78,6	0,054
Consultórios com espaço suficiente	5,2	1,6	6,0	4,9; 5,6	74,3	5,9	1,2	6,0	5,5; 6,3	84,3	5,7	1,4	6,0	5,5; 6,0	75,7	0,041
Adequação para deficientes	4,6	1,8	5,0	4,2; 5,0	65,7	5,5	1,7	6,0	4,9; 6,1	78,6	5,5	1,5	6,0	5,2; 5,8	78,6	<0,001
Serviços bem sinalizados	5,3	1,5	6,0	4,9; 5,6	75,7	5,6	1,7	6,0	4,9; 6,2	80,0	5,5	1,5	6,0	5,3; 5,8	78,6	0,149
Horário é adequado	5,0	1,8	6,0	4,6; 5,4	71,4	5,9	1,6	6,0	5,4; 6,5	84,3	6,0	1,4	6,0	5,8; 6,3	85,7	<0,001
Informações de cuidados de saúde	5,3	1,8	6,0	4,9; 5,6	75,7	5,8	1,5	6,0	5,3; 6,4	82,9	5,8	1,2	6,0	5,6; 6,0	82,9	0,079
Agentes Comunitários de Saúde																
Atenciosos	6,2	1,2	7,0	5,9; 6,4	88,6	6,5	0,9	7,0	6,2; 6,8	92,9	6,0	1,4	7,0	5,8; 6,3	85,7	0,300
Interessam-se pelos problemas	6,0	1,2	6,0	5,8; 6,3	85,7	6,4	0,9	7,0	6,0; 6,7	91,4	6,0	1,4	7,0	5,8; 6,3	85,7	0,346
Explicam o que devem fazer	5,8	1,6	6,0	5,4; 6,1	82,9	6,3	1,3	7,0	5,8; 6,7	90,0	6,0	1,5	6,0	5,7; 6,3	85,7	0,152
Pouca espera pelo atendimento	5,3	2,0	6,0	4,9; 5,7	75,7	5,6	1,9	6,0	4,9; 6,2	80,0	5,3	1,6	6,0	5,0; 5,6	75,7	0,212
Enfermagem																
Atenciosos	5,8	1,3	6,0	5,5; 6,1	82,9	6,2	1,3	7,0	5,7; 6,6	88,6	6,2	1,0	7,0	6,0; 6,4	88,6	0,047
Interessam-se pelos problemas	5,5	1,6	6,0	5,2; 5,8	78,6	5,8	1,2	6,0	5,4; 6,2	82,9	6,1	1,1	6,0	5,9; 6,3	87,1	0,034
Fazem tudo o que podem	5,6	1,5	6,0	5,2; 5,9	80,0	5,7	1,6	6,0	5,1; 6,3	75,7	6,1	1,1	6,0	5,9; 6,3	87,1	0,063
Explicam o que devem fazer	5,6	1,5	6,0	5,3; 5,9	80,0	5,9	1,6	6,0	5,3; 6,4	84,3	5,9	1,3	6,0	5,7; 6,2	84,3	0,266
Competentes nos tratamentos	5,8	1,4	6,0	5,5; 6,0	82,9	5,9	1,5	6,0	5,4; 6,4	84,3	6,1	1,0	6,0	5,9; 6,3	87,1	0,366
Está disponível	5,8	1,4	6,0	5,5; 6,0	82,9	5,7	1,5	6,0	5,2; 6,2	75,7	5,9	1,2	6,0	5,7; 6,2	84,3	0,723
Respeita o horário de atendimento	5,7	1,5	6,0	5,4; 6,0	75,7	6,2	1,0	6,0	5,9; 6,5	88,6	6,0	1,1	6,0	5,8; 6,2	85,7	0,297
Pouca espera pelo atendimento	4,8	1,8	5,0	4,4; 5,2	68,6	5,2	2,0	6,0	4,5; 5,9	74,3	5,0	1,6	5,0	4,7; 5,3	71,4	0,258

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Med – Média; Dp – Desvio Padrão; Md – Mediana; IC95% - Intervalo de confiança de 95%. *Teste de Kruskal-Wallis.

Escala Likeert de concordância aos itens do instrumento: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo bastante; 3 – Discordo pouco; 4 – Nem concordo nem discordo; 5 – Concordo um pouco; 6 – Concordo bastante; 7 – Concordo totalmente. Pontuação máxima de cada item: 7,00.

Tabela 13 – Caracterização dos escores de satisfação por Distritos Sanitários de Saúde dos idosos cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=238) (Continuação)

Dimensão	Distrito Sanitário I					Distrito Sanitário II					Distrito Sanitário III					p*
	Med	Dp	Md	IC95%	Escore	Med	Dp	Md	IC95%	Escore	Med	Dp	Md	IC95%	Escore	
Médicos																
Atenciosos	5,8	1,4	6,0	5,5; 6,1	82,9	6,0	1,3	6,0	5,6; 6,5	85,7	6,1	1,1	6,0	5,9; 6,3	87,1	0,710
Interessam-se pelos problemas	5,8	1,4	6,0	5,5; 6,0	82,9	6,3	0,8	6,5	6,0; 6,6	90,0	6,1	1,1	6,0	5,9; 6,3	87,1	0,151
Explicam o que devem fazer	5,7	1,3	6,0	5,4; 6,0	75,7	6,0	1,1	6,0	5,6; 6,4	85,7	6,0	1,1	6,0	5,8; 6,2	85,7	0,166
Fazem tudo o que podem	5,7	1,4	6,0	5,4; 6,0	75,7	6,2	1,0	6,5	5,8; 6,5	88,6	5,9	1,3	6,0	5,7; 6,2	84,3	0,370
Competentes no tratamento	5,8	1,5	6,0	5,4; 6,1	82,9	6,2	0,9	6,0	5,9; 6,5	88,6	6,0	1,2	6,0	5,8; 6,3	85,7	0,659
Respeita o horário de atendimento	5,5	1,6	6,0	5,2; 5,9	78,6	5,6	1,6	6,0	5,1; 6,2	80,0	5,8	1,2	6,0	5,5; 6,0	82,9	0,860
Pouca espera pelo atendimento	5,0	1,9	6,0	4,6; 5,3	71,4	5,6	1,6	7,0	5,1; 6,2	80,0	5,1	1,5	5,0	4,9; 5,4	72,9	0,100
Percepções e necessidades																
Satisfação com a unidade	5,3	1,7	6,0	5,0; 5,7	75,7	6,1	1,4	7,0	5,6; 6,6	87,1	6,0	1,3	6,0	5,7; 6,2	85,7	0,001
Unidade corresponde a suas necessidades	5,2	1,7	6,0	4,8; 5,6	74,3	5,6	1,5	6,0	5,1; 6,1	80,0	5,7	1,5	6,0	5,4; 6,0	75,7	0,054
Unidade corresponde a suas expectativas	5,0	1,8	6,0	4,6; 5,4	71,4	5,6	1,4	6,0	5,2; 6,1	80,0	5,6	1,3	6,0	4,1; 4,9	80,0	0,064
Unidade de Saúde perfeita	4,5	2,0	5,0	4,1; 4,9	64,3	5,1	1,6	6,0	4,5; 5,6	72,9	5,2	1,4	6,0	4,9; 5,4	74,3	0,057

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Med – Média; Dp – Desvio Padrão; Md – Mediana; IC95% - Intervalo de confiança de 95%. *Teste de *Kruskal-Wallis*.

Escala *Likert* de concordância aos itens do instrumento: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo bastante; 3 – Discordo pouco; 4 – Nem concordo nem discordo; 5 – Concordo um pouco; 6 – Concordo bastante; 7 – Concordo totalmente. Pontuação máxima de cada item: 7,00

Observa-se que quanto aos potenciais fatores que poderiam influenciar a avaliação da satisfação com os serviços de saúde entre os idosos nos diferentes distritos sanitários não houve diferenças significativas para aspectos relacionados as características sociodemográficas e utilização do serviço (Tabela 14).

Tabela 14 – Análise dos fatores de influência na avaliação de satisfação de idosos cadastrados na Saúde da Família entre os Distritos Sanitários. Uberaba/MG, 2017. (n=238)

Fatores influenciadores	Distrito I				Distrito II				Distrito III				p*
	n	%	Med	Dp	n	%	Med	Dp	n	%	Med	Dp	
Idade	-	-	71,8	7,6	-	-	71,1	5,8	-	-	71,4	7,0	0,066 ^a
Escolaridade	-	-	3,7	2,9	-	-	4,7	3,8	-	-	4,7	3,6	0,136 ^a
Visita ACS	-	-	3,96	0,6	-	-	4,1	1,0	-	-	7,4	17,8	0,165 ^a
Frequência de uso dos serviços	-	-	1,7	1,0	-	-	1,8	1,1	-	-	4,7	15,8	0,336 ^a
Sexo			5,2	2,2			5,6	8,1			8,1	15,4	0,175 ^a
Feminino	64		-	-	26		-	-	73		-	-	0,499 ^B
Masculino	29		-	-	8		-	-	38		-	-	
Convênio Particular													0,241 ^B
Possui	36		-	-	10		-	-	31		-	-	
Não possui	57		-	-	24		-	-	80		-	-	

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Med – Média; Dp – Desvio Padrão; ^a – Teste de *Kruskal-Wallis*; ^b – Teste de Qui-Quadrado.

5.5 SATISFAÇÃO DE IDOSOS OCTOGENÁRIOS CADASTRADOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA CONFORME OS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS

Quanto aos participantes do estudo, 12,6% (n=30) eram octogenários (idade igual ou superior a 80 anos), apresentando idade média de 83,7 anos, idade mínima de 80 anos e máxima de 91 anos.

Considerando o perfil sócio-demográfico destes idosos 56,7% eram do sexo feminino a maioria dos participantes viúvos (53,3%), cor da pele branca (43,3%), de religião católica (66,6%), com escolaridade entre um a quatro anos completos (53,5%), aposentados e sem ocupação profissional (93,3%), com rendimento individual de um salário mínimo (73,3%) e rendimento familiar de um a três salários mínimos (60,0%), sendo o arranjo familiar composto por novas formas de arranjos (56,6%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição de aspectos sociodemográficos dos idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família. Uberaba, Minas Gerais, 2017. (n=30) (Continua)

Aspectos sociodemográficos	n	%
Sexo		
Feminino	17	56,7
Masculino	13	43,3
Estado Civil		
Solteiro	3	10,0
Casado/Mora com companheiro(a)	8	26,7
Viúvo(a)	16	53,3
Separado/Divorciado(a)	3	10,0
Raça/Cor da pele		
Branca	13	43,3
Preta	9	30,0
Parda	8	26,7

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Tabela 15 – Distribuição de aspectos sociodemográficos dos idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família. Uberaba, Minas Gerais, 2017. (n=30)
(Continuação)

Aspectos sociodemográficos	n	%
Religião		
Católica	20	66,6
Evangélica	5	16,7
Espírita	3	10,0
Outra	2	6,7
Escolaridade		
Sem escolaridade	10	33,3
De 01 a 04 anos completos	16	53,5
De 05 a 08 anos completos	3	9,9
De 09 a 12 anos completos	1	3,3
Aposentadoria		
Sim	28	93,3
Não	2	6,7
Ocupação Profissional		
Possui	2	6,7
Não possui	28	93,3
Rendimento individual		
Inferior a 01 salário mínimo	1	3,3
01 salário mínimo	22	73,3
01 a 03 salários mínimos	6	20,0
04 a 05 salários mínimos	1	3,3
Rendimento familiar		
Não tem renda		
Inferior a 01 salário mínimo		
01 salário mínimo	9	29,9
01 a 03 salários mínimos	18	60,0
04 a 05 salários mínimos	2	6,7
Superior a 05 salários mínimos	1	3,3
Arranjo familiar		
Sozinho(a)	8	26,7
Cônjuge	5	16,7
Outros arranjos	17	56,6

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Em relação aos aspectos clínicos dos idosos octogenários participantes do estudo, em sua maioria não são tabagistas nem etilistas (70,0% para ambos) e não praticantes de atividades físicas (66,7%). Entre os idosos praticantes de atividade física (33,3%), os mesmos referiram praticar caminhada (56,3,7%), hidroginástica

(18,8%) e Ginástica orientada (12,5%). Considerando os aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde grande parte dos entrevistados informaram utilizar o serviço público de saúde (70,0%) e não possuir convênio particular de saúde (56,7%). Quase a metade, recebeu no mínimo uma visita ao mês do ACS (53,3%) e frequentou o serviço de saúde ao qual está cadastrado uma vez ao mês (53,3%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição de aspectos clínicos e acesso aos serviços de saúde de idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=30)
(Continua)

Aspectos clínicos e de condições de saúde	n	%
Tabagismo		
Sim	1	3,3
Não	21	70,0
Ex-tabagista	8	26,7
Etilista		
Sim	6	20,0
Não	21	70,0
Ex-etilista	3	10,0
Atividade física		
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
Tipo de atividade física*		
Caminhada	9	56,3
Hidroginástica	3	18,8
Ginástica orientada (serviço de saúde)	2	12,5
Outros	2	12,5

* Cada participante poderia escolher mais de uma modalidade de atividade física que praticasse. A frequência relativa dos tipos de atividade física foi calculada considerando o número de atividades declarados pelos participantes (n=134).

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Tabela 16 – Distribuição de aspectos clínicos e acesso aos serviços de saúde de idosos octogenários cadastrados na Saúde da Família. Uberaba/MG, 2017. (n=30)
(Continuação)

Aspectos clínicos e de condições de saúde	n	%
Morbidades*		
Diabetes	14	7,5
Hipertensão	24	12,8
Reumatismo	11	5,9
Artrite/Artrose	18	9,6
Osteoporose	12	6,4
Asma/bronquite	3	1,6
Varizes	15	8,0
Problemas cardíacos	12	6,4
Obesidade	1	0,5
Acidente vascular encefálico	2	1,1
Parkinson	2	1,1
Alzheimer	1	0,5
Incontinência urinária	6	3,2
Incontinência fecal	3	1,6
Constipação intestinal	4	2,1
Problemas visuais	20	10,7
Problemas de coluna	17	9,1
Problemas renais	8	4,3
Tumores benignos	4	2,1
Tumores malignos	1	0,5
Hipotireodismo	6	3,2
HIV/aids	1	0,5
Outros	2	1,1
Tipo de serviço de saúde que utiliza		
Público	21	70,0
Privado	2	6,7
Ambos	7	23,3
Possui convênio médico		
Sim	13	43,3
Não	17	56,7
Frequência de visita do ACS		
Menos de uma vez ao mês	16	53,3
Uma vez ao mês	14	46,7
Frequência de utilização dos serviços de saúde (ESF)		
Mais de uma vez ao mês	14	46,7
Uma vez ao mês	16	53,3

* Cada participante poderia apresentar mais de uma morbidade. A frequência relativa das morbidades foi calculada considerando o número total de morbidades referidas pelos participantes (n=187).

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Quanto ao comportamento amostral, conforme teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p=0,001$), pode ser assumido uma distribuição não normal. Neste sentido, para a classificação dos idosos quanto à satisfação foram organizados em satisfeitos e muito satisfeitos, sendo o ponto de corte para a composição dos grupos o valor da mediana.

Verifica-se através da comparação do valor médio das avaliações de satisfação que as dimensões *Agentes Comunitários de Saúde, Enfermagem e Instalações da Unidade* foram melhores avaliadas para o grupo de satisfeitos e, as dimensões *Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Percepções e necessidades* melhores avaliados para os muito satisfeitos (Tabela 17).

Tabela 17 – Escores de satisfação por dimensões de idosos octogenários segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017. (n=30)

Dimensão	Satisfeito					Muito Satisfeito				
	Med	Dp	Md	IC95%	Escore	Med	Dp	Md	IC95%	Escore
Instalações da Unidade	47,9	10,7	51,0	42,8; 53,1	68,4	62,1	5,5	62,0	58,3; 65,8	88,7
ACS	20,7	5,9	22,0	17,9; 23,6	73,9	26,0	1,7	27,0	24,8; 27,2	92,9
Enfermagem	40,1	8,8	40,0	35,8; 44,4	71,6	51,3	5,0	54,0	47,9; 54,7	91,6
Médicos	31,5	8,1	30,0	27,5; 35,4	64,3	45,5	3,2	46,0	43,3; 47,7	92,9
Percepções e necessidades	16,8	5,0	16,0	14,4; 19,2	60,0	26,0	1,8	26,0	24,8; 27,2	92,9
Escore Total de Satisfação	157,0	29,9	165,0	142,6;171,5	68,0	210,9	10,6	208,0	203,8;218,0	91,3

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Med – Média; Dp – Desvio padrão; Md – Mediana, IC95% - Intervalo de confiança de 95%
Escore – percentual de participação do valor médio encontrado por dimensão segundo a pontuação máxima da dimensão.

Pontuação máxima escore total de Satisfação: 231; Pontuação máxima domínio Instalações da unidade: 70; Pontuação máxima domínio Agentes Comunitários de Saúde: 28; Pontuação máxima domínio Enfermagem: 56; Pontuação máxima domínio Médicos: 49; Pontuação máxima domínio Percepções e necessidades: 28.

Quanto a análise dos itens que compõem o instrumento de avaliação da *Satisfação com os Cuidados Primários* pela comparação do valor médio das avaliações de satisfação entre o grupo de idosos octogenários Satisfeitos os itens melhores avaliados foram: *Os Agentes Comunitários são atenciosos* (Média=5,6; IC95%=4,7; 6,5); *Os Enfermeiros são atenciosos* (Média=5,5; IC95%=4,8; 6,2); Os

Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução (Média=5,3; IC95%=4,4; 6,2); *Os Agentes Comunitários explicam claramente o que o senhor(a) deve fazer* (Média=5,3; IC95%=4,4; 6,2) e *Normalmente o Enfermeiro está disponível para lhe tratar* (Média=5,3; IC95%=4,8; 5,9). Já os itens piores avaliados foram: *Esta unidade de saúde está muito próxima de uma unidade de saúde perfeita* (Média=3,7; IC95%=3,0; 4,4); *Normalmente se espera pouco para ser atendido pela Enfermagem* (Média=3,9; IC95%=3,2; 4,6) e *Normalmente se espera pouco para ser atendido pelos Médicos* (Média=4,0; IC95%=3,3; 4,8).

Considerando o grupo de idosos octogenários classificados como Muito Satisfeitos os itens melhores avaliados foram: *Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e sua resolução* (Média=6,7; IC95%=6,4; 7,0); *Os Médicos são atenciosos* (Média=6,7; IC95%=6,4; 7,0); *Os Médicos interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução* (Média=6,7; IC95%=6,4; 7,0); *Os Médicos explicam claramente o tratamento que terá de fazer* (Média=6,7; IC95%=6,3; 7,2); *Os Médicos fazem tudo o que podem para resolver o seu problema* (Média=6,7; IC95%=6,4; 7,0) e *Esta unidade de saúde corresponde as suas necessidades* (Média=6,7; IC95%=6,4; 7,0). Já os itens piores avaliados foram: *Normalmente se espera pouco para ser atendido pela Enfermagem* (Média=5,8; IC95%=5,2; 6,5); *Adequações para deficientes* (Média=5,8; IC95%=5,0; 6,6); *Temperatura agradável* (Média=5,7; IC95%=4,6; 6,8) e *Normalmente se espera pouco para ser atendido pelos Médicos* (Média=5,5; IC95%=4,7; 6,4) (Tabela 18).

Tabela 18 - Escores de satisfação com os Cuidados Primários em Saúde de idosos octogenários segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017. (n=30) (Continua)

Item Questionário	Satisfeito					Muito Satisfeito				
	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)
Instalações										
Boa aparência	4,6	1,6	5,0	3,9; 5,4	65,7	6,3	0,9	7,0	5,7; 6,9	90,0
Temperatura agradável	4,8	1,6	5,0	4,0; 5,5	68,6	5,7	1,7	6,0	4,6; 6,8	81,4
Instalações confortáveis	4,9	1,6	5,0	4,1; 5,7	70,0	6,4	0,7	7,0	6,0; 6,9	91,4
Instalações limpas	4,9	1,3	5,0	4,3; 5,6	70,0	6,3	1,1	7,0	5,6; 6,9	90,0
Banheiros limpos	4,9	1,3	5,0	4,3; 5,6	70,0	6,4	0,7	7,0	6,0; 6,9	91,4
Consultórios com espaço suficiente	4,8	1,2	5,0	4,3; 5,4	68,6	6,4	0,9	7,0	5,8; 6,9	91,4
Adequação para deficientes	4,3	1,4	4,0	3,6; 4,9	61,4	5,8	1,2	6,0	5,0; 6,6	82,9
Serviços bem sinalizados	5,0	1,4	5,0	4,3; 5,8	71,4	5,9	1,0	6,0	5,2; 6,6	82,9
Horário é adequado	4,6	1,8	5,0	3,7; 5,5	65,7	6,4	0,9	7,0	5,7; 7,0	91,4
Informações sobre cuidados de saúde	4,9	1,6	6,0	4,2; 5,7	70,0	6,4	0,7	7,0	6,0; 6,9	91,4
Agentes Comunitários de Saúde										
Atenciosos	5,6	1,8	6,0	4,7; 6,5	80,0	6,6	0,6	7,0	6,2; 7,1	94,3
Interessam-se pelos problemas	5,3	1,8	6,0	4,4; 6,2	75,7	6,7	0,5	7,0	6,4; 7,0	95,7
Explicam o que deve fazer	5,3	1,8	6,0	4,4; 6,2	75,7	6,6	0,5	7,0	3,8; 5,4	94,3
Pouca espera pelo atendimento	4,6	1,6	4,0	3,8; 5,4	65,7	6,0	1,0	6,0	5,3; 6,7	85,7
Enfermagem										
Atenciosos	5,5	1,5	6,0	4,8; 6,2	78,6	6,1	1,2	6,0	5,3; 6,8	87,1
Interessam-se pelos problemas	5,1	1,2	5,0	4,5; 5,7	72,9	6,5	0,7	7,0	6,1; 7,0	92,9
Fazem tudo o que podem	5,2	1,2	5,0	4,6; 5,7	74,3	6,4	1,1	7,0	5,8; 7,1	91,4
Explicam o que deve fazer	4,8	1,8	5,0	3,9; 5,7	68,6	6,7	0,7	7,0	6,3; 7,2	95,7
Competentes nos tratamentos	5,2	1,4	6,0	4,5; 5,9	74,3	6,6	0,6	7,0	6,2; 7,1	94,3
Está disponível	5,3	1,2	6,0	4,8; 5,9	75,7	6,6	0,6	7,0	6,2; 7,1	94,3
Respeita o horário de atendimento	5,2	1,3	5,0	4,5; 5,8	74,3	6,4	1,1	7,0	5,7; 7,0	91,4
Pouca espera pelo atendimento	3,9	1,5	4,0	3,2; 4,6	55,7	5,8	0,9	6,0	5,2; 6,5	82,9

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Dp – Desvio padrão; Md – Mediana, IC95% - Intervalo de confiança de 95% Escore – percentual de participação do valor médio encontrado por segundo a pontuação máxima do item. Pontuação máxima de cada item: 7. Escala *Likert*: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo bastante; 3 - discordo pouco; 4 - nem concordo, nem discordo; 5 - concordo um pouco; 6 - concordo bastante e 7 - concordo totalmente.

Tabela 18 - Escores de satisfação com os Cuidados Primários em Saúde de idosos octogenários segundo grupos de satisfação. Uberaba/MG, 2017. (n=30) (Continuação)

Item Questionário	Satisfeito					Muito Satisfeito				
	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)	Média	Dp	Md	IC95%	Escore (%)
Médicos										
Atenciosos	4,7	1,6	5,0	3,9; 5,4	67,1	6,7	0,5	7,0	6,4; 7,0	95,7
Interessam-se pelos problemas	4,7	1,4	5,0	4,0; 5,4	67,1	6,7	0,5	7,0	6,4; 7,0	95,7
Explicam o que deve fazer	4,6	1,0	5,0	4,1; 5,1	65,7	6,7	0,7	7,0	6,3; 7,2	95,7
Fazem tudo o que podem	4,6	1,3	4,0	3,9; 5,2	65,7	6,7	0,5	7,0	6,4; 7,0	95,7
Competentes nos tratamentos	4,7	1,9	4,0	3,8; 5,6	67,1	6,6	0,6	7,0	6,2; 7,1	94,3
Respeita o horário de atendimento	4,1	1,5	4,0	3,4; 4,8	58,6	6,4	0,9	7,0	5,8; 7,1	91,4
Pouca espera pelo atendimento	4,0	1,6	4,0	3,3; 4,8	57,1	5,5	1,2	6,0	4,7; 6,4	78,6
Percepções e necessidades										
Satisfação com a unidade	4,5	1,4	4,0	3,9; 5,1	64,3	6,2	1,2	7,0	5,4; 7,0	88,6
Corresponde a suas necessidades	4,4	1,6	5,0	3,7; 5,2	62,9	6,7	0,5	7,0	6,4; 7,0	95,7
Corresponde a suas expectativas	4,2	1,3	4,0	3,5; 4,8	60,0	6,6	0,5	7,0	6,3; 7,0	94,3
Unidade de saúde perfeita	3,7	1,4	4,0	3,0; 4,4	52,9	6,4	0,5	6,0	6,1; 6,8	91,4

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: Dp – Desvio padrão; Md – Mediana, IC95% - Intervalo de confiança de 95% Escore – percentual de participação do valor médio encontrado por segundo a pontuação máxima do item. Pontuação máxima de cada item: 7. Escala *Likert*: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo bastante; 3 - discordo pouco; 4 - nem concordo, nem discordo; 5 - concordo um pouco; 6 - concordo bastante e 7 - concordo totalmente.

6 DISCUSSÃO

O maior percentual de idosos entrevistados no estudo eram do sexo feminino, o que vai de encontro com outros estudos nacionais envolvendo idosos, como o estudo de base populacional realizado com idosos de comunidade do município de Porto Alegre (RS), no qual 67,4% eram mulheres (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013), entre idosos de Uberaba (MG) o percentual encontrado foi de 63,7% (TAVARES et al., 2016) e 51,4% em um município de pequeno porte da Região Noroeste do Paraná (FERRARI et al., 2016). Além do processo de feminilização do envelhecimento (ALMEIDA et al., 2015), o elevado percentual pode estar relacionado com a baixa adesão a prática de autocuidado pelos homens e maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres (ALMEIDA et al., 2015; ASSIS; JESUS, 2012). A maior demanda no serviços de saúde, em especial a Saúde da Família, são de pessoas do sexo feminino, o que indica que elas utilizam mais os serviços além de serem as responsáveis de procurar atendimento para outros (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Com relação a faixa etária dos participantes do estudo, os mesmos apresentaram média de idade avançada (71,5 anos) e considerável participação de idosos octogenários. A idade média encontrada corrobora com os resultados de estudos nacionais que variaram entre 71 a 72,7 anos (CHEHUEN NETO et al., 2012; MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015; SANTOS et al., 2013). Estudo realizado com idosos na cidade de Goiânia-GO, que apontou média de 71,9 anos, obteve a mínima de 60 e a máxima de 96 anos (SANTOS et al., 2013), em estudo de inquérito domiciliar realizado em Uberaba (MG) (TAVARES et al., 2016) encontrou percentual de 43,5% de idosos na faixa etária entre 70 a 80 anos.

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde o nível de instrução influencia na percepção dos problemas de saúde, consumo e utilização dos serviços de saúde, assim como na aderência as terapêuticas propostas (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014; PELLEGRINI FILHO; VETTORE, 2011). Concernente a escolaridade dos idosos, 54,6% frequentaram a escola de um a quatro anos, o que representa baixa escolaridade dos idosos do presente estudo. Resultados semelhantes foram encontrados em idosos do interior do Triângulo Mineiro que encontraram 46,3% com escolaridade de um a quatro

anos (MALAQUIAS et al., 2016) e 81,4% com tempo igual ou inferior a 4 anos em município do interior do Paraná (FERRARI et al., 2016). Tal situação pode ser explicada pelo fato das instalações das unidades de saúde da família ocorrerem em regiões de baixa renda e elevada vulnerabilidade, sendo os usuários mais pobres mais satisfeitos com os serviços (CALLOU FILHO et al., 2017).

O presente estudo identificou que 44,15 dos idosos eram casados(as)/mora(m) com companheiro(a), resultado semelhante encontrado em outro estudo realizado em Uberaba/MG (TAVARES et al., 2016). Resultado divergente foi encontrado em estudo que avaliou a satisfação de 101 idosos com o serviços da Estratégia de Saúde da Família, em Santa Cruz (RN) que encontrou 64,4% dos idosos casados ou vivendo com companheiro(a) (OLIVEIRA et al., 2014). Com relação ao arranjo familiar os resultados encontrados no presente estudo vão de encontro a outros estudos. Estudo realizado em Nova Bassano (RS) encontrou como arranjo familiar mais frequente o tri geracional (50%), em que residem idosos, filhos e netos. Outro estudo que analisou diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil com base nos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009 verificou que o arranjo mais representativo foi o casal que mora com filhos e outros parentes, seguido pelo monoparental e pelo casal com filhos (MELO et al., 2016).

A renda familiar do idoso divergiu de outros estudos nacionais, como estudo com idosos de Santa Cruz (RN) em que 79,2% possuíam renda familiar entre um e três salários mínimos (OLIVEIRA et al., 2014), 75,8% com a mesma faixa etária de renda familiar com idosos de João Pessoa (PB) (SANTOS et al., 2002).

Considerando os hábitos de vida e a prática de saúde, estudo realizado em um município da região norte do RS com 424 idosos, apontou que a maioria dos participantes não consumia bebidas alcoólicas (85,6%), não tinha o hábito de fumar (85,6%), e 48,3% dos idosos não praticavam atividade física regular (LUZ et al., 2014). Outro estudo que também avaliou variáveis sociodemográficas e hábitos de vida dos idosos de comunidade no município de Uberaba/MG encontraram 81,3% de idosos não tabagistas, 62,0% não etilistas e 73,3% não praticantes de atividades físicas (FERREIRA et al.; 2013), resultados estes que corroboram com os achados encontrados nesta pesquisa.

Com relação aos idosos octogenários, neste estudo houve predomínio de idosos do sexo feminino, brancos, com escolaridade entre um e quatro anos, aposentados, não desempenhando atividade profissional, com renda individual de um salário mínimo, renda familiar de um a três salários mínimos, não tabagistas, etilistas e não praticantes de atividade física. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com idosos octogenários também no município de Uberaba (MG) que encontrou maior percentual de indivíduos do sexo feminino, sem companheiros, com baixa escolaridade, aposentados e elevado número de comorbidades auto referidas (TAVARES et al., 2015).

Outro estudo que identificou o perfil de envelhecimento de idosos brasileiros octogenários demonstrou em sua maioria pessoas do sexo feminino, idade entre 80 e 84 anos, viúvos, com rendimento individual inferior a uma salário mínimo, aposentados, morando com cônjuge e grande número de morbidades (CAMPOS et al. 2016).

A predominância de mulheres idosas octogenárias corrobora com o fato dos homens apresentarem maiores taxas de mortalidade e as mulheres melhores expectativas de vida (MOCELIN et al., 2017). Considerando a escolaridade, os baixos índices podem estar relacionados a aspectos culturais que não estimulava estes indivíduos a frequentarem o ambiente escolar além das condições financeiras e de acesso (TAVARES et al., 2015).

Os resultados relacionados quanto a satisfação com os cuidados primários ofertados pela ESF demonstram que os idosos estão satisfeitos com os serviços, em especial com o atendimento dos profissionais de Enfermagem, Médicos e Agentes Comunitários de Saúde. Foram encontrados poucos estudos que avaliavam a satisfação da população idosa (CABRELLI et al., 2014; JÓIA; RUIZ; DONALÍSIO, 2008; LIMA JÚNIOR et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014; SOUSA JÚNIOR et al., 2016; TESTON; ROSSI; MARCON, 2013), não sendo encontrado nenhum estudo com idosos octogenários o que aponta uma necessidades, tendo em vista o incremento populacional deste grupo etário e dos impactos que este crescimento gera para os serviços de saúde.

A satisfação com os serviços podem transcender das relações interpessoais entre profissionais e pacientes, além de estar relacionada a aspectos vinculados à infraestrutura dos serviços e as próprias representações sociais dos usuários com

o processo saúde-doença. Ao tentar conhecer a satisfação de usuários com a ESF do município de Fortaleza (CE), verificou-se que grande parte dos participantes (82,1%) estavam satisfeitos com os serviços, estando relacionadas a aspectos da infraestrutura da unidade e ao bom atendimento e vínculo junto aos profissionais da unidade (CALLOU FILHO et al., 2017).

Estudo realizado no município de Santa Cruz (RN) que avaliou a satisfação da população idosa acerca da assistência de saúde recebida na Estratégia de Saúde da Família demonstrou que ao serem questionados se conheciam os profissionais que atuavam na ESF, os membros da equipe mais citados foram os Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos (OLIVEIRA et al., 2014).

O trabalho do ACS envolve uma aproximação destes profissionais junto aos domicílios dos usuários, o que pode ser um facilitador para a criação de um maior vínculo com os usuários. Porém, ao tentarem serem resolutivos quanto às complexas demandas dos usuários, muitas das vezes estes profissionais acabam assumindo responsabilidades que podem sobrecarregá-los, acabando assim por impactar na qualidade do trabalho executado (ARRUDA; BOSI, 2016; BARALHAS; PEREIRA, 2013).

No presente estudo os idosos também encontram-se satisfeitos com os profissionais Médicos e de Enfermagem, assim como foi encontrado no estudo que avaliou o grau de satisfação de idosos com estes profissionais, sendo a maior média relacionada ao domínio da confiança (LIMA JUNIOR et al., 2015). Pesquisa realizada em Recife (PE) que avaliou percepção dos usuários com a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família apontou que usuários apresentam maior satisfação com o trabalho dos profissionais e uma menor satisfação com as condições oferecidas pelas unidades, sendo as dimensões tempo de espera, acessibilidade e com a condições de conforto e higiene das instalações (SANTIAGO et al., 2013).

É fundamental que a prática profissional dos sujeitos envolvidos com a APS seja humanizada, acolhedora de forma que crie vínculos, tendo em vista as potencialidades que a equipe terá com os seus usuários satisfeitos e presentes na unidade de saúde, o que pode melhorar o seu empoderamento frente as suas condições de saúde e adesão as práticas e/ou hábitos de saúde propostos (ARRUDA; BOSI, 2016).

A manutenção de uma boa relação com os profissionais de saúde está associada a chances de gerar maiores satisfações com o serviços, incluindo o atendimento dos profissionais que atuam na recepção das unidades, agilidade nas filas e tempo de espera pelas consultas e boas relações com os profissionais (LIMA; SANTOS; MARCON, 2016). As interações entre profissional e paciente podem contribuir para um estreitamento afetivo de longa duração, que pode ser um facilitador com relação a uma percepção de efetividade da ESF por parte dos usuários. Apesar destas interações ocorrerem em grande parte durante a realização da consulta, a amplitude e a profundidade do contexto distinguem as relações interacionais da APS dos outros níveis assistenciais (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

É notório que a ESF tem alcançado resultados expressivos enquanto proposta de reordenação das práticas de saúde nas comunidades, no entanto apresenta alguns problemas, entre os quais a rotatividade de profissionais, considerada um de seus aspectos críticos, já que pode comprometer a efetividade do trabalho, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população (GIOVANI; VIEIRA, 2013). Ao avaliar as limitações e os pontos positivos da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos profissionais da saúde e dos usuários no município de Vespasiano (MG) a satisfação dos entrevistados esteve relacionada aos benefícios ofertados, como as visitas domiciliares, boa relação com os profissionais e foco nos problemas familiares. Problemas relacionados ao quantitativo de profissionais, dificuldade de acesso e qualidade ruim dos serviços ofertados foram relacionados à insatisfação dos usuários (PEREZ et al., 2013).

Ademais, os problemas vivenciados pelos profissionais da ESF são bastantes complexos a ponto de leva-los a terem problemas psicológicos, com impactos negativos para os usuários. Ao avaliar as dificuldades e as formas de enfrentamento referidas por estes profissionais frente às complexas demandas no município de São Paulo (SP) o tráfico e uso de drogas ilícitas, alcoolismo, depressão e violência doméstica são as dificuldades mais encontradas no cotidiano de trabalho. Associado a estas situações, os profissionais referiram formação profissional e capacitação técnica insuficientes, sobrecarga e más condições de trabalho. Quanto ao enfrentamento das adversidades, destacam-se as estratégias

coletivas, como as reuniões em equipe e apoio matricial que possibilitam um compartilhamento de conhecimentos e experiências entres os profissionais (KANNO; BELLODI; TESS, 2012). Todos estes problemas podem gerar uma situação de vulnerabilidade para com os profissionais de forma que impacte na qualidade da assistência prestada a seus usuários.

Geralmente, o profissional que ingressa na área da APS nem sempre é conhecedor e inclinado para o trabalho junto à comunidade, sendo minoria dos profissionais que realmente almejam a ESF como campo de trabalho desejado. Ao tentar compreender a motivação dos profissionais em escolher a ESF como área de atuação junto a profissionais do município de Sobradinho (DF) a satisfação por colaborar com o avanço desse modelo de assistência e promover um cuidado integral ao paciente foi o principal fator estimulante para ingresso e permanência junto ao serviço de APS (ROCHA et al., 2013).

Os resultados do estudo corroboram para piores escores de satisfação dos idosos com aspectos relacionados a infraestrutura da unidade de saúde, demora no atendimento e percepção de unidade de saúde perfeita. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo que pretendia identificar o perfil de morbidade e de utilização dos serviços de saúde dos idosos cadastrados em uma ESF do município de São Paulo que identificou como motivos para insatisfação a falta de insumos, estrutura física e o longo tempo de espera nos atendimentos (CABRELLI et al., 2014). Ao se analisar a estrutura arquitetônica das unidades de saúde evidencia-se que seu espaço, em sua grande maioria, é inadequado para o atendimento, o que impacta diretamente na satisfação dos usuários e na qualidade da prestação de cuidados a eles. O acesso a unidade é questão fundamental para que a ESF se torne a porta de entrada da RAS, sendo necessário a extinção de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Ao avaliar a satisfação dos idosos cadastrados em uma ESF no município de Caruaru (PE), identificou-se como resultados para a insatisfação com o serviço relacionados a aspectos burocráticos e rotinas dos serviços, dificuldade para marcação de exames e participação da população na gestão da unidade (SOUSA JÚNIOR et al., 2016). Neste sentido, emerge a necessidade de uma participação dos usuários, em especial dos idosos, nos aspectos relacionados participação e

controle social, e não só no acesso para usufruir das práticas assistenciais oferecidas pela unidade. Atualmente, observa-se é que a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude, principalmente relacionados a população idosa, em decorrência da falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigí-los (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Os fatores associados como influenciadores da percepção de satisfação com os cuidados primários, encontrados neste estudo, foram renda familiar, frequência de visita do ACS e raça/cor da pele autodeclarada. Tais achados diferem dos resultados encontrados em estudo que avaliou os fatores de influência na satisfação com os cuidados primários em todas as regiões do Brasil em que percepção do usuário de que a equipe não procurou atender suas necessidades, problemas internos da unidade de saúde e a sensação do usuário de não se sentir respeitado pelos profissionais, ou de sentir respeitado apenas eventualmente, em relação a seus hábitos culturais, costumes e religião estavam relacionados a influência sobre a satisfação dos usuários (PROTASIO et al., 2017).

Foram identificados poucos estudos que avaliassem os fatores de influência na percepção de satisfação dos usuários com os serviços de saúde, em especial direcionados à população idosa. Estudo que analisou o acesso de usuários a uma unidade de saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte (MG) identificou como fatores determinantes da percepção dos serviços aceitabilidade dos serviços de saúde pelos usuários, as suas relações com os profissionais de saúde, o dimensionamento das equipes e a relação com os demais níveis assistenciais (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Outro estudo que avaliou os fatores associados ao grau de satisfação com a saúde nos diferentes aspectos da vida da população idosa do Município de Botucatu (SP) encontrou as variáveis autonomia, o lazer e a não-referência de hipertensão e cardiopatia como influenciadoras na satisfação da percepção dos serviços de saúde (JÓIA; RUIZ; DONALÍSIO, 2008).

Com relação a análise realizada no presente estudo quanto a associação do território – Distrito Sanitário de Saúde e a satisfação com os serviços identificou-se diferenças nos escores entre os diferentes distritos do município de Uberaba. Não foram encontrados estudos que avaliassem a satisfação considerando diferentes

regiões estratégicas em um mesmo território. No entanto, estudo que comparou os níveis de satisfação de idosos residentes em um Condomínio para este público e idosos da comunidade identificou que a satisfação e utilização dos serviços de saúde foi maior entre os idosos da comunidade (TESTON; ROSSI; MARCON, 2013).

Estudo que avaliou as diferenças regionais do grau de satisfação dos usuários do SUS em todo território nacional encontrou maiores chances de satisfação por parte dos usuários da região Sul, sendo as menores chances dos usuários da região Nordeste (GOUVEIA et al., 2009). Tal achado corrobora com o fato de ainda persistirem desigualdades socioeconômicas entre as diversas regiões do país, fato este que pode impactar no acesso, percepção e necessidades de saúde e na satisfação dos usuários com os serviços de saúde (CALLOU FILHO et al., 2017).

7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo identificaram predomínio de idosos do sexo feminino, casados ou morando com companheiro, brancos, católicos, com escolaridade entre um a quatro anos completos, aposentados, com rendimento individual de um salário mínimo e rendimento familiar de um a três salários mínimos, sendo o arranjo familiar composto por novas formas de arranjos.

Em sua grande maioria eram não tabagistas e etilistas, não praticantes de atividade física com predomínio de uso do serviço público de saúde e não possuir convênio particular de saúde. Quase a metade, informou receber no mínimo uma visita ao mês do ACS e frequentar o serviço de saúde ao qual está cadastrado pelo menos uma vez ao mês.

Considerando a avaliação da satisfação as dimensões *Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Enfermagem* foram melhores avaliadas tanto para o grupo de satisfeitos quanto para os muito satisfeitos. Os itens melhores avaliados entre o grupo de idosos Satisfeitos foram: *Os Agentes Comunitários são atenciosos* (Média=5,7); *Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução* (Média=5,5) e *Os Enfermeiros são atenciosos* (Média=5,5). Já entre o grupo de idosos Muito Satisfeitos foram: *Os Agentes Comunitários são atenciosos* (Média=6,7); *Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e sua resolução* (Média=6,7) e *Os Agentes Comunitários explicam claramente o que o senhor(a) deve fazer* (Média=6,7).

Com relação aos potenciais fatores de influência na satisfação entre os idosos apresentaram diferenças significativas os fatores renda familiar ($p=0,041$), frequência de visita do Agente Comunitário de Saúde ($p=0,001$) e raça/cor da pele autodeclarada ($p=0,028$).

Considerando a avaliação da satisfação entres os Distritos Sanitários de Saúde pode ser observado diferenças significativas, sendo as menores avaliações presentes no DS I e para as seguintes dimensões Instalações da unidade ($p<0,001$), Percepções e necessidades ($p=0,023$) e Escore Total de Satisfação ($p=0,026$).

Para os idosos octogenários houve predomínio de idosos do sexo feminino, brancos, com escolaridade entre um e quatro anos, aposentados, não

desempenhando atividade profissional, com renda individual de um salário mínimo, renda familiar de um a três salários mínimos, não tabagistas, etilistas e não praticantes de atividade física.

Com relação a satisfação dos idosos octogenários as dimensões Agentes Comunitários de Saúde, Enfermagem e Instalações da Unidade foram melhores avaliadas para o grupo de satisfeitos e, as dimensões Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Percepções e necessidades melhores avaliados para os muito satisfeitos.

Os resultados contribuem para a compreensão do perfil de idosos cadastrados na ESF e a avaliação da satisfação com este serviço e devem ser retornados à comunidade por meio da apresentação e discussão com gestores municipais de saúde, buscando-se estratégias de enfrentamento e suporte junto as equipes de Saúde da Família dos fatores que influenciam negativamente a satisfação com estes serviços. Avaliações dos serviços que envolvam a dimensão de percepção dos usuários possuem potencialidade de contribuir para a construção de uma nova interface do cuidado, além de acompanhar as ações empreendidas pela Saúde da Família, fortalecer o controle social e a participação dos usuários nos processos de planejamento e gestão participativa da saúde.

A Enfermagem, como profissão fundamental na Saúde da Família, pode contribuir junto aos outros profissionais ali inseridos a valorizarem as percepções e necessidades de saúde dos usuários dos serviços da Saúde da Família.

Quanto as limitações do presente estudo destaca-se a natureza metodológica da pesquisa que não permitiu estabelecer relações de causa e efeito dos fatores que influenciam a satisfação dos idosos. Outras variáveis relacionadas a organização do trabalho e fatores relacionados a composição e formação profissional dos trabalhadores ali inseridos podem ser avaliados em outros estudos, além do viés qualitativo de avaliação da percepção de satisfação que permitiria uma maior aprofundamento nas questões que influenciam a satisfação.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. et al. Satisfação de usuários com cuidados de Enfermagem em serviço de emergência: uma revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.20, e938, 2016.
- ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-31, 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>>. Acesso em: 28 dez 2017.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <>. Acesso em: 29 dez 2017. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.
- ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 34-51, 2014.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.
- ARRUDA, C. A.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários idosos da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 321-32, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220150479.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. & Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 28 dez 2017.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 358-65, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a09v66n3.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-26, 2012.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: o impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo,

n.52, p.1-7, 1994. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora MS, 2012. (Série E, Legislação em Saúde). Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010b. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Editora MS, 2011b. (Cadernos de Atenção Básica: 28, v1) 56p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011a. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo: anexo: ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 62p. http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A.. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.103-114, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/12.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.36, n.2, p.514-26, 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/473/pdf_139>. Acesso em: 05 set. 2016.

CABRELLI, R. et al. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 89-98, 2014.

Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3088>>. Acesso em: 29 dez 2017.

CALLOU FILHO, C. R. et al. Estratégia Saúde da Família: satisfação dos usuários no município de Fortaleza-CE. **Rev Saúde e Pesq**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 339-46, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5880/3061>>. Acesso em: 29 dez 2017.

CAMPOS, A. C. V. et al. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2724, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02724.pdf>. Acesso em: 29 dez 2017.

CARPINETTI, L. C. R. **Gestão da qualidade**: conceitos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/10.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

CARVALHO, M. H. R. et al. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 347-54, 2014.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 305-313, 2012. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1422/578>> Acesso em: 13 ago. 2017.

DIAS, F. A. **Indicadores de processo da qualidade da assistência de Enfermagem ao idoso na Atenção Primária**. 2017. 394 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L.; FRANK, J. (Orgs.). **Investigaciones sobre servicios de salud**: uma antologia. Washington, DC, OPAS, 1992, 382-404.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e**

Serviços de Saúde, Brasília, v.21, n.4, p. 529-32. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a01.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, Supl., pág.303-12, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>>. Acesso em: 05 set 2016.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014.

FERRARI, R. F. R. et al. Atitude do idoso da comunidade frente ao lazer: uma interface com a promoção da saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, e1280015, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-1280015.pdf>. Acesso em: 28 dez 2017.

FERREIRA, P. C. S. et al. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 197-204, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16643>>. Acesso em 28 dez 2017.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.545-65, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>>. Acesso em: 05 set 2016.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: uma reflexão teórica aplicada a prática**. Brasília, DF, 2013. p. 31-42.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.4, p.1173-82, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1173.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

GARCIA, L. A. A. Reflexões sobre o processo de migração frente ao envelhecimento populacional [Editorial]. **REFACS**, Uberaba, v. 5, n. 3, p.361, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i3.2408>.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572/1213>>. Acesso em: 29 dez 2017.

GOMES, P. J. P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, Lisboa, v. 2, p.8-18, 2004. Disponível em: <<http://eprints.rclis.org/10401/1/GomesBAD204.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

GOMES, M. T. S. Dinâmica econômica e cidades médias: uma análise sobre a cidade de Uberaba na região do Triângulo Mineiro. **Geosp – Espaço e Tempo**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 516-534, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/geosp/article/view/81733/112864>>. Acesso em: 24 out. 2016

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciênc & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1849-61, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/20.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

INCHAUSPE, J. A. F.; MOURA, G. M. S. S. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.28, n.2, p.177-82, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0177.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 2000-2060. Revisão 2013. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>. Acesso em: 05 set. 2016.

_____. Cidades. Revisão 2016; 2016a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010&search=minas-gerais|uberaba|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 25 Out. 2016.

_____. Programa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2013. Rio de Janeiro; 2016b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/sintese_defaultxls.shtm>. Acesso em: 05 set. 2016.

_____. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2016c. Rio de Janeiro: IBGE, 2016c. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M. R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 187-94, 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n3/v17n3a04.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

- KANNO, N. P. et al. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.884-94, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011.
- LEITE, I. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 7, p. 1551-64, 2015.
- LIMA, J. C.; SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária. **Rev pesquis cuidam fundam**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3945-56, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4043/pdf_1816>. Acesso em: 29 dez 2017.
- LIMA JÚNIOR, J. R. M. et al. Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 419-32, 2015. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A03.pdf>. Acesso em: 29 dez 2017.
- LOPES, J. M. et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300521>. Acesso em: 05 jun. 2016.
- LUZ, E. P. et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 303-14, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00303.pdf>>. Acesso em 24 dez 2017.
- MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p.319-30, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0319.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.
- MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a15.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016

MALAGUIAS, B. S. S. et al. Avaliação das prescrições de medicamentos a idosos em um ambulatório de geriatria. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 5, p. 440-50, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/125605/122538>>. Acesso em: 28 dez 2017.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 151-164, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00151.pdf>>. Acesso 05 junho de 2016.

MARQUES, A. P. et al. Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.5, p.817-26, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

MEDEIROS, S. G.; MORAIS, F. R. R. Organização dos Serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.19, n.52, p. 109-19, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0109.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

MELO, M. D.; EGRY, E. Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 133-40, 2014.

MELO, N. C. V. et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 139-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00139.pdf>. Acesso em 28 dez 2017.

MENDES, E. V. As redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-8, 2004.

MENDONÇA, S. S.; ALBUQUERQUE, E. C. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiologia e**

Serviços de Saúde, Brasília, v.23, n.3, p.463-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00463.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

MOCELIN, C. et al. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. **Rev pesquis cuid fundam (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1034-19, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5747/pdf> >. Acesso em: 29 dez 2017.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-40, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00127.pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2016.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-59, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

OLIVEIRA, L. P. B. A. et al. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 871-9, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00871.pdf>. Acesso em: 28 dez 2017.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p.731-57, 2005.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935-44, 2011.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. (Ed). **Gerontologia**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 1996, p. 3-12.

PAZ, E. P. A. et al. Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 419-26, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0419.pdf>. Acesso em: 29 dez 2017.

PELLEGRINI FILHO, A; VETTORE, M. V. Estudos brasileiros sobre determinantes sociais das iniquidades em saúde [Editorial]. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, Sup. 2, p. 132-3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/pt_01.pdf>. Acesso em: 29 dez 2017.

PEREIRA-LLANO, P. M. et al. A família no cuidado ao idoso após o acidente por quedas. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.4717-24, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2973/pdf_1>. Acesso em: 08 set. 2016.

PEREZ, L. G. et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 403-13, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0403.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 1, p. 213-20, 2013.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. Coletas de Dados: Métodos de Coletas de dados. In: _____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem**. 7ed. São Paulo: Artmed, p.369-405.

PROTASIO, A. P. L. et al. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00184715, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00184715.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

QUADROS, K. A. N. et al. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.6, n.2, p.2140-46, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/869/1097>>. Acesso em: 08 set. 2016.

RAPOSO, M. L.; ALVES, H. M.; DUARTE, P. A. Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. *Serv Bus*. 2009;3:85-100

REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; AMARAL, T. C. L. et al. Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.4, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

ROCHA, A. A. et al. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 269-77, 2013. Disponível em:

<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1883/744>>. Acesso em: 29 dez 2017.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-47, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciênc & Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/05.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100013>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1714/1759>>. Acesso em: 28 dez 2017.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.1, p. 3-10, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf> >. Acesso em: 13 abr. 2016.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SOUSA JÚNIOR, B. S. et al. Análise da satisfação dos idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um município de Pernambuco. **Rev Kairós**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 167-80. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30803/21313> >. Acesso em: 29 dez 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, D. M. S. et al. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. **Rev enferm**

UERJ, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 156-63, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a03.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciênc. & Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3557-64, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3557.pdf>>. Acesso em: 28 dez 2017.

TESTON, E. F.; ROSSI, R. M.; MARCON, S. S. Utilização dos serviços de saúde por residentes em um condomínio exclusivo para idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1125-32, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1122.pdf>. Acesso em: 29 dez 2017.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURCGANT, P. et al (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 7. p. 71-83.

UBERABA (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014/2017**. Uberaba, 2014. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saude soc**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-12, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2017.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., 09 telas, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_02.pdf>. Acesso em: 28 dez 2017.

ZACHARIAS, F. C. M. et al. Determinantes da organização da atenção em diabetes mellitus na satisfação do usuário. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.47, n.2, p.177-84, 2014. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n2/AO5_Determinantes-da-organizacao-da-atencao-em-diabetes-mellitus-na-satisfacao-do-usuario.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de dados sociodemográficos, condições de saúde e acesso aos serviços

I – Identificação

Nome: _____ . Data: ___/___/_____

Endereço: _____ . Telefone: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

A – Dados Sociodemográficos e de saúde

1. Data de nascimento: ___/___/_____ 2. Idade: _____ anos.

3. Sexo: 1- () M 2- () F

4. Estado Civil:

1- () Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

2- () Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

3- () Viúvo(a)

4- () Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)

99- () Ignorado

5. Raça:

1- () Branca

2- () Preta

3- () Parda

4- () Amarela

5- () Indígena

6. Religião:

1- () Católica

2- () Evangélica

3- () Espírita

4- () Outra _____

7. Escolaridade: _____ anos.

8. Aposentado: 1- () Sim 2- () Não

9. Ocupação profissional 1- () Sim

2- () Não

Qual? _____

10. Valor da Renda individual:

1 – () Não tem renda

2 - () Menos que 1 salário mínimo

3 - () 1 salário mínimo

4 - () De 1 a 3 salários mínimo

5 - () De 3 a 5 salários mínimo

6 – () mais de 5 salários mínimo

11. Renda Familiar:

- 1 - () Não tem renda
- 2 - () Menos que 1 salário mínimo
- 3 - () 1 salário mínimo
- 4 - () De 1 a 3 salários mínimo
- 5 - () De 3 a 5 salários mínimo
- 6 - () mais de 5 salários mínimo

12. Número de filhos: _____

13. Quantidade de pessoas que moram em sua residência: _____ pessoas.

14. O Sr(a) mora com:

- 1- () Só (ninguém mais vive permanentemente junto)
- 2- () Somente com cuidador profissional (1 ou +)
- 3- () Somente com o cônjuge
- 4- () Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)
- 5- () Com filhos (com ou sem cônjuge)
- 6- () Com netos (com ou sem cônjuge)
- 7- () Outros arranjos _____
- 8- () Não Sei
- 99- () Não Respondeu

B - Características de Saúde

15. Quais serviços de saúde frequenta?

- 1 - () Unidade de Saúde/UBS/UMS/ESF
- 2 - () Ambulatório UFTM/URS
- 3 - () Hospital Público
- 4 - () Consultórios particulares
- 5 - () Hospital Particular
- 6 - () Não frequenta

16. Se frequentar Unidade de Saúde/UBS/UMS/ESF, qual a frequência?

- 1 - () Mais de uma vez na semana
- 2 - () Semanal
- 3 - () Quinzenal
- 4 - () Mensal
- 5 - () Bimestral
- 6 - () Trimestral
- 7 - () Semestral
- 8 - () Anual
- 9 - () Somente em último caso (uma vez ou outra)

17. Tabagismo

- 1 - () Sim 2 - () Não 3 - () Ex-tabagista

18. Consumo bebida alcoólica

- 1 - () Sim 2 - () Não 3 - () Ex-alcoólatra

19. Atividade Física

1 - () Sim 2 - () Não

Tipo de atividade: _____

Tempo/frequência: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Curso de Graduação em Enfermagem
Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Centro – CEP 38.015-040 – Cidade – MG
34 3700-6710

TERMO DE ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Conhecimento sobre HIV/AIDS e satisfação com o serviço de saúde de idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA: Assim, é de enorme importância compreender os fatores que influenciam o conhecimento sobre HIV, identificando razões para possíveis lacunas, como a satisfação com o cuidado recebido, escolaridade, sexo, idade e outras hipóteses. Compreender esses fatores podem possibilitar a realização de intervenções mais efetivas e desta forma permitem diminuir a vulnerabilidade dessa da população.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS: O único procedimento ao qual será submetido, será uma entrevista, que será realizada de forma privativa, protegendo a individualidade de cada participante, levando em consideração a estrutura disponibilizada em sua residência. Os instrumentos serão identificados através de números preservando a identidade do participante, tudo isso visando a diminuição de desconfortos e riscos.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE: Este estudo poderá ofertar um entendimento sobre as ações de saúde empreendidas pela ESF, práticas sexuais e o conhecimento dos idosos sobre HIV/aids acrescentando evidências sobre os fatores de risco e de proteção em relação à doença. Além de relacionar estes dados com o acesso e utilização dos serviços de saúde, podendo assim oferecer uma visão das lacunas em relação as orientações, possibilitando o aprimoramento das políticas públicas do município, voltadas aos idosos, com o propósito de divulgar a importância do conhecimento sobre os métodos preventivos, além de estratégias educativas com o propósito de divulgar outras formas de transmissão.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS: Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um número.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Prof^o Dr^o Alvaro da Silva Santos

E-mail: alvarosnf@hotmail.com

Telefone: 3700-6710

Endereço: Praça Manoel Terra, 330

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 Curso de Graduação em Enfermagem
 Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Centro – CEP 38.015-040 – Cidade – MG
 34 3700-6710

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Conhecimento sobre HIV/AIDS e satisfação com o serviço de saúde de idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Conhecimento sobre HIV/AIDS e satisfação com o serviço de saúde de idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

 Assinatura do voluntário

 Assinatura do pesquisador responsável

 Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores: **Pesquisador(es):**

Nome: Prof^o Dr^o Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: 3700-6710

Endereço: Praça Manoel Terra, 330

ANEXOS

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? _____

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que lugar estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas;

procure ficar a sabê-las de cor".

Carro _____

Bola _____

Vaso _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____

Nota: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Carro _____

Bola _____

Vaso _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:

Nota: _____

QUANTOS ANOS VOCÊ ESTUDOU? _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos \leq 13 pontos

• 1 a 08 anos de escolaridade \leq 18

• com escolaridade superior a 8 anos \leq 26

9) Idoso apresentou declínio cognitivo:

1- () Sim

2- () Não

ANEXO B - Questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde

23. Numa escala de 1 a 7 marque o seu grau de acordo com as seguintes afirmações.	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
A – Instalações da Unidade de Saúde	1	2	3	4	5	6	7
23.1- As instalações têm boa aparência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2 -As instalações têm uma temperatura agradável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3- As instalações são confortáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4- As instalações apresentam-se limpas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.5- Os banheiros apresentam boas condições de higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.6- Os consultórios para atendimento têm espaço suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.7- A Clínica tem instalações adequadas a pessoas com deficiências (cadeira de rodas, rampas, corrimão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.8- Os serviços encontram-se bem sinalizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.9- O horário de funcionamento é adequado as suas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.10- Nesta clinica há informação sobre cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B – Recepção na Unidade pelo ACS	1	2	3	4	5	6	7
23.11 -Os Agentes Comunitários são atenciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.12 -Os Agentes Comunitários interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.13 -Os Agentes Comunitários explicam claramente o que o Sr (a) deve fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.14- Normalmente se espera pouco pelo atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C – Atendimento do Enfermeiro	1	2	3	4	5	6	7
23.15 -Os enfermeiros são atenciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.16 -Os enfermeiros interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.17- Os enfermeiros fazem tudo o que podem para resolver o seu problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.18- Os enfermeiros explicam-lhe claramente o tratamento que terá de fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.19- Os enfermeiros são competentes nos tratamentos que lhe fazem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.20- Normalmente o enfermeiro está disponível para lhe tratar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.21- Os enfermeiros respeitam o horário de atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.22- Normalmente se espera pouco para ser atendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D – Atendimento Médico	1	2	3	4	5	6	7
23.23- Os médicos são atenciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.24- Os médicos interessam-se pelos seus problemas e pela sua resolução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.25- Os médicos explicam-lhe claramente os tratamentos que terá de fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.26- Os médicos fazem tudo o que podem para resolver o seu problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.27- Os médicos são competentes nos tratamentos que lhe fazem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.28- Os médicos respeitam o horário de atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.29- Normalmente se espera pouco para ser atendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E – No Geral	1	2	3	4	5	6	7
23.30- De modo geral o Sr (a) se sente satisfeito com os serviços desta Unidade de Saúde/ (Clínica da Família)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.31- Esta Unidade de Saúde corresponde as suas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.32- Esta Unidade de Saúde esta de acordo com as suas expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.33- Esta Unidade de Saúde esta muito próxima de uma unidade de saúde perfeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você chegou ao fim...