



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública



GISELLE CAMPOZANA GOUVEIA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS
COM O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.**

RECIFE
2009

GISELLE CAMPOZANA GOUVEIA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM O SISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO.

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto sensu* do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Ciências na
Área de Concentração em Saúde Pública.

Orientadores: Prof. Dr. Wayner Vieira de Souza
Prof^a. Dr.^a Célia Landmann Szwarcwald

RECIFE
2009

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G719a Gouveia, Giselle Campozana.

Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro / Giselle Campozana Gouveia. — Recife: G. C. Gouveia, 2009.

189 f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadores: Wayner Vieira de Souza, Célia Landmann Szwarcwald.

1. Sistemas de Saúde. 2. Satisfação dos Consumidores. 3. Avaliação em Saúde. 4. Assistência à Saúde. 5. Serviços de Saúde. 6. Qualidade da Assistência à Saúde. 7. Brasil. I. Souza, Wayner Vieira de. II. Szwarcwald, Célia Landmann. III. Título.

CDU 614.2

GISELLE CAMPOZANA GOUVEIA

Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Sistema de Saúde Brasileiro.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto sensu* do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências na Área de Concentração em Saúde Pública.

Aprovada em: 30 de abril de 2009

BANCA EXAMINADORA

Dra. Isabela Chagas Samico
Instituto Materno Infantil de Pernambuco

Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
Departamento de Medicina Social – Centro de Ciências da Saúde/UFPE

Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Wayner Vieira de Souza
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Às minhas princesas, **Fernanda e Suzana**

Pelo carinho e amor incondicional

À meu marido, **Fernando**

Por todo apoio e incentivo na realização do curso,

Meu carinho e amor

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à instituição Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz por ter viabilizado a realização deste curso.

Agradeço a Wayner, que antes de se tornar meu orientador, já era meu amigo, e aceitou o desafio de me orientar na condução deste trabalho, meu eterno agradecimento.

À Célia Szwarcwald, coordenadora das duas pesquisas e, minha orientadora à distância, agradeço toda colaboração e apoio em momentos fundamentais para a concretização desta tese.

A Carlos Luna, amigo tão especial, que sempre me ajudou e me “agüentou” nas análises estatísticas.

A Paulo Borges, outro colaborador importante desta tese, sempre tão atencioso no envio dos dados solicitados.

As pessoas que me ajudaram na coleta dos dados, Karla Patrícia, Izabel, e os motoristas, Fernando, S. Natécio e Jacó. Obrigada por uma convivência tão harmoniosa durante num trabalho tão árduo.

A Eduarda Cesse, coordenadora do curso e amiga do coração. Por todo apoio durante a condução do curso.

A Eduardo Freese, diretor do CPqAM, que sempre incentivou e apoiou a realização deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, Isabela Samico, Antônio Carlos G. do Espírito Santo, Rejane Ferreira e Eduardo Freese, que se disponibilizaram na leitura e crítica deste trabalho.

Aos usuários do sistema de saúde que nos permitiram a “invasão” de seus domicílios e “abriram” suas vidas quando nos revelaram suas satisfações e insatisfações com o atendimento em saúde recebido.

Aos Secretários de Saúde de todos os municípios visitados, por todo apoio na divulgação e logística durante o trabalho de campo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que com tanta gentileza e disposição, nos ajudaram a localizar os endereços e nos apresentaram aos usuários.

Aos colegas que de alguma forma contribuíram para a formação dos bancos de dados que subsidiaram a realização deste trabalho.

A todos os colegas da “minha turma” de doutorado: Sinara, Jória, Dani, Carmelita, Sidney, Henrique, Débora, Betise, Cristine, Denise, Karina, Milena, Solange

e Tereza, pelos momentos de companheirismo, alegrias e “desesperos” durante todo o curso.

A todos os professores que com seus conhecimentos contribuíram de alguma forma no meu crescimento acadêmico e pessoal.

Carinho especial ao professor Djalma Agripino, que apesar de ter me feito sentir a primeira “crise” do doutorado, ajudou-me a parar e pensar com mais objetividade a respeito do meu tema.

A todos que fazem a Secretaria Acadêmica que me ajudaram na condução burocrática do curso e me “lembraram” dos prazos a serem cumpridos.

À Secretaria do NESC nas pessoas de Dayse, Paulinho, Nalvinha e Ana Maria, amigos sempre presentes e que “desenrolaram tantas broncas” do meu processo.

À Sidália, que sempre manteve meu ambiente de trabalho organizado e limpo e que respeitou minha bagunça organizada.

As pessoas que me ajudaram de uma forma ou de outra com serviços de apoio como biblioteca (Adagilson, Mégine, Márcia e Josivaldo) e xerox (Sara e Joselma).

As minhas companheiras de sala Duda, Idê e Rejane que dividiram e vivenciaram muitos momentos das minhas angústias e alegrias durante o curso, meu carinho especial.

Aos amigos que mesmo não participando diretamente no curso, me ajudaram a manter o equilíbrio emocional, a alegria, e o pensamento positivo. Um ombro amigo é sempre muito importante numa hora dessas.

A minha família que sentiu de perto minhas ausências, angústias e medos, e mesmo assim não saiu do meu lado, meu maior agradecimento e carinho.

As minhas filhas que tão pequeninas “agüentaram” a mãe tão “nervosa” por causa do doutorado, minhas desculpas e todo meu amor.

E finalmente, ao meu marido que durante todo o curso me deu muita força e apoio, meu amor e carinho.

“Os serviços de saúde, como bens de valor social, deveriam ser ofertados a todos, porque todos estão sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis” (Dougherty, 1996)

GOUVEIA, G. C. *Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro*. 2009. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2009.

RESUMO

Este trabalho, composto por três artigos, aborda a avaliação dos fatores associados à satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro, objetivando de forma inédita, avaliar os componentes envolvidos na satisfação dos usuários no Brasil como um todo, no estado de Pernambuco em particular e os diferenciais de satisfação existentes entre as regiões do país. No primeiro artigo a “**Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003**”, buscou-se analisar os resultados sobre satisfação com a assistência de saúde prestada no ano de 2003. Os resultados revelaram que o tempo de espera foi o item que demonstrou menor grau de satisfação, no caso de atendimento ambulatorial, e a liberdade de escolha do profissional de saúde, no caso de internação. Na análise de componentes principais, foram extraídos três componentes, que se relacionaram à satisfação com os profissionais, serviços e resolução do problema de saúde. A regressão múltipla revelou que ter sofrido algum tipo de discriminação (por sexo, idade, pobreza, classe social, raça ou tipo de doença) e ser usuário exclusivo do SUS implica o menor grau de satisfação dos usuários com o atendimento recebido. No segundo artigo, “**Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Estado de Pernambuco - Brasil, 2005**”, procurou-se conhecer os fatores associados à satisfação dos usuários do sistema de saúde pernambucano. Os principais aspectos analisados foram: qualidade dos profissionais, qualidade dos serviços de saúde e a resolutividade do sistema. As análises revelaram que o tempo de espera até o atendimento e a disponibilidade de medicamentos foram os fatores que geraram menores percentuais de satisfação dos usuários, o que levou a refletir se o acesso está de fato relacionado à oferta de serviços adequados às necessidades da população ou não, e à política de assistência farmacêutica no Estado. Este artigo permitiu obter um panorama mais completo sobre a forma como o sistema de saúde pernambucano tem respondido às expectativas de sua população. O terceiro artigo “**Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais**” procurou identificar fatores e avaliar diferenças regionais do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro analisando os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde e Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica. Os resultados revelaram que ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e auto-percepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro. Moradores da Região Sul do país são mais satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto que para pernambucanos, as chances de satisfação são menores quando avalia-se a qualidade dos serviços de saúde, independentemente do tipo de atendimento recebido, e na resolução de seus problemas de saúde, quando precisaram de internação.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Sistema de saúde, satisfação dos consumidores

GOUVEIA, G. C. *Evaluation of user's satisfaction with health care system in Brazil*. 2009. Tese (Doutorado) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2009.

ABSTRACT

This work, composed of three articles, discusses the evaluation assessment of factors related to user satisfaction with the Brazilian health system. It is characterized in the first article in the users' satisfaction with health care in Brazil, 2003, seeking to analyze the satisfaction results with provided health assistance (in and outpatient) using data from the World Health Survey carried out in Brazil in 2003. The results revealed that waiting time was the item that showed the least satisfaction degree in the case of outpatient analysis, and freedom of choosing the health professional in the case of hospitalization. Aiming at explaining the health assistance satisfaction with many aspects through a small number of factors, factorial analysis by principal component extraction was used. Multiple regression models allowed to identify the main socio-demographic factors associated to the satisfaction scores. The multiple regression analysis evidenced that discrimination suffering (for age, sex, poverty, social class, race or type of disease) and using exclusively public assistance resulted in a lower degree of user satisfaction for any type of health. In the second article, "users' satisfaction with health care in the State of Pernambuco - Brazil, 2005", aimed to know the factors associated with the users' satisfaction of the Pernambuco health system. The main analysed aspects were the professionals quality, the health services quality and the health system resolubility. The analysis has revealed that the waiting time for health care and the availability of medicines were the factors with the lowest percentage of users' satisfaction, what generate reflections about if the access has been actually related to the offering of health services, adequate or not to the people demands and the pharmaceutical assistance policy in the state. In conclusion, it was possible to obtain a more complete overview about the about how the health system of Pernambuco has attended the people expectations by the users perspectives. The third article " User's satisfaction in brazilian health system: associated factors and regional differences" sought to evaluate regional variations concerned to the degree of user's satisfaction of the Brazilian health system analysing the results of the World Health Survey and World Health Survey Focusing on Primary Health Care. The results has revealed that being young, and an exclusive user of the public National Health System, having low education and poor self-perception of health, has generated more chances to present lower degree of user's satisfaction. Residents in the Southern Region of the country have been more satisfied with their health care, while in Pernambuco, chances of satisfaction are lower when evaluating the quality of health services. The residents of this state have shown a greater satisfaction solving their health problems when in patient care is needed.

Keywords: Health Evaluation, Health Systems, Consumer Satisfaction

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACP - Análise de componentes principais

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais De Saúde

CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia

DNS - Departamento Nacional de Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IB - Indicador de bens

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMIP - Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMS - Pesquisa Mundial de Saúde

PMS-AB - Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PSF - Programa de Saúde da Família

RADIS – Revista RADIS Comunicação em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública

SAMS - Sistema de Atenção Médica Supletiva

SDD - Sistema de Desembolso Direto

SES-PE - Secretaria de Saúde de Pernambuco

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

1º ARTIGO

	Pág.
Table 1 -Percentage of user satisfaction according to type of care, form of payment, and aspects related to evaluation of care, Brazil, 2003.	63
Table 2 - Percentage of individuals who experienced some type of discrimination, according to type of care and form of payment, Brasil, 2003.	64
Table 3 - Results of factor analysis by type of care: loads in the first three principal components, Brazil, 2003.	65
Table 4 - Mean and standards errors for satisfaction scores by principal component and type of care according to socio-demographic variables, form of payment, and feeling of discrimination, Brazil, 2003.	66
Table 5 - Results of multiple linear regression using satisfaction scores by principal component and type of care as dependent variables, Brazil, 2003.	67

2º ARTIGO

Tabela 1: Percentual (%) de satisfação segundo tipo de assistência, forma de pagamento e aspectos relacionados à avaliação do atendimento. Pernambuco, 2005.	93
Tabela 2: Resultados da análise fatorial por tipo de assistência: cargas nos três primeiros componentes principais. Pernambuco, 2005.	94
Tabela 3: Média e erro padrão dos escores de satisfação por componente principal e tipo de assistência segundo variáveis sócio-demográficas, forma de pagamento e sentimento de discriminação. Pernambuco, 2005.	95
Tabela 4: Resultados dos modelos de regressão linear múltipla tendo como variáveis dependentes os escores de satisfação por componente principal e tipo de assistência. Pernambuco, 2005.	96

3º ARTIGO

Tabela 1– Análise univariada da associação das características individuais e domiciliares de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar com o grau de satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.	104
Tabela 2– Análise univariada da associação das características individuais e	

domiciliares de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar com o grau de satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.	105
Tabela 3 - Análise univariada da associação das características individuais e domiciliares de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar com o grau de satisfação, em relação à resolutividade dos problemas de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.	106
Tabela 4 – Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar com o grau de satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.	107
Tabela 5 – Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar com o grau de satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco, 2005.	108
Tabela 6 – Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar com o grau de satisfação, em relação à resolutividade dos serviços de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco, 2005.	109

SUMÁRIO

Capítulos	Páginas
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Sistema de saúde brasileiro	17
1.1.1 Aspectos históricos – Formatação do sistema de saúde brasileiro e a inserção dos usuários ao longo da história.	17
1.1.2 Formatação atual do sistema de saúde brasileiro	26
1.2 Avaliação em saúde	35
1.2.1 Componentes da avaliação	37
1.2.1.1 <i>Qualidade em saúde</i>	38
1.2.1.2 <i>Satisfação/Expectativa</i>	39
1.3 Avaliação de sistemas de saúde	41
1.4 Qualidade de vida e desigualdades em saúde no Brasil	43
1.5 A Pesquisa Mundial de Saúde	46
1.5.1 PMS Brasileira e PMS-AB de Pernambuco	47
1.6 Justificativa	49
1.7 Pergunta condutora	50
1.8 Hipóteses	50
1.9 Objetivos	51
2 MATERIAIS E MÉTODOS COMPLEMENTARES	52
3 ARTIGO 1 – <i>User’s satisfaction with health care in Brazil, 2003.</i>	59
4 ARTIGO 2 – Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco – Brasil, 2005.	70
5 ARTIGO 3 – Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais.	97
6 DISCUSSÃO	114
7 CONCLUSÕES	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	134
ANEXOS	168

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado está elaborada no formato de três artigos e aborda a temática da avaliação da satisfação com o Sistema de Saúde Brasileiro sob a ótica dos usuários. Teve início em janeiro de 2003 quando começou a ser realizado no país um inquérito populacional de âmbito nacional, conhecido como Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). Este teve como objetivo principal, avaliar o Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro.

No ano de 2005, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o desempenho da atenção básica em saúde, bem como conhecer as desigualdades de acesso e utilização dos serviços de saúde no estado de Pernambuco, foi realizado um novo inquérito utilizando o instrumento original da PMS brasileira só que mais detalhado e aprofundado em determinadas questões incluindo a estratégia saúde da família. O instrumento utilizado na PMS brasileira foi adaptado para avaliação da atenção básica em saúde, e a pesquisa foi denominada de Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB).

O trabalho de campo foi realizado de janeiro a setembro de 2003 para o país e no ano de 2005 para o estado de Pernambuco. As duas pesquisas foram coordenadas nacionalmente pela Dra. Célia L. Szwarcwald do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz e regionalmente por pesquisadores experientes na área de saúde pública. O Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) ficou responsável pela coordenação do trabalho de campo dos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte na PMS brasileira. O recrutamento e treinamento dos entrevistadores ficaram a cargo de cada coordenador regional nas suas respectivas áreas geográficas.

Ao término da fase de coleta, os coordenadores regionais, juntamente com a coordenação nacional da pesquisa, começou a tabular os resultados das duas pesquisas.

Com o intuito de aprofundar mais a análise da satisfação dos usuários no Estado de Pernambuco e poder comparar com os achados na pesquisa nacional, foi proposto que o mesmo grupo que fez a análise da satisfação dos usuários em nível nacional, realizasse a mesma, para o referido estado.

A equipe que participa desta tese esteve inserida em quase todas as fases da realização das duas pesquisas, desde a adaptação do questionário à realidade brasileira (coordenação nacional e regional), até a análise dos dados resultantes do trabalho de

campo. A equipe envolvida neste trabalho é responsável pela análise dos resultados do módulo “avaliação da resposta do sistema de saúde”.

Tendo participado da coleta dos dados, na condição de entrevistadora e supervisora do trabalho de campo, e da análise dos dados da PMS brasileira, sabendo da importância da execução desta pesquisa no Brasil, onde tivemos a oportunidade de desenvolvimento de instrumental e trazer ao público informações capazes de avaliar o sistema nacional de saúde sob a ótica dos usuários, resolvi juntamente com meus orientadores, avaliar os aspectos que caracterizam a satisfação e o perfil dos usuários do Sistema de Saúde Brasileiro no ano de 2003 e do Estado de Pernambuco, no ano de 2005.

Os dois primeiros artigos (um publicado e outro publicado online) trataram de analisar quais os fatores caracterizam a satisfação dos usuários do Sistema de Saúde Brasileiro como um todo, e em particular, o Sistema de Saúde de Pernambuco e a associação com o perfil socioeconômico da população do Estado.

O último artigo (aguardando publicação – no prelo) resgata a análise da satisfação à luz do perfil socioeconômico e demográfico da população brasileira e procura associar este perfil aos fatores determinantes da satisfação encontrados nas duas pesquisas, e em seis estratos geográficos diferentes do país.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sistema de Saúde Brasileiro

1.1.1 Aspectos históricos – Formação do Sistema de Saúde Brasileiro e a inserção dos usuários ao longo da história.

A reforma da saúde pública no Brasil, no final da primeira República (1889-1930), constitui-se como um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade, servindo de ponto de partida para qualquer reflexão sobre a saúde pública no Brasil republicano. A falta de clareza e de definição em relação à política de saúde faz com que a história da saúde seja permeada e se confunda com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos (POLIGNANO, 2005).

A estrutura política-ideológica durante a primeira República representava os interesses agrários de São Paulo, Minas e do Nordeste, e de acordo com a ideologia liberal dominante, o Estado só devia atuar naquilo que o indivíduo sozinho, ou iniciativa privada não pudesse fazê-lo, sendo assim, não teria que intervir na saúde (PAIM, 2003).

Este período, segundo Hochman; Fonseca (1999), foi dividido em duas fases fundamentais: uma que seria marcada pela gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde restritos ao Distrito Federal e aos portos (1903 e 1909) e outra que teve como característica fundamental a ênfase no saneamento rural, a partir da descoberta dos sertões, e dos seus habitantes abandonados e doentes (1910 e 1920).

Durante a primeira República, os trabalhadores do campo e da cidade, bem como seus familiares, não tinham acesso aos serviços de saúde. Diante da doença de um indivíduo, o atendimento médico somente era possível para os que podiam pagar ou por intermédio da caridade (PAIM, 2003). Neste período, a medicina liberal detinha 60% dos leitos no País (LABRA, 1993).

Para Paim (2003), o aparecimento dos movimentos operários devido às más condições de trabalho e de vida das populações urbanas, que surgiram com a implantação de indústrias no país, sendo esta, fruto da acumulação capitalista advinda do comércio exterior (POLIGNANO, 2005), fez com que o governo (de ideologia liberal) implantasse políticas de saúde, normatizasse e organizasse a produção e a distribuição dos serviços.

A partir de 1910, período muito mais voltado para a construção da nação, começou a ser formado no país, uma teia de regulamentações e organizações estatais, com a instalação de dezenas de postos sanitários em áreas não-urbanas e nas periferias das principais cidades (HOCHMAN; FONSECA, 1999). No início do século 20, o Estado se especializou em segmentos populacionais marginalizados (saúde mental, doenças infecciosas) ou que potencialmente comprometiam a saúde pública, com impactos não só no indivíduo, mas no conjunto da sociedade. O setor caritativo assumiu os pobres e o mercado àqueles que podiam pagar por meio de desembolsos diretos ou mediante negociações entre o serviço e as comunidades de imigrantes ou sindicatos (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Ao final da década de 20, os próprios estados começavam a organizar seus departamentos e serviços de saúde e saneamento e formar seus profissionais especializados para trabalhar nos serviços de saúde pública (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Segundo Polignano (2005), a aprovação da Lei Eloi Chaves em 1923, onde foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), fez com que o operariado urbano passasse a ter direito aos serviços funerários e médicos, desde socorro médico em caso de doença em sua pessoa ou de pessoa de sua família, ao acesso a medicamentos obtidos por preço especial, e em seu artigo 27 ainda determinava que as CAP's deveriam arcar com a assistência médica e casos de acidentes de trabalho.

A organização dos serviços de saúde do país emergiu neste período entre a saúde pública com as ações de prevenção e controle de doenças na população, a previdência social com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões e a prática da medicina individual - previdenciária, filantrópica e liberal (PAIM, 2003).

Com a Revolução de 1930 ocorreram mudanças no aparelho estatal e ampliaram-se as bases sociais. Todo o setor público passou por uma série de reformas (PAIM, 2003). Mas mesmo assim, até o final da década de 50, a assistência médica previdenciária não era considerada importante, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações (POLIGNANO, 2005).

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em 1930, fez com que a saúde pública passasse a ser institucionalizada na esfera federal e esse Ministério tinha o intuito de concretizar o ideal de reforma administrativa (HOCHMAN; FONSECA, 1999; PAIM, 2003). Nesta mesma época, a medicina previdenciária e a saúde ocupacional vinculavam-se ao Ministério do Trabalho.

No final dos anos 30 já haviam sido delineadas algumas diretrizes que orientariam a reforma administrativa implementada por Vargas: fortalecer a organização administrativa

federal e introduzir medidas de racionalização administrativa (HOCHMAN; FONSECA, 1999). Este período foi marcado pela tutela do Estado e teve como característica o atendimento voltado para as corporações, com incipiente incorporação do mercado não caritativo ao setor público (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Para Hochman; Fonseca (1999), foi a partir de 1937 com a implementação da Reforma do MESP, que teve início o processo de reformulação e consolidação da estrutura administrativa da saúde pública, e que permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953. Quatro eixos nortearam a organização administrativa do MESP: a educação, a saúde pública, a assistência social e a cultura.

Especificamente na saúde pública, foram criadas delegacias federais de saúde (oito em todo país), serviços nacionais e conferências nacionais de saúde (que deveriam reunir delegações de todos os estados em um fórum nacional e de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública). Neste período consolidou-se a visão de que a saúde pública deveria atuar privilegiando as doenças infecto-contagiosas, que se constituíram no mais grave problema do setor, no país.

A assistência social (assistência pública) deveria se voltar para amparar o indivíduo lesado em sua saúde ou em sua integridade corporal e não se destinava a amparar todo e qualquer cidadão, esta, seria voltada para os pobres e indigentes.

Toda a estrutura administrativa da saúde pública se construiu tendo com prioridade o combate às doenças transmissíveis e seu campo de atuação foi sendo delimitado a partir da conjugação da necessidade de uma maior presença do governo federal nos estados traduzida em centralização administrativa. Desta forma, o Estado Novo, período que vai de 1937 a 1945, atualizou a herança sanitarista da primeira república (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

No intuito de consolidar a especialização médica em saúde pública, foram criados neste período vários cursos para formar quadros para ocupar os cargos nos órgãos públicos de saúde, paralelamente às reformas que procuraram definir e expandir a atuação do estado na área da saúde pública por todo o país.

Durante o Estado Novo foi consagrada a separação política e institucional entre saúde pública e assistência médica que fora esboçada na década de 20 espelhando o contraste entre a atualização da agenda rural com a orientação da política social deste período, que tinha como foco o trabalhador organizado e como lócus o mundo urbano-industrial (HOCHMAN; FONSECA, 1999). Paim (2003) coloca que para o trabalhador urbano com carteira de trabalho assinada era permitido o acesso dele e de seus familiares, à assistência médico-hospitalar através da medicina previdenciária. O mesmo não ocorria com os trabalhadores

rurais, empregados domésticos, desempregados e aqueles que se encontravam no mercado informal.

O sanitarismo desenvolvimentista, que era um movimento de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina, especialmente no que se refere à discussão acerca do planejamento em saúde, do aumento de cobertura dos serviços e da reforma dos currículos médicos (PAIVA, 2004), procurava atuar dentro de um contexto de lutas pela democratização do país durante o Estado Novo e no bojo do processo de industrialização e urbanização que começava a ser desencadeado (TEIXEIRA *et al.*, 1988). A crítica deste movimento dirigia-se ao sanitarismo campanhista que era centralizador e autoritário, vigente no país de 1920 até 1945, onde alcançara seu auge.

Este movimento criou suas próprias idéias acerca do futuro do país, bem como um conjunto de soluções para as mazelas reinantes no campo da saúde. Muitas de suas propostas foram expressas na Sociedade Brasileira de Higiene, em 1962; e nas Conferências Nacionais de Saúde, que se iniciam a partir de 1941; talvez, de maneira mais enfática na 3^o Terceira Conferência de Saúde, realizada em 1963 (PAIVA, 2004).

Segundo Teixeira *et al.* (1988), ao final da 2^a Guerra Mundial e com a queda do Estado Novo, o Brasil sofreu profundas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que tiveram como base as lutas ideológicas em defesa do industrialismo, nacionalismo e do intervencionismo desenvolvimentista, que alcançou seu clímax ao final do Governo Kubitschek. Neste período, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades de serviços das corporações de trabalhadores organizados e de imigrantes, além das filantrópicas, que suplementavam redes estatais (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

No dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, foi instituído o Ministério da Saúde (MS) que passou a encarregar-se das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que não era suficiente para atender aos importantes problemas de saúde pública existentes (BRASIL, 2006b).

Neste período, os indivíduos que não eram beneficiários da medicina previdenciária e que não podiam pagar pela assistência médico-hospitalar particular recorriam aos centros, postos de saúde e serviços de pronto-socorro, maternidades, hospitais específicos de psiquiatria, fisiologia, etc., mantidos pelo então Ministério da Saúde (PAIM, 2003).

Foi a partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescentes da população, que ocorreu uma maior pressão pela assistência médica via

institutos, e viabilizou-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, nesta época foram privilegiadas a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2005). Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos.

Segundo Teixeira *et al.* (1988), entre 55-64, as propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram dois marcos importantes: um dado pelos princípios da Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministro da Saúde no final de 1961, onde houve a tentativa de redefinir ou dar uma identidade própria ao Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social (BRASIL, 2006b), e o outro constituído pela III Conferência Nacional de Saúde (1963) que teve como temário a situação sanitária da população brasileira, a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, além da municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um Plano Nacional de Saúde. Este conjunto de medidas visava desestruturar o modelo campanhista.

As massas urbanas pressionavam o Estado por melhores condições de vida e por reformas sociais. O perfil epidemiológico da população brasileira refletia a piora do quadro sanitário do país e a queda das condições de saúde da população a partir de 1964 (PAIM, 2003). Neste mesmo ano, com os militares assumindo o governo, firma-se o propósito de incorporar ao MS, a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde.

Em 1966, o modelo previdenciário vigente começou a ser desmontado com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que era responsável pela previdência (aposentadorias e benefícios) e pela assistência médica dos segurados e seus familiares (PAIM, 2003). A universalização da atenção médica proposta à época, baseada em um “privilegiamento do produto privado” possibilitou a incorporação crescente do segmento privado ao setor público, com credenciamentos universais (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

As políticas de saúde executadas pelos governos militares privilegiaram o setor privado mediante a compra de serviços de assistência médica, apoio aos investimentos e empréstimos com subsídios (PAIM, 2003).

Neste período, o Regime Militar na busca de sua legitimação perante a população, procurou formular algumas políticas sociais, procurando garantir a todos os trabalhadores urbanos e não somente mais aqueles que tinham assistência por estarem vinculados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões; o acesso a assistência médica. Foi impossível ao sistema médico previdenciário atender a toda a população beneficiada, e diante disso, o

governo militar decidiu cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e economia. O governo decidiu alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema de saúde direcionando-o para a iniciativa privada, formando-se um complexo sistema médico-industrial (BRASIL, 2002; NORONHA; LEVCOVITZ, 1994; POLIGNANO, 2005).

O INPS que foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (BRASIL, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente (BRASIL, 2002).

As desigualdades de financiamento da saúde já se faziam presentes neste período, pois, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho e maior o número de beneficiários, maior era a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte (BRASIL, 2002).

Somente em 1971 os trabalhadores rurais, que eram precariamente assistidos nos hospitais conveniados com o FUNRURAL, conseguiram se tornar beneficiários do sistema previdenciário e assim tiveram direito a assistência em saúde equivalente àquela prestada aos trabalhadores urbanos. Essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde. Em 1972 foi a vez da inclusão dos empregados domésticos e dos autônomos a terem direitos aos benefícios.

Muitas reformas aconteceram no MS nos anos subsequentes. Em 1974, as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre Saúde Pública

e Assistência Médica (BRASIL, 2006b). Neste mesmo ano, foi implantado o Plano de Pronto Atendimento que possibilitou as clínicas e os hospitais particulares contratados pela Previdência Social a atenderem casos de urgência de qualquer indivíduo, segurado ou não (PAIM, 2003).

Dois anos após iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que foi o primeiro programa de medicina simplificada e que foi estendido a todo território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública, aumentando o acesso à população (POLIGNANO, 2005).

Mesmo assim, a reconciliação entre assistência médica e saúde pública no Brasil, teve que esperar por mais alguns anos para acontecer (final da década de 80), quando a assistência médica previdenciária foi transferida para o Ministério da Saúde.

Ao final da década de 70, com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), foi proclamada uma urgente ação governamental na área da saúde de todos os países, considerando-a como um direito fundamental, chamando a atenção para as políticas públicas de prevenção, promoção e proteção que, aliadas ao desenvolvimento econômico e social, são pontos cruciais para a obtenção de uma melhor qualidade de vida da população.

Em 1986 com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá emergem novamente as discussões sobre a Atenção Primária à Saúde.

A Promoção da Saúde toma novo impulso, a partir das experiências nacionais e internacionais quanto à assistência em saúde e na democratização do setor, e também procura legitimar uma luta pela equidade e justiça social. Assim, nos anos seguintes, assistimos a várias conferências e declarações sobre saúde como um direito inerente à vida na busca por melhores condições e cidadania, sendo possível perceber a existência de um movimento crescente de positividade do conceito de saúde, no qual se fazem correlações com os diversos setores sociais impulsionadores do desenvolvimento econômico, político, cultural e social (OLIVEIRA; PALHA, 2004).

Em março de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi produto de um processo histórico da organização do setor saúde, convocada com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre a saúde na Constituinte. Neste mesmo ano, foi eleita a Assembléia Nacional Constituinte e o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciou a integração dos sistemas de saúde até então estruturados de maneira desintegrada e paralela. Esta estratégia que também envolveu as Secretarias Estaduais de Saúde apontava

para a futura unificação do sistema, bem como para sua descentralização. De 1985 a 1987 vigorou no país o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (SILVA Jr. 2004).

A reforma sanitária brasileira que se materializou juridicamente com a Seção de Saúde da Constituição Federal de 1988 e com as Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 de 19/09/90 e nº 8142 de 28/12/90, aproveitou a oportunidade aberta pela redemocratização do país e se caracterizou num primeiro momento, por um movimento de mudança de cima para baixo, implantado mediante um amplo arco de intervenções, muitas vezes com restrita negociação com forças políticas antagônicas, com pouca base em evidências empíricas e sem prévios experimentos piloto, e que interferiram sobre um conjunto significativo das macrofunções dos sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2001).

Ao longo do tempo, a reforma sanitária brasileira adquiriu um caráter de processo reformista, feito de forma gradual e lenta, sem um desenho estratégico global, focalizando-se, num escopo restrito, em partes de uma única macrofunção e com negociações arrastadas que se cristalizaram em Normas Operacionais Básicas (MENDES, 2001). Segundo este mesmo autor, a principal mudança ocorrida com a reforma sanitária, foi a de que ela possibilitou que milhões de brasileiros pobres e indigentes sanitários se transformassem em cidadãos portadores de direito à saúde de forma irreversível.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, e mesmo frente a pressões econômicas importantes, o Brasil foi o único país onde passou a existir acesso universal e igualitário, nos moldes de um serviço nacional de saúde, financiado com recursos fiscais. O SUS está presente nos mais de cinco mil municípios brasileiros e desde a década de 80, a oferta pública de serviços foi muito ampliada (GIOVANELLA, 2003).

Como resultado do processo de descentralização e de aperfeiçoamento de gerência, o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurem os hospitais. A palavra que pode resumir os resultados da década é "inclusão" (NEGRI, 2002).

Em 1996 cerca de 500 cidades não recebiam recurso do Ministério da Saúde, isto é, não executavam procedimentos em ambulatórios ou hospitais a ser pagos pelo SUS. Hoje em dia quase todos os municípios brasileiros, recebem no mínimo R\$10,00 por habitante para tratamento de saúde.

Iniciado em 1994, o Programa Saúde da Família foi um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Utilizado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante

movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, buscando uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA, 2009).

O Programa Saúde da Família ampliou a cobertura em dez vezes, aproximadamente, entre 1997 e 2001, passando de 5,6 milhões de pessoas para mais de 50 milhões. Em 1997 foram aplicadas 95,5 milhões de doses de imunobiológicos, número que chegou a 179 milhões em 2000 (NEGRI, 2002).

Segundo esse autor, ao incluir novos procedimentos e tratamentos, o SUS atende clientes antes sem assistência. Assim foi com o bem-sucedido Programa de Vacinação de Idosos, que se iniciou em 1999 atendendo a 7,5 milhões de pessoas já naquele ano, e em 2001 a 10,7 milhões.

Também demonstram a ampliação do acesso os dados relativos à saúde da mulher, e o número de consultas da rede pública. O aumento expressivo de consultas no pré-natal, entre 1997 e 2001, dobrou de 2,0 consultas, em 1997, para 4,2 em 2001. O total de consultas na rede pública também se ampliou nesses quatro anos em 40,5 milhões, ou 13,1% (NEGRI, 2002).

A progressiva expansão da Estratégia do Saúde da Família no Brasil, particularmente nos últimos três anos, é outra evidência significativa da crescente importância desse modelo de organização da Atenção Básica no país. Atualmente, o percentual de cobertura da Estratégia do Saúde da Família é de 48,9%, contando com 28.865 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 5218 municípios, o que representa um percentual de 93,8% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de agosto de 2008 (PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA, 2009). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família.

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente encontra-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (BRASIL, 2009).

Segundo Fleury e Alves (2004), o ano de 2002 representou a possibilidade de consolidação de um projeto alternativo para o desenvolvimento econômico e social brasileiro voltado para a incorporação da população até então excluída pela história político-social do país. Houve avanços, desde a Constituição de 1988, quando o atendimento médico deixou de estar referido ao pagamento através de contribuição dos segurados do sistema.

A Constituição estabeleceu que a saúde “é um direito de todos e dever do Estado” (art. 196) e assinalou que as ações e serviços públicos de saúde devem se organizar de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, garantindo-se direção unificada em cada esfera do governo, atendimento integral — com prioridade para ações preventivas — e participação da comunidade (art. 198). Foi franqueada, contudo, a participação da iniciativa privada na assistência à saúde de forma complementar ao sistema único. O modelo constitucional ficou caracterizado pelo desenho dos sistemas de políticas sociais de saúde, de assistência médica de forma descentralizada e pelo modelo previdenciário; com mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo e com instâncias colegiadas de participação da sociedade organizada, em todas as esferas políticas (FLEURY; ALVES, 2004).

1.1.2 Formatação atual do Sistema de Saúde Brasileiro.

A organização do sistema de saúde brasileiro está baseada numa rede de estabelecimentos públicos e num conjunto de estabelecimentos privados complementares ao primeiro, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). No SUS, uma parcela significativa de serviços é comprada junto a hospitais e clínicas privadas. Em relação ao setor privado, existe uma forte expansão de planos e seguros de saúde que envolvem subsídios indiretos (RIBEIRO, 2001).

O processo de descentralização dos serviços de saúde tem influenciado na sua organização e potencializado o modelo de estruturação de suas práticas de saúde e ambiente, direcionando novos horizontes nas linhas de intervenção. A legislação sanitária vigente estimula uma ação conjunta do setor saúde com outros setores, no intuito de amenizar o quadro de morbi-mortalidade, colaborando para reverter às ações em efetivas melhorias do quadro sanitário do país (OLIVEIRA; PALHA, 2004).

Apesar de ser considerado bem-sucedido, o processo de descentralização revela algumas fragilidades como: dificuldades no estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, problemas na integração e hierarquia de serviços, bem como na fixação de padrões semelhantes de oferta e qualidade, e no tratamento das questões intermunicipais (NEGRI, 2002).

Uma outra fragilidade reside no fato de que o modelo assistencial que predomina no Brasil está voltado prioritariamente para as ações curativas, reforçando uma medicina de alto custo, que não consegue sobreviver sem uma forte estrutura de apoio diagnóstico mesmo para os eventos mais simples do adoecer humano. A dimensão biológica do processo saúde-doença é supervalorizada em detrimento da compreensão adequada dos aspectos sócio-econômicos e culturais que possam intervir nesse processo, cuja solução tende a propiciar melhores condições de vida e saúde às populações (BELISÁRIO *et al.*, 1997).

O SUS propõe um modelo descentralizado, com participação das três esferas de governo, incluindo o município como protagonista, na medida em que lhe cabe, fundamentalmente, a execução primária das ações e a gestão dos serviços de saúde (SILVA JR. 2004).

A legislação do SUS determina que o município deve ser responsável no mínimo, pelo oferecimento da atenção básica aos seus munícipes, que segundo Costa (2001), são ações individuais ou coletivas na primeira linha dos serviços de saúde, como: atendimentos básicos, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias.

A reorganização do sistema com ênfase na municipalização tem possibilitado o poder decisório aos municípios, fato este, resultante de movimentos políticos setoriais que sustentaram as vantagens deste formato de descentralização (RIBEIRO *et al.*, 2004). Para as demais ações de média e alta complexidade preconiza-se que sejam instalados sistemas microrregionais e regionais de saúde. Estes, em conjunto com a atenção básica conformam a rede assistencial para atenção integral à saúde da população (BRASIL, 2001).

Esta reorganização do sistema levando em conta a alta heterogeneidade entre os municípios propiciaram a formação de modelos singulares de saúde tanto regionais como locais, e suas configurações passaram a depender de variáveis como: formas anteriores de gestão e organização dos serviços; arranjos políticos; tipo de relacionamento estabelecido entre as esferas de poder; perfis de financiamento e gasto local em saúde (VIANA *et al.*, 2002).

Visando garantir a universalidade e a integralidade e evitar a desorganização do SUS, a gestão estadual assume uma relevância fundamental à efetivação do processo de

regionalização que se constituiu num importante mecanismo para solucionar as lacunas na oferta, principalmente de serviços e tecnologias mais complexas, não disponíveis na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2001). Cabe ao estado, formular políticas, planejar, organizar e gerir a rede regionalizada de sistemas e serviços de saúde.

Segundo Mendes (2001), o sistema de saúde brasileiro atualmente está organizado em um sistema segmentado e é composto por três sistemas: o SUS, o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto.

O SUS constitui o sistema público, estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, além da rede privada conveniada que complementa sua rede. É um sistema federativo, com participação colaborativa dos governos federal, estaduais e municipais, mas mantido o princípio de mando único em cada instância federativa e tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização, a hierarquização e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (MENDES, 2001).

A direção do SUS é única, sendo exercida no âmbito federal pelo Ministério da Saúde, no âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde e no âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde. Este sistema conta com organismos colegiados de controle social, nas três esferas de governo.

Segundo esse mesmo autor, o SUS apesar de ser um sistema universal, tem uma clientela nominal em torno de 110 milhões de brasileiros; o restante da população utiliza de preferência o Sistema de Atenção Médica Supletiva.

Atualmente, o SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos (BRASIL, 2006b).

Porém, a seletividade social no consumo dos serviços de saúde ainda é algo permanente e está relacionada com os grupos sociais tendo acesso diferenciado, quantitativo e qualitativo, aos diferentes segmentos do sistema (MENDES, 2001). O autor destaca que para os mais pobres, há menor acesso aos serviços ficando os mesmos restritos ao atendimento básico e hospitalar e serviços curativos. Os mais ricos, têm maior acesso a serviços promocionais, preventivos e curativos.

O financiamento do SUS é público e provém de recursos orçamentários das três instâncias federativas. Parte dos recursos federais é transferida a estados e municípios, como também, parte dos recursos estaduais é transferida aos municípios.

O Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) é um sistema privado que recebe subsídios diretos ou indiretos do Estado sob a forma de renúncia fiscal e contributiva. Está constituído por quatro modalidades assistenciais: medicina de grupo, autogestão, cooperativa médica e o seguro-saúde (MENDES, 2001).

Este sistema vem crescendo nos últimos anos e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2000), 24,5% da população brasileira está coberta pelo SAMS. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006) há 2090 operadoras de planos e seguros de saúde, o que tem demonstrado uma enorme fragmentação de operadoras e de planos e seguros de saúde no país. A distribuição regional das operadoras demonstra uma extrema concentração nas macrorregiões Sudeste e Sul com 58,85% e 17,41% de operadoras respectivamente.

A utilização do SAMS varia segundo a renda familiar dos usuários e em seu componente de planos coletivos, cobre principalmente, empregados de grandes e médias empresas. Segundo Mendes (2001), o SAMS apresenta uma situação calamitosa com uma regulação incipiente, sistema regulatório com limitações intrínsecas por causa da natureza econômica dos serviços de saúde; baixa escala; coberturas parciais pelos planos; concentração em pessoas jovens e saudáveis; planos coletivos fortemente ancorados no emprego e nas grandes empresas e grande percentual de planos individuais e familiares. Apesar destes problemas, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) em 1998, sobre satisfação dos usuários revelou que 82% dos usuários estão satisfeitos com os planos e seguros de saúde. Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/03) revelaram que aproximadamente 82% das pessoas que possuem plano de assistência ao servidor público auto-avaliaram seu estado de saúde como muito bom e bom e 84% das pessoas que possuem planos de empresas privadas se auto-avaliaram da mesma forma.

O Sistema de Desembolso Direto (SDD) é privado e está representado pelo gasto direto de indivíduos e famílias, com serviços de saúde. Apresenta baixíssima regulação estatal e é fortemente subsidiado por renúncias fiscais. Os serviços neste sistema são de demanda por livre-escolha e pagos diretamente aos prestadores (MENDES, 2001), portanto de difícil mensuração de gastos.

Para o mesmo autor, o sistema de saúde brasileiro apresenta debilidades que podem ser expressas de várias formas, sendo que, quatro se mostram mais importantes: uma referente à lógica do sistema (ora mesmo se dá em sistema de cooperação, ora de competição); a segunda está em ter um sistema segmentado (onde os sistemas privados invadem a esfera pública e ao mesmo tempo oferta-se um sistema privado de planos e seguros de saúde para atendimento à mão-de-obra formal e à classe média) ou outro universal (construído socialmente para todos os cidadãos, onde sistemas privados são opções suplementares a um sistema público verdadeiramente universal); a terceira está inserida na municipalização autárquica ou micro-regionalização cooperativa, e a quarta debilidade se dá por ter um sistema fragmentado em algumas ocasiões e em outras o mesmo ser integrado.

Esta fragmentação acontece quando diferentes pontos de atenção à saúde estão muito concentrados e não se comunicam adequadamente, e segundo Mendes (2001), isso tem gerado ineficiência e custos sociais para a população. A tentativa de integração tem-se dado através de um movimento coerente de expansão e comunicação de diferentes pontos de atenção à saúde baseados numa atenção primária à saúde de qualidade, organizada pela estratégia de saúde da família (MENDES, 2001).

O SUS tem sido implementado de modo incremental por meio de reformas parciais. Após duas décadas de existência, diversas políticas como a progressiva incorporação de novas clientela, evidenciada pela ampliação e diversificação da oferta de serviços e redução das desigualdades regionais, e a descentralização mediante fortalecimento da capacidade dos municípios, foram acompanhadas de inovações na provisão de serviços ambulatoriais e desenvolvimento de programas de saúde pública e foram desenvolvidas em consonância com o objetivo constitucional de prover atenção integral, hierarquizada e de caráter universal a todos os brasileiros. (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Todavia, seguindo o modelo de um serviço nacional de saúde financiado por recursos fiscais de acesso universal, não se concretizou plenamente. O contexto político e econômico quando da implementação do SUS, não ajudou para que o mesmo tivesse um financiamento adequado. Ainda hoje persistem desigualdades de acesso, onde cerca de 25% da população tem dupla cobertura e acessa o sistema via mercado, por meio de planos de saúde privados (GIOVANELLA, 2003).

Para essa autora, no Brasil, a expansão da atenção básica tem possibilitado a inclusão no sistema, entretanto, apenas parte dos municípios (37% da população do país) tem condições de garantir atenção nos diversos níveis de complexidade, impondo a necessidade de oferta regionalizada.

Algumas escolhas do tipo de organização local têm gerado problemas de ineficiência e qualidade na assistência, como por exemplo, a municipalização autárquica, onde cada município constitui um sistema fechado. Esses problemas tendem a ser minimizados quando a opção se dá por um sistema que mantenha os ganhos da municipalização, onde seja possível organizar sistemas de serviços de saúde a partir de microrregiões de pertencimento econômico, social, histórico-cultural e sanitário.

O processo de universalização ainda não está completado no país, pois cerca de 75,4% dos brasileiros recorrem ao SUS (IBGE, 2007), mas não é possível definir exatamente a cobertura real. Há dupla cobertura e segurados privados que também recorrem ao SUS dependendo do tipo de necessidade (GIOVANELLA, 2003).

Na pesquisa IBOPE sobre satisfação dos usuários (1998), foi revelado que 53% dos brasileiros com renda familiar mensal de até dois salários mínimos utilizam exclusivamente os serviços do SUS e quando a renda mensal é superior a 10 salários mínimos, este percentual cai para 13%, o que vem demonstrar que o sistema de saúde brasileiro reserva-se cada vez mais como um lugar de pobres. Dados da PNAD/03 demonstram que 62% da população coberta por planos de saúde recebem mais de cinco salários mínimos.

O acesso desigual ao SUS tem ocasionado algumas mudanças no conceito de atenção básica enquanto um conjunto de ações que envolvem ampliação da cobertura de serviços médico-assistenciais ambulatoriais; na formação de equipes multidisciplinares; no desenvolvimento de programas de prevenção de agravos; na garantia de meios de apoio à diagnose básica; e na implementação de programas focalizados em população de elevado risco social e epidemiológico (RIBEIRO *et al.*, 2004).

No final de 1993 houve uma grande mudança com a institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) que trouxe mudanças ao sistema de saúde, porém de pouco conteúdo estratégico. Estas mudanças foram facilmente estabelecidas, pois exigiu menos condições políticas, econômicas e técnicas (MENDES, 2001). O Saúde da Família foi entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Segundo Facchini *et al.* (2006), o PSF representa um esforço bem-sucedido de promoção da equidade, pois normalmente sua presença é maior em regiões mais pobres e com

população mais vulnerável. Seu melhor desempenho em contextos de maior iniquidade social e de saúde reforça o efeito do PSF na melhoria da atenção básica à saúde no país.

Com a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB) em 1998, e das diferentes formas de gerir previstas na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, o setor saúde brasileiro sofreu significativas alterações, melhorando assim a qualidade da atenção. Uma enorme quantidade de municípios passou a receber recursos diretamente do governo federal e passaram a ser responsáveis pela administração dos mesmos (ALMEIDA, 2003). Segundo Costa (2001), em 1996 somente 144 municípios eram diretamente responsáveis pela gerência, e atualmente 5.539 municípios recebem transferências diretas do governo federal.

O mesmo autor coloca que atualmente todos os municípios provavelmente têm um Conselho Municipal de Saúde o que ampliou consideravelmente o controle social do sistema. Em 1991 o MS, através da Portaria nº 1180 de 22/07/91, criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é formada por 15 membros, sendo 5 indicados pelo MS, 5 indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e 5 indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. A representação de estados e municípios na CIT é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, de amplo entendimento paritário, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

A CIT está vinculada à direção nacional do SUS o que possibilitou a redução drástica da influência política na alocação de recursos voltados para a saúde. Além disso, o processo de descentralização e de aperfeiçoamento de gerência resultou num aumento de consistência do SUS, pois ampliou o acesso da população aos serviços de saúde, procurando levar a saúde às populações e deixando de esperar que os doentes procurassem os hospitais (NEGRI, 2002).

Para Costa (2001), a descentralização e a transparência do investimento federal, facultou o entendimento de acordo suprapartidário que levou à aprovação da Emenda Constitucional n.º 29 de 2000, que define a co-responsabilidade de Estados e municípios no financiamento da saúde. A adesão à NOB 01/96 foi extraordinária. Em fevereiro de 1998, haviam 1.343 municípios com habilidade no PAB, beneficiando 31,2 milhões de pessoas. Em dezembro de 2001, o número de municípios aumentou para 5.534, beneficiando 172,1 milhões de pessoas, ou 99,9% da população. Com o PAB, o aumento expressivo no financiamento do setor saúde tornou verdadeiro o discurso sobre a prioridade à atenção básica.

No SUS, ao longo de seus vinte anos, aconteceram muitos avanços e também desafios permanentes a superar, o que tem exigido, dos seus gestores, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais.

Esse modelo que parecia ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; e de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tem procurado encontrar alternativas para continuar buscando melhorar a assistência à saúde no país, sem se afastar de seus princípios.

Atualmente, mesmo reconhecendo-se os avanços na produção de serviços, ainda observam-se importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Segundo Brasil (2006a), na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumiram o compromisso público, da construção de um PACTO PELA SAÚDE no ano de 2006. Este Pacto deve ser anualmente revisado, tendo como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

E finalmente o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, tem-se que

avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios, e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional, além de reiterar a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio a sua qualificação.

Pensando numa forma de assegurar ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados no ano de 2007, o Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, lançou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que tem seis princípios e onde todo cidadão: tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça de forma adequada e tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios desta carta sejam cumpridos. Esta carta é também uma importante ferramenta para que os usuários conheçam seus direitos e possam ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade (BRASIL, 2007).

Para Cruz e Santos (2007, p.267), existe atualmente uma questão central no debate sobre o SUS: “Como garantir acesso universal com qualidade na atenção básica?”. As autoras colocam que a expansão da rede básica de saúde deve contemplar a produção de efeitos de qualidade, apropriadas às necessidades da população, com uma rede de saúde mais integrada, resolutiva e que garanta a satisfação dos usuários.

1.2 Avaliação em saúde

O tema da avaliação tem experimentado nos últimos anos um aumento de interesse, segundo alguns autores, especialmente na área social, como resultado de um maior questionamento da opinião pública pela boa aplicação dos recursos de origem pública e pela demanda por melhoria na qualidade de vida (AKERMAN *et al*, 2002). Além do que, existe uma crescente demanda por melhorias na atenção à saúde no país que coloca na agenda atual a necessidade de avaliação sistemática das ações do sistema de saúde.

O campo da avaliação expandiu-se consideravelmente nos últimos anos em todo o mundo. Mas, segundo Silva Jr. (2004), no Brasil, a produção científica na área de avaliação em saúde, ainda é inferior àquela observada nos países da Europa e América do Norte. O autor coloca que segundo dados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2004) no VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia (2004) apenas 10,37% dos trabalhos apresentados estavam inseridos na área temática de “Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde”, mas mesmo assim esses valores demonstraram um crescimento expressivo comparado com os resultados do I Congresso, realizado em Campinas (SP) em 1990 (6,08% de trabalhos), e II Congresso realizado em Belo Horizonte (MG), em 1992 (6,43% de trabalhos na área da avaliação).

Na maioria das vezes, os processos avaliativos tem contemplado forte conteúdo de medição quantitativa dos fenômenos avaliados, de tal forma que, esta influência determina a predominância de abordagens quantitativas nos processos avaliativos (TANAKA; MELO, 2004). Este tipo de abordagem permite uma visão geral do fenômeno avaliado, além de permitir fazer comparações das realidades encontradas, com outras e estabelecer relações entre as variáveis.

Para Deslandes e Assis (2003), a articulação entra as abordagens quantitativas e qualitativas no campo da pesquisa em saúde tem sido alvo de debates tanto no exterior quanto no Brasil. Estes debates já produziram uma massa crítica de trabalhos reconhecendo a importância desta interação metodológica para pesquisar o complexo objeto saúde-doença-atenção.

Deve-se levar em conta que a avaliação compreendida como parte do processo de gestão, tem como um de seus objetivos a busca de maior eficiência e efetividade dos serviços, levando em consideração as pessoas que o utilizam, através de suas percepções e necessidades, além de auxiliar na tomada de decisões. Para que os resultados de uma

avaliação sejam úteis, é importante se conscientizar que a mesma é um dispositivo de produção de informação e conseqüentemente, é fonte de poder para os atores que o controlam (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

As necessidades de saúde e sua relação com as práticas podem ser apreendidas a partir da capacidade destas modificarem uma dada situação de saúde. Nesta perspectiva, a avaliação ganha relevância, por estar associada à possibilidade de modificar certos quadros sanitários, e por verificar as dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

De acordo com Hartz (1997), a avaliação estabelece um julgamento de valor que auxilia a tomada de decisões. Se usada em um processo permanente, tende a aumentar a pertinência, eficiência e eficácia das atividades de saúde. Já para a Organização Mundial de Saúde - OMS (1981, p. 11), “A avaliação pode ser considerada um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso, além de fomentar um planejamento mais satisfatório de ação”.

Avaliação também é definida como o “ato pelo qual o servidor analisa a veracidade das informações em saúde, prestadas pelos gestores do SUS e pelas pessoas físicas e jurídicas que participam do sistema de forma complementar, a qualidade, o desempenho e o grau de resolutividade das ações e dos serviços executados no âmbito do SUS” (CONASEMS, 2002). Vieira-da-Silva (2005), coloca que a avaliação pode ser considerada como um componente das práticas, presente em diversos âmbitos e campos do espaço social e isso tem gerado uma diversidade de conceitos e de metodologias empregadas nestas análises.

A autora ainda refere que o amplo espectro de tipos de avaliações, vai desde as avaliações presentes no cotidiano (senso comum) até as perguntas avaliativas ainda não respondidas pela literatura especializada, conhecida como pesquisa avaliativa.

Existem diversos tipos de abordagens nas pesquisas avaliativas. O modelo proposto por Donabedian (1988), de abordagem sistêmica é baseado na tríade: estrutura-processo-resultados. Vuori (1991) coloca que o fundamento da abordagem de resultado é o mais evidente dos três, pois como o objetivo dos cuidados de saúde é curar a doença, sustar sua progressão, restaurar a capacidade funcional ou aliviar a dor e o sofrimento, o sucesso e a qualidade da atenção podem ser medidos em termos da realização dos objetivos, e a satisfação do paciente faz parte dos resultados desejados. Este mesmo autor afirma que os principais caminhos para desenvolver a abordagem de resultado passam pelo desenvolvimento de indicadores ou índices do nível de saúde e pela medida da satisfação dos usuários do sistema.

A análise com base nos resultados está relacionada com o produto das ações (consultas, exames, visitas) e também com a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Este tipo de abordagem serve como mecanismo de triagem, indicando áreas de problemas potenciais que podem ser mais bem estudadas pelas abordagens de processo e de estrutura (VUORI, 1991).

Como visto, do mesmo modo que existem vários tipos de abordagens nas pesquisas avaliativas, existem também vários níveis onde podem acontecer estas avaliações. O nível mais complexo da abordagem avaliativa é o dos sistemas de saúde, pois envolve ações, serviços e estabelecimentos de saúde, além de sua coordenação. Este tipo de avaliação pode ser realizada em um sistema municipal, estadual ou federal.

1.2.1 Componentes da Avaliação

A definição do foco da avaliação depende diretamente da seleção de características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou sistema de saúde.

Segundo Vieira-da-Silva (2005), as características podem estar relacionadas com a disponibilidade e distribuição social dos recursos, o efeito das ações, os custos e a produtividade das ações, a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente, a adequação aos objetivos e problemas de saúde, o processo de implantação das ações e com aspectos relacionais entre os agentes das ações.

Os estudos que abordam especificamente as características relacionais entre os agentes das ações, têm criado uma nova perspectiva para a avaliação em saúde. Estes tipos de abordagens valorizam as características do acolhimento, da garantia dos direitos individuais à privacidade e as características das relações de trabalho como componentes da qualidade da atenção e promoção da saúde. Envolvem três tipos de relações interpessoais: usuário x profissional (estudos de percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos dos cidadãos); profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho) e gestor X profissional (relações sindicais e de gestão) (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Avaliar é um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

1.2.1.1 *Qualidade em Saúde*

Diversos enfoques têm sido dados à avaliação, refletindo as diferentes concepções sobre a qualidade da atenção à saúde. Um dos aspectos centrais para a avaliação em saúde está relacionado à qualidade dos serviços prestados. A maior dificuldade, no entanto, é definir de forma consensual o conceito mais apropriado de qualidade.

Atualmente reconhece-se essa diversidade conceitual como decorrente das diferentes posições que os atores ocupam no sistema de atenção à saúde, sejam eles os profissionais, as organizações de assistência, os compradores de serviços e os usuários (BLUMENTHAL, 1996).

Vieira-da-Silva (2005) chama a atenção para a abrangência do termo qualidade, pois sua definição resulta, freqüentemente, de uma composição a partir de outras características do objeto a ser avaliado. Qualidade representa um atributo das coisas, ou seja, aquilo que determina que uma coisa seja boa ou ruim.

Vuori em seu artigo “A qualidade da Saúde”, publicado em 1991 questiona o que seria a qualidade em cuidados e serviços de saúde e aponta que além da definição técnica-científica onde a qualidade é a “aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente”, também é composta por um grande espectro de características desejáveis de cuidados.

Alguns autores que se debruçaram sobre esta temática, lhe imputaram alguns atributos. Vuori (1982) coloca que os atributos da qualidade são: efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica. Já para Donabedian (1990), que definiu os sete pilares da qualidade, esta tem como aspectos ou atributos a: eficácia (que representa o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível); a efetividade (resultado do cuidado obtido na situação real); a eficiência (inclui o conceito de custo, ou seja, se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo); a otimização (cuidado relativizado quanto ao custo, do ponto de vista do paciente); a aceitabilidade (quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos pacientes); a legitimidade (aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade) e a equidade (é o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios).

Donabedian considerava a qualidade como um fenômeno complexo do cuidado médico. Este mesmo autor definiu a qualidade como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional,

naquilo que estas características têm de “bom” (goodness). Considerava, ainda, que a qualidade da dimensão técnica do cuidado deveria ser julgada pela sua efetividade, o que corresponde, em última análise, a considerar esses dois termos como equivalentes.

Vieira-da-Silva e Formigli (1994) colocam que existe uma superposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência e, mesmo, qualidade e que mais recentemente têm-se observado uma tendência à convergência entre algumas definições.

Para Anderson e Fornell (1992), a qualidade deve ser vista como o potencial intrínseco aos atributos do produto ou serviço de prover satisfação, ressaltando que a qualidade percebida, então, é dependente da função de utilidade para o cliente em relação ao nível de qualidade ou desempenho fornecido.

1.2.1.2 Satisfação/expectativa

Com a promoção do controle social – *accountability* (MIGUEL, 2005), da prática de avaliação dos serviços por meio da pergunta aos usuários e o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, a partir da década de 90, os estudos de satisfação passaram a ter um papel importante no cenário brasileiro (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). As metodologias que incorporam a visão do usuário são vistas como parte de um paradigma no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Segundo Trad e Bastos (1998), abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços, e portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Pesquisar a respeito da satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão dos serviços, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde. Para Vaitzman e Andrade (2005), estas avaliações expressariam uma resposta efetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes.

A importância do esforço para desenvolver modelos de avaliação de satisfação, a fim de permitir a comparação de resultados entre sistemas de saúde de diversos países, é um

esforço ainda recente no Brasil, embora as pesquisas realizadas em outros países sejam amplamente conhecidas pelo meio acadêmico nacional.

Historicamente e na atualidade o país enfrenta problemas estruturais, inclusive no setor saúde, e este tipo de avaliação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor.

Isso ainda viria a somar-se aos grandes esforços já realizados de padronização e aprimoramento dos serviços da área da saúde, suportados pelos inúmeros programas de qualidade (MILAN; TREZ, 2005), como: normas "obrigatórias" para melhor atender as pessoas portadoras de deficiências físicas, referentes aos direitos das crianças internadas em hospitais e direitos dos cidadãos, acesso a informação do tratamento. Aspectos referentes às necessidades psicológicas e de conforto ambiental, de atividades específicas, normas e códigos sanitários e as de controle de infecção hospitalar (KOTAKA, PACHECO; HIGAKI, 1997), que se desenvolvem e são amplamente divulgados em todo o País.

Existem várias linhas de análise da satisfação. Os economistas têm usado a aferição da satisfação como representação da qualidade, já os psicólogos utilizam esta percepção/expectativa como antecedente da satisfação. Para Anderson, Fornell e Lehman (1992), o nível de satisfação dos usuários serve como uma medida para se verificar o desempenho global do sistema em relação às suas expectativas.

Segundo estes autores, a relação entre os benefícios recebidos pelo cliente (usuário) e os custos ou sacrifícios incorridos para sua obtenção geram uma função que vai ser definida como satisfação.

Desta forma, o conceito de satisfação pode ser entendido como o acúmulo de experiências vividas em relação aos serviços utilizados juntamente com a projeção das expectativas dos usuários em relação ao desempenho e a qualidade do sistema. Este conceito, para Vieira-da-Silva e Formigli (1994), diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. Vaitsman e Andrade (2005), definem satisfação como avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde.

Vieira-da-Silva e Formigli (1994) colocam ainda, que o grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente e que também pode estar relacionado com aspectos da infra-estrutura material dos serviços e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O modo como os usuários entendem seus direitos e estruturam suas expectativas frente aos serviços de saúde, vão definir o grau de satisfação de uma determinada população.

A avaliação de alguns dos atributos, como a cobertura, a qualidade técnico-científica e a satisfação do usuário, pode também fornecer subsídios para uma estimativa do impacto esperado de determinadas práticas em relação aos problemas de saúde a elas vulneráveis (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Com Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde. A satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio para produzir a adesão do paciente ao tratamento.

1.3 Avaliação de Sistemas de Saúde

Ao final da década de 1980, com a implantação do SUS, mudanças desencadeadas no setor saúde no Brasil, foram responsáveis não somente pelo avanço dos processos de descentralização, envolvendo novos atores e contextos locais diversos, mas também pela transformação das relações, reorganização dos serviços, e processos decisórios.

Segundo Santos e Natal (2005), este conjunto de mudanças, justifica o processo permanente e contínuo de realização de estudos avaliativos. Estes processos avaliativos têm esbarrado na tradição de priorizar abordagens de análises de impacto, muitas vezes demoradas e tardias em relação à implantação dos programas, em detrimento das avaliações de implementação, desempenho e resultados.

Para Adames *et al.* (2004), a implementação do SUS, exige esforços e investimentos públicos importantes que serão sempre insuficientes para atingir os níveis de saúde e qualidade de vida, almejados para a população. A avaliação aparece então com um papel central no esforço de racionalização dos programas e projetos sociais.

Santos e Natal (2005), colocam que diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos, no Brasil, é muito recente a definição de diretrizes que orientam uma política de avaliação. Isto reforça abordagens fragmentárias e conservadoras, com a quase completa dissociação dos processos avaliativos do sistema nacional de auditoria.

Avaliar o sistema de saúde constitui-se numa necessidade premente dado o compromisso deste com a solução de problemas sociais. É necessário avaliar para saber em que medida o sistema de saúde está cumprindo o seu papel para com a sociedade como um todo.

Diante da necessidade de avaliação para além da atenção médica, dos serviços e dos programas, a avaliação do sistema de saúde brasileiro deve levar em consideração os princípios doutrinários e organizativos do SUS (PAIM, 1998). Para tanto o processo de avaliação deve ser norteado pela verificação, na prática, da maneira como o sistema operacionaliza a equidade, a integralidade e a universalidade das ações, bem como se articula no processo de tomada de decisões e no princípio organizativo da participação popular na administração do sistema (HEIMANN *et al.*, 2004).

Ribeiro *et al.* (2004), chamam atenção ao fato de que a avaliação de programas públicos em saúde na perspectiva dos usuários não é comumente observada na literatura técnica e científica brasileira. Igualmente não são conhecidos estudos comparativos abrangentes em termos de tecnologias e arranjos organizacionais de provisão da atenção básica.

Para estes autores o desenvolvimento de modelos ou de propostas de avaliação voltadas para o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido alvo de interesse crescente de pesquisadores na atualidade, a exemplo do trabalho de Cruz e Santos (2007) que procuraram estabelecer perspectivas teóricas da avaliação de saúde na atenção básica no contexto do SUS.

Na literatura internacional são observados alguns estudos de satisfação ou percepção de usuárias de serviços e programas de atenção ao pré-natal. Isso inclui os países industrializados, onde a atenção à saúde é mais abrangente do que o observado em países de baixa renda, caracterizados pela focalização em programas prioritários de atenção primária, os quais têm a sua avaliação expressa em um elenco mais amplo de periódicos. Segundo Ribeiro *et al.* (2004), alguns estudos de satisfação de usuárias com a atenção ao pré-natal em países industrializados costumam enfatizar o comportamento de clientela de baixa renda.

Alguns autores (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2004; VAITSMAN; ANDRADE, 2005) têm demonstrado em seus estudos de avaliação que é possível que estudos sobre percepção e satisfação de usuários apontem para o conhecimento das facilidades e dos obstáculos mais evidentes na busca por qualidade no âmbito do sistema público.

Dependendo do nível da realidade que é tomado como objeto do processo de avaliação, os problemas metodológicos e teóricos podem ser distintos. Quando o enfoque é direcionado ao indivíduo, ganham centralidade as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si. Já quando se trata de avaliar um sistema de saúde, ganham relevo a acessibilidade, a cobertura e a equidade. A maior parte dos estudos disponíveis sobre o tema, na literatura

especializada, versa, sobre a avaliação do cuidado individual, de serviços (hospitais, centros de saúde) ou de programas. (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Segundo Mendes (2001 p. 14), “Há, em geral, um consenso de que os sistemas de serviços de saúde vivem uma crise em escala planetária, que se manifesta em quatro dimensões principais: a iniquidade, a ineficiência, a ineficácia e a insatisfação dos cidadãos”.

A insatisfação dos cidadãos tem sido medida por pesquisas de opinião pública que nos países desenvolvidos, à exceção do Canadá, mostram índices de aprovação dos sistemas de serviços de saúde inferiores a 50%.

1.4 Qualidade de vida e desigualdades em saúde no Brasil

O desenvolvimento tem sido marcado por desigualdades históricas ao longo do tempo entre nações, entre regiões dentro de um mesmo país e entre grupos populacionais. Para Prata (1994, p.388), “a ênfase brasileira no crescimento econômico como o maior objetivo do desenvolvimento, levando a altos níveis de industrialização e urbanização, teve como resultado uma sociedade profundamente desigual, com uma grande distância entre os que possuem e os despossuídos, uma profunda desigualdade no desenvolvimento regional e na distribuição da renda e riqueza resultante deste crescimento”.

Isso coloca o Brasil como um dos países do mundo com desigualdades socioeconômicas mais destacadas. Segundo Negri (2002), as desigualdades que caracterizam a sociedade tem origem antiga. Em 1986, a partição dos recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social demonstrava isso, com 59% dos recursos destinados ao Sudeste (44% da população) e apenas 20% destinados as Regiões Norte e Nordeste (34% da população). Para o autor, essas distorções na alocação de recursos de saúde, que eram dependentes da capacidade de oferta levou a uma distribuição não equânime dos recursos, pois locais com mais instalações ganhavam a maior parte do orçamento disponível, aumentando assim as desigualdades no setor.

Em anos recentes, o crescimento da economia elevou a renda média em todos os estratos da população, mas a distribuição desigual fez aumentar as diferenças preexistentes. Análises baseadas na aplicação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 1991 e 1994, situa o Brasil muito próximo ao limite a partir do qual os países são incluídos no grupo

de nível mais elevado, entretanto análises de dados realizadas em 1991, revelaram disparidades internas significativas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICA DE SAÚDE, 1998).

Segundo o Banco Central do Brasil (2009), o IDH para o Brasil em 2005 foi de 0,794, sendo que as diferenças entre as regiões geográficas é acentuada variando de 0,720 para a região Nordeste até 0,829 para a região Sul.

Para a Organização Panamericana de Saúde (1998), a pobreza assume múltiplos aspectos no Brasil, resultantes de diversidades de ordem física, econômica e social. É possível identificar dois pólos críticos de pobreza: a região Nordeste (particularmente o nordeste rural – à margem do crescimento urbano-industrial) e as metrópoles do Sudeste (periferias urbanas de São Paulo e Rio de Janeiro), o que tem levado inúmeros pesquisadores a se debruçarem sobre esta temática no Brasil.

Desde a origem da epidemiologia os estudos que abordam a relação entre as desigualdades de saúde da população e os fatores socioeconômicos ocupam lugar de destaque, pois as evidências apontam para um forte gradiente social no âmbito da saúde da população, invariavelmente desfavorável para grupos sociais menos privilegiados (SZWARCOWALD *et al.*, 2002).

A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008, P.52) destaca em seu relatório que “a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos”, ou seja, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade acabam gerando uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas e que provocam diferenciais de saúde.

A enorme parcela da população mundial com precárias condições de vida e a análise do papel das desigualdades socioeconômicas na área de saúde vêm despertando um grande interesse da comunidade científica e dos organismos internacionais, o que tem levado a Organização Mundial de Saúde (OMS) a colocar na sua agenda política a discussão sobre desigualdades. Assim, a OMS coloca como um de seus objetivos a redução das desigualdades nas condições de saúde entre os países e entre os grupos populacionais dentro de cada país, através da melhoria do nível de saúde das nações e dos grupos menos favorecidos (DIAZ,2003; SZWARCOWALD *et al.*, 2002).

Segundo Szwarcwald *et al.* (2002), uma boa parcela dos trabalhos recentes consideram as desigualdades em saúde como sendo as diferenças nas condições de saúde que aparecem em distintos grupos populacionais, sendo estes definidos e constituídos a partir de várias

dimensões biológicas, sociais, econômicas, étnicas, etc. Já para a estatística, o termo desigualdade é utilizado para indicar diferenças sistemáticas entre os membros de uma determinada população ou entre os subgrupos populacionais, podendo o termo ser usado no sentido puramente quantitativo.

Historicamente, na nossa sociedade onde as disparidades se manifestam das mais diferentes formas, a investigação das desigualdades em saúde da população não tem merecido a atenção necessária (SZWARCOWALD *et al.*, 2002). Em uma pesquisa desenvolvida pelo então Centro Nacional de Epidemiologia do MS; Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas e Organização Pan-Americana de Saúde, foram evidenciadas importantes desigualdades nos indicadores de saúde estudados que incluíam não somente indicadores de oferta, acesso e utilização dos serviços de saúde. Os resultados haviam de alguma forma, enfatizado as desigualdades em saúde, mas a análise das variações teve que ficar restrita ao nível ecológico, sobretudo pela indisponibilidade de informações específicas sobre o nível socioeconômico dos indivíduos em nível nacional.

É provável que a escassez de estudos nacionais sobre o tema seja parcialmente explicada pela limitação de dados disponíveis em nível nacional.

O monitoramento das desigualdades em saúde, em diferentes dimensões que não seja exclusivamente a geográfica, se configura como essencial para o processo de evolução do sistema de saúde brasileiro. Não somente porque a equidade constitui um dos princípios do SUS, senão também porque acredita-se que é possível reduzir as desigualdades em saúde mediante ações efetivas, mesmo sob um contexto de enorme e reconhecida disparidade na distribuição da renda (SZWARCOWALD *et al.*, 2002).

Embora se saiba que o estado de saúde de indivíduos e coletividades, assim como o sistema de saúde, influenciam e são influenciados pelo ambiente global, há que se reconhecer que nem todos os aspectos da vida humana são necessariamente uma questão médica ou sanitária, a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano (MINAYO *et al.*, 2000).

Para Szwarcowald *et al.* (2005), estudos que mostram uma forte associação entre condições de saúde e o nível socioeconômico e o monitoramento das desigualdades socioeconômicas em saúde, tem sido considerados como importantes componentes de avaliação de sistemas de saúde.

1.5 A Pesquisa Mundial de Saúde

A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde de vários países tem merecido destaque na agenda de organismos internacionais. Países como Reino Unido, Canadá e Austrália têm desenvolvido instrumentais para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.

Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o relatório Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000), dedicado a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde dos países-membros. E apesar da avaliação dos sistemas de saúde propiciar um monitoramento das desigualdades, e alcance da equidade no financiamento da saúde, a metodologia utilizada sofreu muitas críticas de cunho metodológico e conceitual.

Os 191 países-membros da OMS foram classificados em ordem crescente de magnitude do índice-resumo de desempenho a partir de um indicador único, conceitualmente vago e empiricamente incorreto. Índice este criticado por ter sido gerado pela média ponderada de cinco indicadores (estado de saúde, desigualdade de estado de saúde, qualidade de resposta do sistema de saúde, desigualdades de resposta do sistema de saúde e justiça na contribuição do financiamento da saúde) (SZWARCOWALD *et al.*, 2004).

Estudos apontaram para a ausência de dados para a construção dos indicadores e falhas metodológicas e conceituais da avaliação empregada pela OMS. Segundo Almeida *et al.* (2001), 70% dos 191 países-membros não possuíam dados para a construção do índice de desigualdade no estado de saúde, 84% não possuíam dados para construir as duas medidas de capacidade de resposta dos sistema de saúde e 89% não tinham dados para aferir a justiça na contribuição do financiamento.

Muitas críticas a respeito da composição da amostra de informantes foram realizadas, pois a mesma não contemplou princípios básicos de aleatoriedade e representatividade populacional (SZWARCOWALD *et al.*, 2004).

Szwarcwald (2002), criticou o indicador de medida das desigualdades em saúde, pois para esta autora, a abordagem conceitual utilizada na sua construção não permitiu comparações do estado de saúde entre grupos sociais distintos e tão somente mediu variações individuais na população. A consequência direta disto é que o indicador foi mais influenciado pelas desigualdades socioeconômicas do que pelas ações realizadas no setor saúde.

Segundo Szwarcwald *et al.* (2004), a OMS em 2001 incorporou parte das críticas recebidas pela comunidade científica internacional e propôs mudanças metodológicas relevantes, quando então foi desenvolvida a proposta da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). Esta pesquisa foi um inquérito populacional para suprir informações sobre o estado de saúde das populações, assim como sobre o desempenho dos sistemas de saúde dos países membros.

A OMS realizou algumas experiências no ano de 2001 utilizando diferentes metodologias de aplicação e incorporando as críticas a respeito da aleatoriedade e do tamanho das amostras. Este processo fez com que a organização reformulasse todo o formato de aplicação de inquérito nos países e incorporou no questionário parte das críticas e sugestões feitas pelo grupo científico consultor, adicionando questões relativas ao acesso, cobertura e utilização dos serviços de saúde (SZWARCWARD *et al.*, 2004).

1.5.1 PMS brasileira e PMS-AB de Pernambuco

Diante da divulgação do relatório da OMS em 2000, onde o Brasil ficou colocado em 125º lugar dentre os países-membros, várias questões foram levantadas pelo governo brasileiro, acerca da validade da metodologia utilizada pela OMS (SZWARCWARD *et al.*, 2004).

A forma inconsistente de elaboração do Relatório 2000, aliada as críticas vindas do meio científico internacional, evidenciou a necessidade de se firmar um acordo entre a delegação brasileira e a OMS durante a 109ª Reunião do Conselho Executivo para realizar a Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil.

Neste contexto surgiu a necessidade de desenvolver uma pesquisa cuja finalidade foi avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro sob a ótica dos usuários. Em janeiro de 2003 começou a ser realizado no país um inquérito populacional de âmbito nacional, em 5000 domicílios escolhidos por amostragem probabilística, a PMS brasileira.

No ano posterior, a Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES-PE) identificou como uma demanda urgente, avaliar o desempenho do sistema de saúde no estado, na perspectiva do usuário, com foco particular na atenção básica. Esta avaliação fez parte do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Avaliativa do estado.

Para otimizar as estratégias de desenvolvimento da capacidade técnica e contribuir com a implementação dos Planos Estaduais, foram contratados Centros Colaboradores

(instituições de ensino e pesquisa), que prestam assessoria permanente às SES. Para o estado de Pernambuco foi contratado o Grupo de Estudos de Avaliação em Saúde do Departamento de Pesquisa do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP).

Foram realizadas duas pesquisas avaliativas de interesse da SES-PE, no intuito de auxiliar a tomada de decisões da Secretaria, sendo elas: Avaliação do Projeto Nascer e a Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB).

A PMS-AB para o estado de Pernambuco, teve seus dados coletados no fim de 2005. Pesquisa similar foi realizada em alguns municípios do Brasil nas regiões sudeste e norte em 2005 e com amostras representativas de estados apenas em Pernambuco e Rio de Janeiro.

1.6 Justificativa

Reconhecendo:

1. Que a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito; e, entendendo-se que adicionalmente pode-se e deve-se mobilizar estratégias e técnicas da epidemiologia e das ciências humanas, na incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde, para propiciar aos gestores as informações necessárias na definição de estratégias de intervenção;
2. Que o processo de avaliação deve ser usado como estratégia para a garantia da qualidade dos serviços e nessa perspectiva, o papel do pesquisador e das pessoas envolvidas nos processos de trabalho em saúde, é determinante na superação dos desafios da avaliação e em fornecer informações preciosas;
3. Que os resultados dos estudos avaliativos, além de subsidiar a gestão com ferramentas e instrumental para a consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas de cada localidade brasileira, permitem a promoção de processos de avaliação mais institucionalizados dentro dos serviços de saúde;
4. Que é crescente a importância e legitimidade da perspectiva avaliativa dos usuários sobre a qualidade da atenção;

Justifica-se a realização deste estudo, a partir da análise dos dados da PMS brasileira e da PMS-AB de Pernambuco, avaliando quais os fatores que mais interferiram no grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro. Além disso, tal estudo buscou identificar diferenças regionais que possibilita orientar os gestores quanto à implantação de estratégias em determinadas regiões visando à melhoria da qualidade da assistência no Brasil.

1.7 Pergunta Condutora

- Quais os fatores que mais podem interferir no grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro?

1.8 Hipóteses

- A satisfação dos usuários com o sistema de saúde está diretamente relacionada com fatores ligados à qualidade da assistência, a interação profissional de saúde - usuário e a resolutividade dos serviços de saúde;
- A satisfação varia por sexo e entre faixas etárias;
- A satisfação é menor entre os usuários de melhor condição sócio-econômica em relação aos que possuem piores condições de vida;
- Existem diferenças no grau de satisfação entre os usuários exclusivos do SUS e entre aqueles que de alguma forma pagaram pelo seu atendimento;
- Existem diferenças significativas entre os escores de satisfação de diferentes regiões do país.

1.9 Objetivos

Objetivo geral:

Avaliar os aspectos que caracterizam a satisfação dos usuários do Sistema de Saúde brasileiro segundo fatores sócio-econômicos e demográficos selecionados, comparando os resultados para diferentes regiões do país.

Objetivos Específicos:

1. Analisar os fatores que caracterizam a satisfação dos usuários do Sistema de Saúde brasileiro, para o ano de 2003;
2. Analisar o perfil socioeconômico e os aspectos que caracterizam a satisfação dos usuários do Sistema de Saúde pernambucano, para o ano de 2005;
3. Comparar os escores de satisfação encontrados na PMS brasileira e na PMS-AB de Pernambuco segundo fatores sócio-econômicos e demográficos entre diferentes regiões do país.

2 MATERIAIS E MÉTODOS COMPLEMENTARES

2 MATERIAIS E MÉTODOS COMPLEMENTARES

A PMS brasileira, teve o trabalho de campo realizado de janeiro a outubro de 2003 e foi coordenado nacionalmente pela Dra. Célia L. Szwarcwald do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e regionalmente por pesquisadores da área de saúde pública de diversas instituições. O Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) ficou responsável pela coordenação do trabalho de campo dos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. O recrutamento e treinamento dos entrevistadores ficou a cargo de cada coordenador regional, nas suas respectivas áreas geográficas.

Foram incluídos nesta pesquisa todos os indivíduos com idade igual ou acima de 18 anos, que se internaram nos últimos cinco anos ou que utilizaram serviços ambulatoriais de saúde no último ano, para o período referente a coleta de dados.

O questionário utilizado foi modular e abordou os seguintes aspectos: condições socioeconômicas, gastos relativos das famílias em saúde, descrição do estado de saúde, fatores de risco, alguns problemas de saúde, cobertura de programas de saúde, e avaliação da resposta do sistema de saúde (para esta análise foi utilizado o módulo de avaliação da resposta do sistema de saúde - anexo A).

Partiu-se inicialmente de 5000 indivíduos selecionados aleatoriamente em 250 setores censitários de todo território nacional, com exceção dos Estados do Acre e Roraima, que por questões de acesso e dificuldades na realização do trabalho de campo, não fizeram parte da amostra. O processo de amostragem se deu em três estágios, sendo inicialmente selecionado o setor censitário; em seguida foram sorteados 20 domicílios em cada setor e por último, um indivíduo maior de 18 anos foi selecionado aleatoriamente para responder ao questionário individual de saúde (VASCONCELLOS *et al.*, 2005).

Em relação à PMS-AB de Pernambuco, foi realizada a adaptação do instrumento utilizado na PMS brasileira para avaliação da atenção básica em saúde, no ano de 2005. Alguns módulos do instrumento original da PMS brasileira foram mais detalhados, visando o aprofundamento de certas questões, incluindo a Estratégia Saúde da Família.

O questionário foi modular e composto de duas partes. Na primeira, o entrevistado foi o responsável pelo domicílio. Foram investigados: composição do

domicílio (lista de moradores por idade, sexo e situação conjugal); relação de parentesco entre os moradores; situação socioeconômica dos moradores; informações do domicílio (número de cômodos, bens, abastecimento d'água, destino do lixo); presença de plano de saúde privado; gastos do domicílio com assistência de saúde; cobertura e avaliação do Programa de Saúde da Família.

Na segunda parte, o entrevistado foi selecionado entre os moradores elegíveis do domicílio (18 anos e mais de idade) para responder ao questionário individual. Foram abordados os seguintes aspectos: informações sócio-demográficas; auto-avaliação do estado de saúde nos seus vários domínios (locomotão, cuidados pessoais, sociabilidade, visão, audição, sono, ânimo); fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição, fatores ambientais); situações crônicas – diagnóstico, tratamento e uso de medicamentos, e promoção de comportamentos saudáveis; doenças sexualmente transmissíveis; programas de saúde, como prevenção de câncer de colo de útero e de mama, assistência bucal, atendimento pré-natal e assistência ao parto; cuidados preventivos e assistenciais às crianças; assistência a idosos; avaliação da resposta do sistema de saúde. Salienta-se que, na PMS-AB todo o módulo de resposta do Sistema de Saúde, onde estão informações sobre satisfação do usuário foi mantido na íntegra como o da PMS brasileira, acrescentando-se uma questão relativa à avaliação da resolutividade do sistema de saúde (Anexo B).

O trabalho de campo foi realizado por empresa contratada para esta finalidade - IBOPE. As equipes eram compostas por um supervisor e seis ou oito entrevistadores, de acordo com o porte populacional do município. O treinamento das equipes foi de responsabilidade do ICICT da FIOCRUZ, e a supervisão realizada pela parceria do IMIP e da FIOCRUZ. No trabalho de campo foi realizado processo permanente de crítica aos questionários respondidos, visando à consistência das respostas fornecidas.

A amostra foi desenhada com base nas informações do Censo Demográfico realizado no ano de 2000, quando o território brasileiro foi subdividido em cerca de 216 mil setores censitários, áreas geográficas que agregam, em média, 300 domicílios em áreas urbanas. Os setores censitários são classificados segundo a situação urbana ou rural e de acordo com o tipo, que distingue as áreas normais dos aglomerados sub-normais (favelas) bem como dos setores especiais (penitenciárias, instalações militares, asilos, reservas de índios, entre outros).

Foram selecionados 40 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho. Situação (urbano ou rural) e porte do município (até 50000; 50000 até

400000; 400000 + habitantes) estratificaram explicitamente as unidades primárias de seleção.

A seleção dos setores censitários em cada um dos municípios foi realizada, tendo como critério de exclusão todos os setores com menos de 20 domicílios particulares permanentes.

O nível socioeconômico do setor, estabelecido pela média de renda dos chefes dos domicílios, foi utilizado para estratificação implícita. Cada estrato da amostra foi submetido ao respectivo fator de expansão permitindo análise dos resultados, por inferência, para o Estado de Pernambuco. O nível de confiança adotado foi de 95%.

A amostra final foi estabelecida em 640 indivíduos com idade igual ou acima de 18 anos, e o processo de amostragem foi realizado em dois estágios.

Em cada domicílio foi identificado um morador para responder as perguntas relativas às características do domicílio e apenas um indivíduo do domicílio, selecionado com a cota de sexo e faixa etária dentre os moradores adultos do domicílio (18 anos ou mais de idade), respondeu ao questionário individual.

Em cada setor, foram realizadas duas entrevistas adicionais para assegurar número suficiente de crianças com até dois anos de idade para análise estatística. A entrevista foi conduzida com a mãe da criança, contemplando todos os módulos do questionário. O tamanho final da amostra ficou então em 720 indivíduos.

PMS brasileira – 1º artigo

Em relação à análise dos dados da PMS brasileira, os percentuais de satisfação foram analisados por “tipo de atendimento” - ambulatorial ou internação hospitalar, e por “forma de pagamento” - não pagou (SUS); pagamento por desembolso direto ou por meio do plano de saúde (não SUS).

O grau de satisfação, para cada uma das variáveis, foi definido como o percentual de respostas de grau bom ou muito bom para todas aquelas cujas respostas contemplavam os cinco níveis de respostas. E as três outras variáveis dicotômicas (com possibilidade de resposta sim ou não), relativas às habilidades do profissional de saúde, à disponibilidade de medicamentos e a adequação dos equipamentos no atendimento, por meio do percentual de respostas positivas.

Com o objetivo de explicar a variação total do conjunto de dados através de um pequeno número de fatores, foi utilizada a técnica de Análise Fatorial, com extração de componentes principais (ACP), que permite transformar linearmente o conjunto de

variáveis originais em um conjunto substancialmente menor de variáveis não correlacionadas, as quais representam a maioria da informação contida no conjunto original de variáveis. Após procedimento de rotação para obtenção de uma estrutura simples da matriz de cargas (3932 indivíduos X 18 questões), foram identificados os três eixos ou componentes capazes de apontar os diferentes aspectos da satisfação, atribuindo-se um escore para cada indivíduo relativo a cada eixo da matriz.

Os escores de cada componente principal foram transformados em uma escala variando de 0 a 100, onde o valor zero correspondeu ao escore mínimo de satisfação enquanto o valor de 100, ao nível máximo.

Testes (t) foram realizados para analisar as diferenças no escore médio de satisfação de cada componente segundo as seguintes variáveis: sexo; grau de escolaridade – ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo e mais ; faixa etária – 18 a 39 anos; 40 anos e mais ; sentimento de discriminação por algum motivo – sim; não; forma de pagamento – SUS; Não SUS.

Para cada fator (componente) encontrado, foram identificadas as variáveis mais fortemente correlacionadas, sendo realizada análise com modelo de regressão linear múltipla para cada componente e para os dois tipos de atendimento do sistema. A variável dependente foi o escore médio de satisfação e as variáveis independentes foram: sexo, escolaridade, idade, discriminação e forma de pagamento.

Para a análise estatística, foi utilizado o aplicativo SUDAAN e o SPSS, levando-se em consideração o desenho amostral utilizado, e o fator de expansão da amostra, o qual permitiu extrapolar os resultados para todo o território brasileiro.

PMS-AB de Pernambuco – 2º artigo

Em relação à análise dos dados da PMS-AB de Pernambuco, partiu-se inicialmente de 720 indivíduos selecionados aleatoriamente em 40 setores censitários, de todo Estado de Pernambuco, que possuíam mais de 20 domicílios particulares permanentes. Desta amostra inicial, 591 indivíduos se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo.

Foram incluídos neste estudo todos os indivíduos com idade igual ou acima de 18 anos, que se internaram ou utilizaram serviços ambulatoriais de saúde no último ano, para o período referente a coleta de dados.

Para efeito de comparação da PMS-AB de Pernambuco com a PMS brasileira, foram realizadas as mesmas análises nas duas pesquisas.

Um fator limitante para a análise de regressão nesta pesquisa foi o de que apenas 20 indivíduos responderam as questões relativas ao contato com o mundo exterior e sobre a possibilidade de receber visitas, quando da internação hospitalar. Este fato causaria uma diferença nos percentuais de variância inviabilizando a análise. Optou-se então por retirar da análise da PMS-AB de Pernambuco estas questões.

Diferenças regionais – 3º artigo

Em relação à análise das diferenças regionais, tomando como referência os resultados encontrados por GOUVEIA *et al.* (2005), onde três eixos foram identificados na análise de componentes principais (ACP), sendo os mesmos relativos à qualidade dos profissionais de saúde, qualidade dos serviços de saúde e resolutividade dos problemas de saúde; para cada pesquisa, foram realizadas análises baseadas nos mesmos e por tipo de assistência recebida (ambulatorial e internação hospitalar).

Para efeito de comparação das duas pesquisas, para cada eixo utilizado foram construídos escores de satisfação para a PMS brasileira e PMS-AB tendo como base as perguntas que foram utilizadas na PMS-AB realizada em Pernambuco. As perguntas foram: tempo gasto com o deslocamento até o serviço; tempo de espera para o atendimento; tratamento respeitoso por parte dos profissionais de saúde; respeito durante exames físicos; clareza nas explicações dos profissionais; disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o problema de saúde ou tratamento; possibilidade de obter informações sobre tratamentos ou exames alternativos; participação na tomada de decisões; privacidade junto aos profissionais de saúde; sigilo das informações; liberdade de escolha do profissional de saúde; limpeza das instalações dos serviços; espaço disponível das salas de espera e atendimento, habilidades do profissional de saúde; disponibilidade de equipamentos e disponibilidade de medicamentos.

A estrutura simples da matriz de cargas ficou em 16 perguntas X número total de indivíduos de cada pesquisa. Atribuiu-se um escore para cada indivíduo relativo a cada eixo identificado na ACP.

Os escores de cada componente principal foram transformados em uma escala variando de 0 a 100, em que o valor zero corresponde ao escore mínimo de satisfação enquanto o valor 100, ao nível máximo. Os indivíduos classificados como satisfeitos foram aqueles que tiveram escore superior ao valor mediano dos escores de satisfação.

Foram retiradas desta análise as questões relativas à “possibilidade de receber visitas e contato com o mundo exterior” quando da internação do usuário, pois na PMS-AB realizada em Pernambuco, apenas 20 pessoas responderam a estas questões. Decidiu-se não utilizá-las na construção dos escores de satisfação neste estudo.

Foram realizadas análises descritivas do perfil socioeconômico dos usuários da PMS brasileira. Em seguida foi realizada análise univariada para cada eixo da ACP e por tipo de atendimento, tendo como variável dependente a satisfação (escore de satisfação dicotomizado) e como variáveis independentes: relacionadas aos indivíduos (sexo, idade, escolaridade, forma de pagamento de serviço de saúde, situação conjugal, auto-percepção de saúde, doença de longa duração, diagnóstico de depressão, tristeza nos últimos 12 meses); e relacionadas às características do domicílio (número de moradores por domicílio, tipo de construção, estratos geográficos e indicador de bens). A seguir foi aplicado um modelo logístico multivariado. Foi considerado como fator de seleção para a variável entrar no modelo logístico multivariado a mesma ter significância menor que 20%, ou seja, $p < 0,2$ na análise univariada. O método utilizado para a seleção das variáveis na regressão logística foi o *Backward*,

Para efeito de comparação os dados da PMS brasileira foram agregados nos seguintes estratos geográficos:

Usuários do sistema de saúde de Pernambuco; usuários do sistema de saúde da Região Nordeste excluindo-se os usuários do estado de Pernambuco; usuários do sistema de saúde da Região Norte; usuários do sistema de saúde da Região Centro-Oeste; usuários do sistema de saúde da Região Sudeste; usuários do sistema de saúde da Região Sul;

Para a PMS brasileira, a partir da variável número de bens do domicílio foi construído um índice chamado indicador de bens (IB), conforme metodologia empregada por Szwarcwald *et al*¹⁴. Utilizou-se a fórmula $IB = \sum_i (1-f_i)b_i$ em que i varia de 1 até 10 bens, b_i é igual a 1 ou a zero, respectivamente na presença ou ausência de bem. O peso atribuído à presença de cada bem no domicílio foi o complementar da frequência relativa (f_i) de cada bem na amostra total, isto é, quanto mais rara for a presença do bem, maior o peso atribuído ao mesmo.

Em seguida foram selecionadas e recodificadas as variáveis do estudo de forma a deixá-las dicotômicas. As variáveis “indicador de bens e número de moradores por domicílio” permaneceram contínuas e por esta razão utilizou-se a média das mesmas nas análises. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS (versão 8.0).

3 ARTIGO 1: *Users' satisfaction with health care in Brazil, 2003*

Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003.

Health care user satisfaction in Brazil, 2003

Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003

Giselle Campozana Gouveia ¹
Wayner Vieira de Souza ¹
Carlos F Luna ¹
Paulo Roberto Borges de Souza-Júnior ²
Célia Landmann Szwarcwald ²

Abstract

Evaluation of user satisfaction with the health system brings back longstanding questions concerning the quality of services provided to the Brazilian population. The current study analyzes satisfaction with outpatient and inpatient care based on the results of the World Health Survey, conducted in Brazil in 2003. To explain satisfaction with various aspects of care through a small number of factors, the factor analysis technique was used, through principal components analysis (PCA). Multiple regression models identified associations between satisfaction scores and different socio-demographic variables. For outpatient care, waiting time showed the lowest degree of satisfaction, as compared to freedom to choose one's physician in the case of hospital care. Three components were extracted from the PCA, related respectively to satisfaction with health professionals, health services, and health problem solution. Multiple regression analysis showed that having experienced some type of discrimination (on the basis of gender, age, poverty, social class, skin color, or type of disease) and being an exclusive user of the public National Health System involved a lower degree of user satisfaction.

Perceived quality; Satisfaction; SUS; Discrimination in Care; Factor Analysis

Introduction

The history of medicine is marked by the relationship between health services and users as an indicator of changes occurring over time. While technological advances have proven significant for solving health problems, the disease-centered biomedical model has displayed decreasing interest in patients themselves and their subjectivity. No improvement in health practices has been observed on the basis of fundamental attitudes involving humanitarian and ethical values ¹.

The Brazilian health system shifted from an approach based on public health campaigns (from the late 18th century until 1965) to a private medical care model until reaching the prevailing model in the 1980s, with the Sistema Único de Saúde – SUS (Unified National Health System) ^{2,3}. The 8th National Health Conference in 1986 consolidated the political and ideological proposals of the so-called Health Reform Project ^{4,5}, highlighting three fundamental aspects: the expanded health concept, whereby *health is the combined result of conditions in nutrition, housing, education, income, leisure, transportation, employment, freedom, the environment, access to and possession of land, and access to health services*; health as a citizen's right and the duty of the state; and creation of SUS, with universality, comprehensiveness, and decentralization as the essential principles ^{5,6}.

¹ Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.
² Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondence

G. C. Gouveia
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Moraes Rego s/n, Recife, PE
50670-420, Brasil.
giselle@cpqam.fiocruz.br

With the implementation of the unified health system and its expanded universalization, there was a reduction in the quality of public services, resulting from an increased demand without the corresponding health care network and necessary infrastructure to meet it. The health sector failed to generate the mechanisms to ensure sufficient support and resources for autonomous services management ⁷.

Given this new situation as well as the incorporation of recent technological advances by the health field, periodic evaluations of health services are urgently needed in Brazil (especially from the user satisfaction perspective) as a fundamental initiative in the improvement of services organization and professional practices ^{8,9,10}.

In general, and particularly in the Brazilian case, the population's health status obviously depends not only on overall living conditions, but also on equitable access to services provided with satisfactory quantity and quality ^{11,12}.

According to Donabedian ¹³, the classification of quality assurance methods includes structures, processes, and results. In the results approach, patient satisfaction should be considered an expected result, extending beyond cure, restoration of functional capacity, and reduction of suffering ¹⁴.

Recent data indicate that some 25.0% of the Brazilian population is covered by private health plans, while the vast majority of the remaining 75.0% use SUS or pay directly out of pocket for services ¹⁵.

A population-based survey was held in Brazil in 2003, the World Health Survey (WHS) – as an integral part of a World Health Organization (WHO) project focused on health systems' performance evaluation in the member countries. Among the areas surveyed was the evaluation of health care provision, based on the concept of "responsiveness" ¹⁶, aimed at establishing parameters to evaluate the health services' response from the perspective of user expectations.

Drawing on data from the Brazilian chapter of the WHS, the current study aims to evaluate the degree of user satisfaction with the health care provided (both outpatient and inpatient), identifying correlations with socio-demographic variables and comparing the degree of satisfaction of individuals who used public services with those who paid out of pocket or used private health plans.

Methodology

This study is the result of a nationwide population survey. The sample was set at 5,000 individuals 18 years of age or older. The sampling process was conducted in two stages. During the first stage, 250 census tracts were selected, with probability proportional to size. The household situation (urban or rural) and size of the municipality or county (up to 50,000; 50,000 to 400,000; and 400,000 or more inhabitants) explicitly stratified the primary selection units. The census tract's socioeconomic level, defined according to the mean income of heads-of-households, was used for implicit stratification.

In each tract, 20 households were selected randomly. In each household a resident was identified to answer questions pertaining to the household's characteristics. Only one individual in the household (selected randomly) answered the individual questionnaire.

The questionnaire was modular, and the current analysis used the health system responsiveness evaluation module. The present study included: (1) all individuals who had been hospitalized in the previous five years (hereinafter inpatient care, or health care with hospitalization) and (2) among all those who had not been hospitalized in the previous five years, all the individuals who had used some health service in the previous year (hereinafter outpatient care).

The first stage of this work included a descriptive analysis of the degree of satisfaction based on a set of variables that expressed the user's degree of satisfaction, according to five responsiveness levels (level 1, very good, to level 5, very bad), covering the following aspects: time spent from home to the health service; waiting time for care; respectful treatment by the health professional; respect for intimacy during physical examination and care; clarity of explanation provided by the health professionals to the patient; availability of time to ask questions about the health problem or treatment; possibility of obtaining information on other types of treatment or tests; participation in decision-making on the health care or treatment; patient's freedom to speak privately with the health professionals; secrecy of personal information; freedom to choose the physician; services' cleanliness; and available space in the waiting room and examination room.

Among individuals who received inpatient care, two additional aspects were included: ease in receiving visits by family members and ease of contact with the outside world.

For each of the items, the degree of satisfaction was estimated by the percentage of "good"

or “very good” answers and the percentage of positive answers to three other dichotomous variables (yes or no), related to the health professional’s skills, availability of medicines, and adequacy of equipment in the care. Percentages of satisfaction were analyzed by “type of care” – outpatient or inpatient, and by “form of payment” – none (SUS); out-of-pocket or health plan (non-SUS).

Individuals were also asked whether they felt they had been treated differently from other users of the same service (whether they felt discriminated) for on any of the following grounds: gender, age, lack of money, social class, skin color, type of disease, or nationality.

To explain total variation in the data set using a small number of factors, the second stage of the analysis used the factor analysis technique with principal components extraction¹⁷. After a rotation procedure to obtain a simple load matrix structure, factors or components were identified that were capable of identifying different aspects of satisfaction, attributing a satisfaction score to each individual for all the principal components selected.

Scores for each principal component were transformed into a scale varying from 0 to 100, where zero corresponded to minimum satisfaction and 100 to the maximum.

The study conducted t-tests to analyze differences in the mean satisfaction score for each component according to the following variables: gender; schooling– incomplete primary versus complete primary or greater; age group – 18-39 versus 40 years or older; feeling of discrimination for any reason – yes or no; and form of payment – SUS or non-SUS.

In the last stage, for each factor (or component) identified, multiple linear regression analysis was performed for the system’s two types of treatment, where the dependent variable was the satisfaction score and the independent variables were gender, schooling, age, discrimination, and form of payment, taken as a dummy variable with a value of one when gender was female, schooling was incomplete primary, age was 18-39 years, discrimination existed, and form of payment was SUS.

The statistical analysis used the SUDAAN application, taking into consideration the sampling design and the sample expansion factor, which allows extrapolating the results to Brazil as a whole.

Results

Of the 5,000 interviewees, 1,544 (31.0%) reported inpatient care in the five years prior to the survey. Of these, 71.0% were treated by the SUS, 22.5% paid through health plans, and 6.5% paid out of pocket, without reimbursement. Among the remaining participants, 2,388 (69.0%) had received outpatient care at least once in the year prior to the interview. Of these, 19.0% paid out of pocket (without reimbursement), 21.0% paid through health plans, and 60.0% used the SUS.

According to the evaluation of outpatient care (Table 1), “*waiting time for care*” showed the lowest degree of user satisfaction among all the aspects analyzed. Meanwhile, the aspects related to intimacy, secrecy of personal information, and health professionals’ skills received the highest satisfaction scores.

Also in Table 1, the percentage of users who gave “good” or “very good” ratings was lower among users of the SUS for all aspects studied, both for outpatient and inpatient care.

Among all the aspects of inpatient care (Table 1), the lowest percentage of satisfaction was for “*freedom to choose the physician*”, while aspects related to availability of medicines, adequate equipment, and respect for intimacy showed the highest user satisfaction.

A significant proportion of users felt discriminated against in outpatient care: 9.0% reported feeling they had been treated worse than others because of lack of money and 8.0% because of their social class (Table 2). Among users of the SUS, these figures were 11.0% and 10.0%. Of all users, 1.2% felt discriminated against on grounds of their skin color.

Interviewees who had been hospitalized in the previous five years reported higher discrimination rates than outpatient users, emphasizing “*lack of money*” and “*social class*” as the principal factors. Users of inpatient care in the SUS reported higher discrimination rates (Table 2).

Table 3 shows the factors or components identified in the principal components analysis as well as the correlations between each variable and the selected components (“*factor loads*”). Variables with loads greater than 0.5 (absolute values) are shown in bold type.

For both outpatient and inpatient treatment, the variables evaluating respectful treatment, respect for intimacy, clarity of explanations, time to ask questions, information on treatment alternatives, participation in treatment decision-making, privacy with health professionals, and secrecy of personal infor-

Table 1

Percentage of user satisfaction according to type of care, form of payment, and aspects related to evaluation of care, Brazil, 2003.

	Form of payment		Total
	Non-SUS	SUS*	
Outpatient care			
Aspect			
Number of individuals interviewed	961	1,427	2,388
Time from home to health service	78.2	68.8	72.6
Waiting time	73.4	45.4	56.7
Respect during treatment	96.6	86.0	90.2
Respect for intimacy	97.1	93.9	95.2
Clarity of explanations	93.5	80.1	85.5
Time for questions	90.2	65.9	75.7
Possibility of obtaining information on treatment alternatives	85.8	60.1	70.4
Participation in treatment decision-making	85.2	59.8	70.0
Privacy with health professionals	94.3	83.3	87.7
Secrecy of personal information	96.7	89.1	92.2
Freedom to choose physician	87.7	49.0	64.6
Cleanliness of installations	97.6	79.2	86.6
Space in waiting room and examining room	88.0	63.9	73.6
Satisfactory physician skills	96.7	90.3	92.9
Adequate equipment	96.6	87.7	91.3
Adequate availability of medicines	88.2	75.9	80.8
Inpatient care			
Aspect			
Number of individuals interviewed	447	1,096	1,544
Time from home to health service	79.3	60.7	66.1
Waiting time	83.3	67.9	72.4
Respect during treatment	93.1	85.8	87.9
Respect for intimacy	96.5	90.3	92.1
Clarity of explanations	89.6	78.3	81.6
Time questions	86.5	63.0	69.8
Possibility of obtaining information on treatment alternatives	83.9	58.3	65.7
Participation in treatment decision-making	82.8	59.1	65.9
Privacy with health professionals	89.8	68.0	74.3
Secrecy of personal information	94.9	81.5	85.5
Freedom to choose physician	82.9	47.3	57.5
Cleanliness of installations	91.2	78.1	81.9
Space in waiting room and examining room	90.7	71.6	77.1
Possibility of receiving visitors	87.1	70.0	75.0
Contact with outside world	81.5	59.2	65.7
Satisfactory physician skills	94.5	90.0	91.3
Adequate equipment	97.0	90.4	92.3
Adequate availability of medicines	97.8	90.8	92.9

SUS = Unified National Health System.
Source: *World Health Survey*, Brazil.

Table 2

Percentage of individuals who experienced some type of discrimination, according to type of care and form of payment, Brasil, 2003.

	Form of payment		Total
	Non-SUS	SUS	
Outpatient care			
Aspect (grounds for discrimination)			
Gender	1.4	1.4	1.4
Age	1.5	2.0	1.8
Lack of money	5.2	11.1	8.7
Social class	5.2	9.5	7.8
Skin color	1.0	1.4	1.2
Type of disease	1.3	2.0	1.7
Nationality	0.0	0.3	0.2
Inpatient care			
Aspect (grounds for discrimination)			
Gender	3.1	2.3	2.5
Age	2.1	3.7	3.2
Lack of money	8.0	14.9	12.9
Social class	7.2	13.1	11.4
Skin color	1.7	1.4	1.5
Type of disease	2.4	2.7	2.6
Nationality	0.0	0.4	0.3

Source: *World Health Survey, Brazil*.

Note: the percentages were calculated for the SUS and non-SUS groups out of the total number of individuals who received outpatient or inpatient care.

mation have high loads in component 1, which is thus termed the “*health professional factor*”.

Meanwhile the variables defined as time from home to the health service, waiting time, cleanliness, and available space in the installations for both types of treatment and the possibility of visits and contact with the outside world in the case of inpatient treatment were the ones with loads greater than 0.5 in component 2. Since these variables relate to health services access and conditions, component 2 was termed the “*health services factor*”.

The variables related to health professionals’ skills and equipment and availability of medicines in the care have high loads in the third component, for both outpatient and inpatient care. Expressing how users rated the possibility of solving their health problem, this factor was called the “*health problem solution factor*”.

These three components explained some 58.0% of total variation for both outpatient and inpatient care.

Table 4 analyzes the differences in mean satisfaction scores. For outpatient care, the second factor stood out, referring to rating of health services access and conditions, with the lowest

mean user satisfaction score (55), while the other two factors had mean satisfaction scores close to 71. For outpatient care, the health problem solution factor had the highest mean score (76), considerably higher than the health professional score (63) and the health services access and installations score (57).

For both outpatient and inpatient care, the mean satisfaction scores showed highly significant differences according to type of payment for the first two components, related respectively to treatment from health professionals and health services conditions. Individuals who used the SUS gave much lower ratings, with differences of greater than eight percentage points in mean satisfaction. However, for the problem solution component the differences in mean satisfaction were much smaller and did not reach statistical significance for inpatient care.

Another factor which consistently made a negative contribution degree of satisfaction was the feeling of discrimination during care. For all factors both in outpatient and inpatient care, individuals who felt they had been treated worse than other users of the same health service invariably showed lower mean satisfaction (Table 4).

Table 3

Results of factor analysis by type of care: loads in the first three principal components, Brazil, 2003.

	Components		
	1	2	3
Outpatient care			
Aspect (evaluation)			
Satisfactory physician skills	0.295	-0.064	0.687
Adequate equipment	0.091	0.161	0.753
Adequate availability of medicines	0.057	0.151	0.677
Time from home to health service	0.148	0.581	0.018
Waiting time	0.213	0.685	0.192
Respect during treatment	0.698	0.219	0.225
Respect for intimacy	0.680	0.219	0.025
Clarity of explanations	0.778	0.172	0.300
Time for questions	0.755	0.243	0.251
Possibility of obtaining information on treatment alternatives	0.713	0.307	0.228
Participation in treatment decision-making	0.684	0.264	0.268
Privacy with health professionals	0.744	0.233	0.017
Secrecy of personal information	0.728	0.251	-0.059
Freedom to choose physician	0.507	0.464	0.239
Cleanliness of installations	0.395	0.659	0.052
Space in waiting room and examining room	0.286	0.709	0.099
Variance (%)	42.6	8.6	6.6
Inpatient care			
Aspect (evaluation)			
Satisfactory physician skills	0.230	-0.020	0.723
Adequate equipment	0.109	0.166	0.755
Adequate availability of medicines	0.142	0.102	0.626
Time from home to health service	0.300	0.427	-0.077
Waiting time	0.431	0.391	0.155
Respect during treatment	0.603	0.259	0.364
Respect for intimacy	0.587	0.243	0.281
Clarity of explanations	0.765	0.156	0.278
Time for questions	0.833	0.240	0.182
Possibility of obtaining information about treatment alternatives	0.817	0.249	0.143
Participation in treatment decision-making	0.753	0.241	0.062
Privacy with health professionals	0.709	0.338	0.144
Secrecy of personal information	0.611	0.326	0.148
Freedom to choose physician	0.625	0.403	0.099
Cleanliness of installations	0.249	0.610	0.333
Space in waiting room and examining room	0.267	0.732	0.251
Possibility of receiving visitors	0.222	0.761	0.090
Contact with outside world	0.289	0.744	0.006
Variance (%)	43.2	7.8	6.5

Source: *World Health Survey*, Brazil.

Table 4

Mean and standards errors for satisfaction scores by principal component and type of care according to socio-demographic variables, form of payment, and feeling of discrimination, Brazil, 2003.

Variables	Components		
	Health professional	Health service	Health problem solution
Outpatient care			
Gender			
Male	69.5 ± 0.55	55.5 ± 0.57	71.4 ± 0.50
Female	71.5 ± 0.55**	53.8 ± 0.54**	71.4 ± 0.58
Schooling			
Incomplete primary	68.3 ± 0.49	53.7 ± 0.55	71.9 ± 0.55
Complete primary or greater	73.1 ± 0.57**	55.5 ± 0.52**	70.9 ± 0.53
Age			
18 to 39 years	70.5 ± 0.53	53.9 ± 0.57	70.3 ± 0.53
40 years or older	70.8 ± 0.53	55.3 ± 0.51*	72.6 ± 0.52**
Discrimination			
Yes	65.4 ± 1.22	48.6 ± 1.37	65.7 ± 1.49
No	71.2 ± 0.43**	55.3 ± 0.40**	72.1 ± 0.40**
Form of payment			
SUS	67.1 ± 0.52	51.2 ± 0.56	70.4 ± 0.54
Non-SUS	75.9 ± 0.50**	59.5 ± 0.42**	72.9 ± 0.45**
Total	70.6 ± 0.43-	54.6 ± 0.42-	71.4 ± 0.39-
Inpatient care			
Gender			
Male	63.6 ± 0.82	56.9 ± 0.67	76.6 ± 0.63
Female	61.9 ± 0.66	56.8 ± 0.59	76.0 ± 0.62
Schooling			
Incomplete primary	61.2 ± 0.70	55.8 ± 0.54	76.9 ± 0.59
Complete primary or greater	64.18 ± 0.77**	58.1 ± 0.73**	75.4 ± 0.69
Age			
18 to 39 years	60.9 ± 0.71	56.4 ± 0.62	76.0 ± 0.60
40 years or older	64.5 ± 0.73**	57.3 ± 0.65	75.6 ± 0.67
Discrimination			
Yes	55.9 ± 1.26	50.0 ± 1.13	72.0 ± 1.71
No	63.7 ± 0.60**	58.1 ± 0.48**	77.0 ± 0.45**
Form of payment			
SUS	59.8 ± 0.62	54.2 ± 0.55	75.9 ± 0.64
Non-SUS	68.7 ± 0.71**	62.8 ± 0.65**	76.9 ± 0.53
Total	62.5 ± 0.58-	56.8 ± 0.48-	76.2 ± 0.48-

Source: *World Health Survey*, Brazil.

* Significant at 5.0%;

** Significant at 1.0%.

Table 5 analyzes the joint influence of gender, age, schooling, form of payment, and feeling of discrimination on the degree of satisfaction with care. Only form of payment and discrimination were consistently associated with degree of satisfaction. Although the coefficients for the other variables were significant in some components, the effects were not systematic and sometimes acted in opposite directions.

Discussion

This study involves an evaluation of health care from the health services user's perspective. According to some authors⁸, the "quality" dimension should consider who defines it, so that a "high-quality" service is inconceivable if the users are dissatisfied.

Analysis of data from the Brazilian WHS pointed to three major components: the first was heavily correlated with variables expressing degree of satisfaction with care received from health professionals; the second reflects satisfaction with health services access and conditions; and the third relates mainly to the issue of health problem solution. The lowest degree of satisfaction was for the second of the three components, both in outpatient and inpatient care.

Thus, from the perspective of health services users in Brazil, satisfaction with care is related to quality of treatment provided by health professionals, the care received, and the solution to the health problem, but above all to access to the health services and their installations.

According to Donabedian¹⁸, 30.0 to 40.0% of health care user satisfaction is explained by the physician's diagnostic and therapeutic skill and 40.0 to 50.0% by the physician-patient relationship. In Brazil, the most important factor for dissatisfaction is the lack of free choice of the physician, an indicator both of the physician-patient relationship and difficulties in access to health services.

The results of the current analysis corroborate findings from other studies in Brazil, indicating deterioration in health services quality. According to Assis et al.¹⁹, the main complaints relating to medical care were: delay; several visits to the site to obtain treatment; and lack of guarantee in obtaining exams or even treatment continuity.

According to a qualitative study in a university hospital in Rio de Janeiro, the most frequent complaints referred to the care received from the health professional, for example lack of attention, disinterest, lack of human warmth, lack of punctuality, and limited time devoted to the consultation. However, user ratings were

Table 5

Results of multiple linear regression using satisfaction scores by principal component and type of care as dependent variables, Brazil, 2003.

	Health professional		Health service		Health problem solution	
	β	p value	β	p value	β	p value
Outpatient care						
Variables						
Female gender	2.37	0.0005	-1.47	0.0244	-0.02	0.9769
Incomplete primary	-2.28	0.0008	0.52	0.4526	1.47	0.0681
Age (18-39 years)	-0.96	0.1065	-1.41	0.0416	-1.82	0.0117
Discrimination (yes)	-4.61	0.0001	-5.60	0.0000	-6.14	0.0001
SUS	-7.93	0.0000	-8.25	0.0000	-2.74	0.0001
Inpatient care						
Variables						
Female gender	-0.80	0.3521	0.23	0.7653	-0.44	0.6016
Incomplete primary	-1.66	0.0824	-0.11	0.8949	1.85	0.0581
Age (18-39 years)	-3.14	0.0005	-0.13	0.8734	0.06	0.9402
Discrimination (yes)	-6.84	0.0000	-7.15	0.0000	-4.86	0.0053
SUS	-7.50	0.0000	-8.05	0.0000	-1.22	0.1890

Source: World Health Survey, Brazil.

very different for pediatricians, who received high satisfaction scores due to the communications style adopted by this specialty and the extensive information provided to mothers⁹.

In a study in the State of Ceará, Caprara & Rodrigues¹ observed that approximately 40.0% of physicians failed to provide patients with a clear and comprehensive explanation of their problem; in 58.0% of consultations, the physician failed to ascertain the patient's level of understanding concerning the diagnosis; and in 53.0% of cases the physicians also failed to verify the patient's understanding of the treatment instructions. Users' dissatisfaction with these aspects was also observed in the Brazilian WHS and highlights a longstanding discourse according to which doctors not only fail to recognize patients as "subjects" capable of taking responsibility for their own care, but also neglect to encourage patients' autonomy and participation in the treatment adherence process, preventive practices, and health promotion¹.

Furthermore, the Brazilian WHS showed that the main problems identified by health services clientele were the same in the two groups of users, namely those that paid and those that did not pay for the services provided. However, the degree of satisfaction with publicly provided care was invariably lower. Although it is plausible that users with higher socioeconomic status also have higher expectations and are thus more rigorous in rating the services provided, thereby generating greater levels of dissatisfaction, the results of the WHS do not confirm this hypothesis. Possible explanations are that this fact may lie in the better quality of private services or that expectations

are already high among the population, both for users and non-users of SUS.

According to Assis et al.¹⁹, Brazil experiences selective, exclusionary, and focused access which is related to inequalities in access to and distribution of benefits, as a function of the user's purchasing power, leading to deterioration in the quality of care provided by public services.

Another serious problem identified by analysis of the WHS data was the high percentage of individuals who felt discrimination, regardless of the form of payment for care. Discrimination was also one of the principal reasons for dissatisfaction in all dimensions of care provided. The principal sources of discrimination identified by respondents were lack of money and social class. It is important to note that the percentages of individuals who felt they had been treated worse than others on grounds of social exclusion were consistently higher among users of the National Health System, a trend that runs counter to the guiding principles of the Brazilian health system.

In short, the WHS data raised several issues at the national level which had already been identified in local studies, besides pointing to other problems detected by users. These results could help back the reorientation of health services in Brazil. However, while the instrument proposed by the WHO brought the benefits of innovation, although it was adapted to the Brazilian case, it failed to approach fundamental aspects of health care in the country, especially in relation to the identification of criteria that characterize "satisfaction" in the various population groups.

Resumo

A avaliação da satisfação com o sistema de saúde sob a ótica do usuário recoloca antigos questionamentos quanto à qualidade dos serviços oferecidos à população brasileira. Este trabalho analisa os resultados sobre satisfação com a assistência de saúde prestada (ambulatorial e internação) da Pesquisa Mundial de Saúde, realizada no Brasil no ano de 2003. Com o objetivo de explicar a satisfação com o atendimento em seus aspectos por meio de um pequeno número de fatores, foi utilizada a técnica de análise fatorial por componentes principais (ACP). Modelos de regressão múltipla permitiram identificar associações dos escores de satisfação com diferentes variáveis sócio-demográficas. O tempo de espera foi o item que demon-

strou menor grau de satisfação, no caso de atendimento ambulatorial, e a liberdade de escolha do profissional de saúde, no caso de internação. Na ACP foram extraídos três componentes, que se relacionaram à satisfação com os profissionais, serviços e resolução do problema de saúde. A regressão múltipla revelou que ter sofrido algum tipo de discriminação (por sexo, idade, pobreza, classe social, raça ou tipo de doença) e ser usuário exclusivo do SUS implica o menor grau de satisfação dos usuários com o atendimento recebido.

Qualidade Percebida; Satisfação; SUS; Discriminação no Atendimento; Análise Fatorial

Contributors

G. C. Gouveia and W. V. Souza participated in the data analysis and drafting of the article. C. F. Luna and P. B. Souza-Júnior participated in the statistical analysis. C. L. Szwarcwald participated in the data analysis and revision of the article.

Acknowledgments

This study received financial support from the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and the Departamento de Ciência e Tecnologia, Ministério da Saúde (DECIT, MS).

Referências

1. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9:139-46.
2. Comissão de Saúde, Câmara dos Deputados. Proposta política para um programa de saúde. *Saúde Debate* 1984; 33-6.
3. Costa NR. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. *Saúde Debate* 1994; 45:23-9.
4. Luz TM. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. *Saúde Debate* 1991; 32:27-32.
5. Sampaio BP. O SUS, a Constituição e a lei: A posição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde Debate* 1993; 40:9-12.
6. Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares R, organizadores. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994. p. 73-111.
7. Nitão SRV. Regulamentação do Sistema Único de Saúde: a próxima batalha. *Saúde Debate* 1989; 24:24-5.
8. Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Pública* 1992; 8:361-5.
9. Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em Hospital Universitário. *Rev Saúde Pública* 1991; 25:41-6.
10. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
11. Duchiadé MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo MC, organizador. *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. p. 14-56.
12. Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 7-30.
13. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Publicación Científica 534).
14. Vuori H. A qualidade da saúde. *Divulg Saúde Debate* 1991; 3:17-25.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
16. Ustun TB, Chatterji S, Villanueva M, Celik LBC, Sadana R, Valentine N, et al. *Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001*. Geneva: World Health Organization; 2001. (GPE Discussion Paper 37).
17. Green P. *Analyzing multivariate data*. Hinsdale: The Dryden Press; 1978.
18. Donabedian A. *La qualità dell'assistenza sanitaria*. Roma: NIS; 1990.
19. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:815-23.

Submitted on 04/May/2005

Final version resubmitted on 18/Oct/2005

Approved on 19/Oct/2005

4 ARTIGO 2: Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco - Brasil, 2005. (publicado online na Revista Ciência e Saúde Coletiva – fev. 2009)

Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Estado de Pernambuco - Brasil, 2005.

Giselle Campozana Gouveia¹, Wayner Vieira de Souza², Carlos F. Luna³, Paulo Roberto Borges de Souza-Júnior⁴ e Célia Landmann Szwarcwald⁵

(1) Mestre em Saúde Pública (Farmacêutica), Pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM). Av. Moraes Rego s/n - cep: 50.670-420 Cidade Universitária, Recife-PE. E-mail: giselle@cpqam.fiocruz.br

(2) Pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM).

(3) Pesquisador Departamento de Saúde Coletiva/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM).

(4) Pesquisador Assistente do Departamento de Informações em Saúde/CICT/Fundação Oswaldo Cruz.

(5) Pesquisador Titular do Departamento de Informações em Saúde/CICT/Fundação Oswaldo Cruz.

RESUMO

Pesquisar a satisfação dos usuários é tarefa fundamental para a gestão. Com o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Avaliativa do Estado, a Secretaria de Saúde de Pernambuco identificou como demanda avaliar o desempenho do sistema de saúde no estado. Objetivo: conhecer fatores associados à satisfação dos usuários do sistema de saúde pernambucano. Realizou-se estudo avaliativo a partir dos resultados obtidos num inquérito populacional, com dados coletados no ano de 2005 no estado de Pernambuco. A análise foi executada com emprego de métodos multivariados tendo a satisfação como variável dependente. Os principais aspectos analisados foram: qualidade dos profissionais, qualidade dos serviços de saúde e a resolutividade do sistema. As análises revelaram que o tempo de espera até o atendimento e a disponibilidade de medicamentos foram os fatores que geraram menores percentuais de satisfação dos usuários, o que leva a refletir se o acesso está de fato relacionado à oferta de serviços adequados às necessidades da população ou não, e à política de assistência farmacêutica no Estado. Concluindo, obteve-se um panorama mais completo sobre a forma como o sistema de saúde pernambucano tem respondido às expectativas de sua população sob a ótica dos usuários.

Palavras-chave: Satisfação, Sistema de Saúde, Análise Fatorial, avaliação

ABSTRACT

Researching the users' satisfaction is a key task for management. From the Project for Strengthening the Evaluation Capacity of the State, the Pernambuco Health Secretariat has defined to evaluate the health system performance as priority. The current study aimed to know the factors associated with the users' satisfaction of the Pernambuco health system. It was an evaluative study based on the results obtained in a population survey carried out on 2005 in Pernambuco. The data analysis considered the use of multivariate methods and the satisfaction as dependent variable. The main analysed aspects were the professionals quality, the health services quality and the health system resolubility. The analysis has revealed that the waiting time for health care and the availability of medicines were the factors with the lowest percentage of users' satisfaction, what generate reflections about if the access has been actually related to the offering of health services, adequate or not to the people demands and the pharmaceutical assistance policy in the state. In conclusion, it was possible to obtain a more complete overview about the about how the health system of Pernambuco has attended the people expectations by the users perspectives.

Keywords: Satisfaction, Health System, Factorial Analysis, Evaluation.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os gestores e administradores do setor saúde têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho das ações e programas de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população¹.

No contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade².

Malik; Schiesari³ afirmam que qualquer discussão a respeito de qualidade traz implícita ou explícita a noção de avaliação. Citam, ainda, Donabedian⁴, quando referem três dimensões para a qualidade dos serviços de saúde: *o desempenho técnico, as relações interpessoais e as amenidades*.

A percepção dos usuários tem sido cada vez mais utilizada como uma medida importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. Para alguns autores^{5,6}, a percepção dos cuidados é influenciada pela expectativa do usuário bem como pelos cuidados recebidos de fato.

Alguns autores⁶, afirmam que os inquéritos de satisfação não refletem, necessariamente, as variações na forma como as pessoas estão realmente sendo tratadas pelo sistema de saúde, pois em pesquisa realizada em cinco países, os valores encontrados nas taxas de satisfação foram menores para usuários dos Estados Unidos que relataram ter gasto mais tempo com o atendimento médico em sua última consulta e no entanto, os valores encontrados nas taxas de satisfação foram menores para esse país. Em outro estudo realizado em dezessete países⁷, foi revelado que os níveis de satisfação dos usuários se mostravam superiores em populações pobres comparados com as populações mais ricas o que reforça a tese de que a percepção dos cuidados é influenciada pela expectativa do usuário.

Para alguns autores^{6,8}, a responsividade é um conceito que reflete a real forma como um indivíduo é atendido nas suas necessidades de saúde pelos sistemas de saúde, portanto, espera-se que as avaliações de desempenho reflitam a realidade das experiências pessoais em termos de atendimento e cuidados em saúde, além de revelar as formas de interações entre os indivíduos e o sistema.

O uso dos serviços de saúde depende de determinantes individuais e necessidades de saúde, como a predisposição individual que influencia a capacidade de

utilização destes, e as necessidades representam o determinante mais próximo da utilização dos mesmos⁹.

Para Trad; Bastos¹⁰, abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços, portanto sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação para completar e equilibrar a qualidade dos serviços. Para Esperidião; Trad¹¹, a satisfação envolve algumas dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional; aspectos inerentes a relação médico-paciente, etc.

Já para Stenzel *et al*¹², a satisfação resulta de juízos de diversos atributos, sendo a resolubilidade da demanda um deles. Vaistman *et al*¹³ referem que a percepção dos usuários quanto às práticas de saúde nos serviços se desenvolve pela articulação de, pelo menos, quatro dimensões: a subjetividade individual, a cultura da sociedade, a rede de relações instituídas e a situação em um determinado contexto ou a experiência imediata vivida.

A qualidade em serviços públicos e, mais concretamente, nos serviços de saúde é um desafio aos seus gestores, técnicos e todos os outros profissionais que têm capacidades as quais, se bem geridas, podem originar produtos aptos a satisfazer as necessidades dos seus usuários².

Segundo Ferri *et al*¹⁴, as práticas de saúde envolvem muitas considerações para que tenham como produto final o cuidado esperado, no qual está implícito que nos serviços ocorra: acolhimento, relações de responsabilidade, autonomia dos sujeitos envolvidos, necessidades de saúde, resolubilidade, compromisso, políticas públicas, enfim, a integralidade.

Considerando que a utilização dos serviços de saúde é produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde e que um dos principais problemas para que essa interação ocorra é a forma como o usuário consegue acessar os serviços, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade¹⁵.

Cabe aqui destacar que o contexto brasileiro indica alguns fatores que podem influenciar a satisfação dos usuários, como a estrutura e organização do sistema de serviços de saúde e modelos assistenciais vigentes no país. Para Esperidião; Trad¹¹, o acesso é um atributo dos serviços bastante valorizado pelos usuários. Segundo essas autoras, o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias e que buscam os serviços de forma assistencial, interessado

mais por um padrão mínimo de sobrevivência do que pela própria qualidade dos serviços.

Sabendo-se que pesquisar a respeito da satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão dos serviços, no ano de 2004, com o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Avaliativa do Estado, a Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES-PE) identificou como uma demanda urgente avaliar o desempenho do sistema de saúde no estado, na perspectiva do usuário.

Para otimizar as estratégias de desenvolvimento da capacidade técnica e contribuir com a implementação dos Planos Estaduais, foram contratados Centros Colaboradores que prestam assessoria permanente às Secretarias Estaduais de Saúde. Foram realizadas duas pesquisas avaliativas de interesse da SES-PE, sendo elas: Avaliação do Projeto Nascer e Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB).

Pesquisa similar foi realizada em alguns municípios do Brasil nas regiões sudeste e norte, em 2005, com amostras representativas de estados apenas em Pernambuco e Rio de Janeiro¹.

O instrumento utilizado na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) brasileira¹⁶ foi adaptado para avaliação da atenção básica em saúde. Alguns módulos do instrumento original foram mais detalhados. Salienta-se que, na PMS-AB, todo o módulo de resposta do Sistema de Saúde foi mantido na íntegra como o da PMS brasileira.

A análise da PMS-AB deve aprofundar o conhecimento sobre o desempenho da atenção básica em saúde no estado, bem como, neste estudo, objetiva conhecer os fatores que estão associados à satisfação dos usuários do sistema de saúde pernambucano.

MÉTODOS:

Estudo avaliativo de corte transversal, a partir dos resultados obtidos num inquérito populacional de âmbito estadual. A análise foi realizada para o ano de 2005, em todo o estado de Pernambuco.

Foi incluída nesse estudo uma amostra probabilística de todos os indivíduos com idade igual ou acima de 18 anos, que se internaram por 24 horas ou mais, ou utilizaram serviços ambulatoriais de saúde no último ano, para o período referente à coleta de dados.

A amostra foi calculada com base no cadastro municipal do Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram selecionados 40 setores censitários em 27 municípios do estado. A situação (urbano ou rural) e porte do município (até 50000; 50000 até 400000; 400000 + habitantes) estratificaram explicitamente as unidades primárias de seleção.

A seleção dos setores censitários em cada um dos municípios foi realizada tendo como critério de eliminação os setores com menos de 20 domicílios particulares permanentes.

Em cada setor da amostra, foram selecionados dezesseis domicílios que foram escolhidos de acordo com a cota estabelecida por sexo e faixa etária. Cada estrato da amostra foi submetido ao respectivo fator de expansão permitindo análise dos resultados por inferência para 185 municípios para o Estado de Pernambuco. O nível de confiança adotado foi de 95%.

A amostra final foi estabelecida em 640 indivíduos com idade igual ou acima de 18 anos. Em cada setor, foram realizadas duas entrevistas adicionais para assegurar número suficiente de crianças com até dois anos de idade para análise estatística. A entrevista foi conduzida com a mãe da criança. O tamanho final da amostra ficou então em 720 indivíduos.

Dos 720 indivíduos selecionados aleatoriamente, 591 indivíduos se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo.

O instrumento utilizado foi adaptado do questionário brasileiro, por ocasião da realização da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). O questionário é composto de sete módulos de perguntas fechadas e, para esta análise, foi utilizado o módulo de avaliação da resposta do sistema de saúde.

O trabalho de campo foi realizado por empresa contratada para esta finalidade (IBOPE). No trabalho de campo, foi realizado processo permanente de crítica aos questionários respondidos, visando à consistência das respostas fornecidas.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva a partir das variáveis selecionadas para este estudo; seguida pela descrição do grau de satisfação a partir de um conjunto de variáveis que expressam o grau de satisfação do usuário.

A variável dependente foi “satisfação dos usuários” definida como o percentual de respostas de grau excelente ou bom para todas aquelas em que as opções contemplavam cinco níveis (nível 1 – excelente a nível 5 – péssimo).

As variáveis independentes foram sexo, idade (estratificada por faixa etária de 18 a 39 anos e 40 anos ou mais), filiação a plano privado de saúde (SUS e não SUS), tipo de assistência recebida (ambulatorial ou hospitalar), variáveis relativas ao perfil socioeconômico dos usuários (grau de escolaridade, situação de trabalho e número de bens do domicílio).

A partir da variável número de bens do domicílio foi construído um índice chamado indicador de bens (IB), conforme metodologia empregada por Szwarcwald *et al*¹⁷. Utilizou-se a fórmula $IB = \sum_i (1-f_i)b_i$ em que i varia de 1 até 10 bens, b_i é igual a 1 ou a zero, respectivamente na presença ou ausência de bem. O peso atribuído à presença de cada bem no domicílio foi o complementar da frequência relativa (f_i) de cada bem na amostra total, isto é, quanto mais rara for a presença do bem, maior o peso atribuído ao mesmo.

Os seguintes aspectos foram analisados: habilidades do profissional de saúde; disponibilidade de equipamentos; disponibilidade de medicamentos; resolução do problema; tempo gasto com o deslocamento até o serviço; tempo de espera para o atendimento; tratamento respeitoso por parte dos profissionais de saúde; respeito durante exames físicos; clareza nas explicações dos profissionais; disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o problema de saúde ou tratamento; possibilidade de obter informações sobre tratamentos ou exames alternativos; participação na tomada de decisões; privacidade junto aos profissionais de saúde; sigilo das informações; liberdade de escolha do profissional de saúde; limpeza das instalações dos serviços; espaço disponível das salas de espera e atendimento.

Os percentuais de satisfação foram analisados por “tipo de atendimento” - ambulatorial ou internação hospitalar - e por “forma de pagamento” - não pagou (SUS); pagamento por desembolso direto ou por meio do plano de saúde (não SUS).

Foi perguntado, ainda, ao indivíduo se ele sentiu discriminado no serviço de saúde por algum dos seguintes motivos: sexo, idade, falta de dinheiro, classe social, preferência sexual e tipo de doença. Calculou-se a proporção de pessoas que se sentiram discriminadas, por quaisquer motivos ora perguntados.

Na segunda etapa da análise, com o objetivo de explicar a variação total do conjunto de dados através de um pequeno número de fatores, foi utilizada a técnica de Análise Fatorial, com extração de componentes principais (ACP), que permite transformar linearmente o conjunto de variáveis originais em um conjunto substancialmente menor de variáveis não correlacionadas, as quais representam a

maioria da informação contida no conjunto original de variáveis. Após procedimento de rotação para obtenção de uma estrutura simples da matriz de cargas (591 indivíduos X 17 questões), foram identificados os três eixos ou componentes capazes de apontar os diferentes aspectos da satisfação, atribuindo-se um escore para cada indivíduo relativo a cada eixo da matriz.

Os escores de cada componente principal foram transformados em uma escala variando de 0 a 100, em que o valor zero corresponde ao escore mínimo de satisfação enquanto o valor 100, ao nível máximo.

Testes (t) foram realizados para analisar as diferenças no escore médio de satisfação de cada componente segundo as seguintes variáveis: sexo; grau de escolaridade – ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e mais; faixa etária – 18 a 39 anos, 40 anos e mais; sentimento de discriminação por algum motivo – sim, não; forma de pagamento – SUS, Não-SUS; situação de trabalho – trabalha, desempregado; indicador de bens – até 1 e > 1.

Na terceira etapa, para cada componente encontrado, foram identificadas as variáveis mais fortemente correlacionadas, sendo realizada análise com modelo de regressão linear múltipla para os dois tipos de atendimento. O escore médio da satisfação foi utilizado para fazer a regressão de cada componente principal. A variável dependente foi o escore de satisfação e as variáveis independentes foram sexo, escolaridade, idade, discriminação, forma de pagamento, situação de trabalho e indicador de bens.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa SPSS (VERSÃO 8.0). A análise foi feita no nível individual, tendo como variável resposta o escore de satisfação.

RESULTADOS

Dos 591 usuários entrevistados, 87,6% receberam assistência ambulatorial no ano anterior à pesquisa, sendo 73,0% de usuários do SUS. Em relação aos 12,4% dos usuários que se internaram no ano anterior à pesquisa, 84,9% utilizaram o SUS no seu atendimento.

A população alvo deste estudo foi de pessoas com 18 anos ou mais. Dentre esta população, as pessoas com idade de 18 a 39 anos representam 47,6% de indivíduos no estado de Pernambuco.

A análise do perfil socioeconômico e demográfico das pessoas que receberam atendimento ambulatorial revelou que, dentre os usuários do SUS, 59,8% tinham entre

18 e 39 anos de idade, enquanto que dentre os que pagaram pelo atendimento 69,3% pertenciam a essa faixa. O sexo feminino predominou nas duas formas de atendimento. Pessoas com ensino fundamental completo representavam 69,3% dos usuários Não-SUS, enquanto que para os usuários do SUS predominaram aqueles com ensino fundamental incompleto (70,6%). Mais de 50% dos usuários, independentemente da forma de pagamento, são pessoas que não trabalham e com pouco número de bens, sendo que para o SUS esses percentuais são superiores aos encontrados para os usuários Não-SUS. As diferenças de proporções das variáveis escolaridade, situação de trabalho e número de bens foram significantes, quando comparados os usuários do SUS em relação aos Não-SUS.

Das pessoas que se internaram no ano anterior ao período da coleta dos dados, a análise revelou que o SUS foi responsável por 67,8% das internações na faixa etária de 18 a 39 anos e 32,2% das pessoas com 40 anos e mais. Entre os usuários Não-SUS, 72,8% tinham entre 18 e 39 anos de idade e 27,2% tinham 40 anos e mais. O sexo feminino foi predominante independentemente da forma de pagamento da assistência (58,3 % Não-SUS e 78,7% SUS). A grande maioria dos usuários Não-SUS tem ensino fundamental completo ou mais (83,3%), enquanto que dentre os usuários do SUS o predomínio foi de pessoas com o nível de escolaridade do ensino fundamental incompleto (63,9%). Como revelado para o atendimento ambulatorial, mais de 50% dos usuários, independentemente da forma de pagamento, são pessoas que não trabalham e com pouco número de bens, sendo que para o SUS esses percentuais são bem superiores aos encontrados para os usuários Não-SUS. A escolaridade foi a única variável que revelou diferenças significantes entre os usuários do SUS em relação aos Não-SUS.

Quanto aos aspectos relacionados à avaliação, para as duas formas de atendimento, “a disponibilidade de medicamentos” e “o tempo de espera até o atendimento” obtiveram os menores graus de satisfação por parte dos usuários, dentre todos os aspectos analisados. O “respeito à intimidade” e o “sigilo das informações pessoais” obtiveram os maiores percentuais de satisfação. Soma-se o aspecto “Habilidades do profissional de saúde” ao elevado percentual de satisfação quando da internação hospitalar (Tab.1).

Ainda analisando a tabela 1, praticamente todos os aspectos do atendimento ambulatorial foram mais mal avaliados pelos usuários do SUS em relação aos Não-SUS. O mesmo não aconteceu quando o indivíduo precisou ser internado. O “tempo de

deslocamento” e a “participação nas decisões sobre a conduta” foram mais bem avaliados pelos usuários do SUS em relação aos Não-SUS.

Cerca de 1% dos usuários que receberam atendimento ambulatorial pelo SUS se sentiram discriminados por falta de dinheiro e pela classe social. Em relação à análise da discriminação quando o usuário foi internado, cerca de 1,5% dos usuários (SUS) se sentiram discriminados pelos mesmos motivos que os usuários do atendimento ambulatorial, e 8,3% (Não-SUS) se sentiram discriminados em função da cor da pele. Salienta-se que, pelo tamanho da amostra, nenhuma diferença entre SUS e Não-SUS mostrou-se estatisticamente significativa.

A tabela 2 revela os resultados da análise segundo os componentes principais, mostrando que para o atendimento ambulatorial, 24,3% da variação foi explicada pelo primeiro componente, que está relacionado com os fatores ligados ao profissional de saúde. O segundo componente explica 19,3% da variação total e está relacionado aos aspectos ligados aos serviços de saúde, e o último componente explica 11,2% e está relacionado à resolutividade do problema de saúde.

Para a internação hospitalar, 33,8% da variação foi explicada pelo primeiro componente, seguidos de 15,7% para o segundo e 14,5% para o terceiro.

O ponto de corte para análise de correlação das variáveis do estudo em relação a cada componente encontrado foi de 50% (0,5 em valor absoluto) e está em negrito.

Para os dois tipos de atendimento analisados neste estudo, as variáveis de avaliação sobre clareza das explicações do profissional de saúde, tempo para fazer perguntas sobre problema ou tratamento de saúde, possibilidade de obter informações sobre tratamentos alternativos, privacidade com os profissionais de saúde e sigilo das informações pessoais obtiveram valores de correlação maiores no componente 1, que está relacionado aos fatores ligados ao profissional de saúde.

Para o atendimento ambulatorial somam-se mais duas variáveis fortemente correlacionadas ao componente 1, as quais foram a participação nas decisões sobre a conduta e a liberdade de escolha do profissional de saúde.

Já para o atendimento hospitalar, foram observadas mais três variáveis correlacionadas ao componente ligado ao profissional de saúde: habilidades do profissional de saúde, respeito na maneira de receber e tratar o usuário e respeito à intimidade durante exame físico.

O segundo componente analisado está relacionado aos aspectos ligados aos serviços de saúde, e para o atendimento ambulatorial as variáveis mais fortemente

correlacionadas foram a disponibilidade de equipamentos, a disponibilidade de medicamentos, o tempo de espera até ser atendido, a limpeza das instalações incluindo banheiros e o espaço das salas de espera e atendimento.

Quando se analisou o componente 2, segundo o atendimento por internação hospitalar, o tempo de deslocamento e a participação nas decisões sobre a conduta, foram as variáveis que tiveram maior correlação.

O último componente analisado está ligado à resolutividade do problema de saúde, e os respondentes que tiveram atendimento ambulatorial avaliaram a resolução de seu problema, o tempo de deslocamento, o respeito à intimidade durante exame físico como sendo as variáveis mais fortemente correlacionadas ao componente 3. A análise desse componente, quando da internação hospitalar, apontou a disponibilidade de equipamentos, a limpeza das instalações incluindo banheiros e o espaço das salas de espera e atendimento como sendo as variáveis com maior valor de carga nesse componente.

Ainda analisando a tabela 2, para o atendimento ambulatorial, a variável “habilidades do profissional de saúde” está relacionada aos componentes ligados ao profissional de saúde e ao serviço de saúde. A variável “respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo” está correlacionada aos três componentes analisados, ou seja, para o usuário, o respeito na maneira de ser recebido e tratado está relacionado ao profissional de saúde, ao serviço de saúde e à resolutividade do problema de saúde.

A disponibilidade de medicamentos e a liberdade de escolha do profissional de saúde são variáveis que estão correlacionadas aos três componentes analisados, quando se analisa a assistência hospitalar. A variável “tempo de espera até ser atendido” transita ora nos componentes ligados ao profissional de saúde, ora no componente ligado ao serviço de saúde.

A análise das diferenças nos escores médios de satisfação está apresentada na tabela 3. Em relação ao atendimento ambulatorial, o componente relativo às condições dos serviços de saúde apresentou o menor grau médio de satisfação (59,31) sob a ótica do usuário. O terceiro componente, relativo à resolutividade do problema de saúde, obteve um grau médio de satisfação (62,61) melhor do que o componente anterior, mas não se distanciou muito da avaliação relativa aos serviços de saúde. O componente que apresentou o maior grau médio de satisfação foi o relativo à avaliação dos profissionais de saúde, com valor próximo a 70.

Quando a assistência se deu através de internação hospitalar, o componente que apresentou maior grau médio de satisfação foi o relativo à avaliação do profissional de saúde (72,36), distanciando-se, relevantemente, do componente ligado às condições dos serviços de saúde (64,74) e do componente que mede a satisfação em relação ao componente referente à resolução dos problemas de saúde (62,05) (Tab.3).

Para o atendimento ambulatorial, os graus médios de satisfação mostram diferenças significativas para a escolaridade quando esta se refere aos componentes relacionados ao serviço de saúde e resolução de problemas. As diferenças foram significativas para as variáveis indicador de bens, idade e forma de pagamento; em relação aos dois primeiros componentes, sendo estes relativos à avaliação do tratamento recebido dos profissionais de saúde e das condições dos serviços de saúde (respectivamente). Houve diferença significativa para a variável discriminação quando esta se deu em relação ao tratamento recebido por parte dos profissionais de saúde para os dois tipos de atendimento recebido (Tab.3).

Ainda na tabela 3, a análise das diferenças dos escores médios de satisfação para o atendimento hospitalar revelou que existem diferenças significantes nos escores médios de satisfação para as variáveis, sexo e situação de trabalho, quando esta está relacionada às condições dos serviços de saúde. As variáveis idade e forma de pagamento apresentaram diferenças significantes apenas quando estas estão relacionadas à resolutividade dos problemas de saúde.

A análise da influência conjunta das variáveis, sexo, idade, grau de escolaridade, situação de trabalho, indicador de bens, forma de pagamento e sentimento de discriminação sobre o grau de satisfação com o atendimento, por componente, revelou que apenas o sentimento de discriminação foi consistentemente associado ao grau de satisfação com o atendimento na assistência ambulatorial. Embora os coeficientes correspondentes às demais variáveis tenham sido significativos em alguns componentes, os efeitos não foram sistemáticos e algumas vezes se mostraram com sentidos contrários (Tab.4).

Em síntese, para o atendimento ambulatorial, independentemente do número de bens que o usuário possua ser jovem, ter sofrido alguma discriminação e ser usuário do SUS gerou menores graus de satisfação em relação aos componentes que apresentam os fatores relacionados ao profissional de saúde e às condições dos serviços de saúde. Curiosamente, ter baixa escolaridade não influenciou num menor grau de satisfação quando se analisou o componente relacionado às condições dos serviços de saúde.

Nesse mesmo tipo de atendimento, ser mulher e ter sofrido alguma discriminação está fortemente associado a um menor grau de satisfação quando da resolução do problema de saúde.

Quando da internação hospitalar, ter sido discriminado e ser usuário do SUS gerou menor satisfação com os fatores relacionados ao profissional de saúde. Para o componente ligado às condições dos serviços de saúde, ser jovem e desempregado resultou numa menor satisfação, enquanto ser mulher e ter um maior número de bens apresentou melhores graus de satisfação para este componente.

Os jovens e usuários do SUS, invariavelmente, sentiram-se menos satisfeitos com a resolução do problema de saúde quando precisaram ser internados.

DISCUSSÃO

A avaliação da satisfação sob a ótica dos usuários dos serviços de saúde exhibe quadro complexo, ainda em fase de produção de conhecimento mais do que de consolidação desse conhecimento, exigindo dos pesquisadores grande flexibilidade na escolha do método avaliativo e dos indicadores que mais se adequam às suas realidades e às necessidades do sistema.

A análise dos dados da PMS-AB revelou que, no sistema de saúde pernambucano, existe predominância de atendimentos às pessoas jovens, do sexo feminino, em sua maioria sem trabalho e com poucos bens por domicílio. Os níveis de escolaridade mais baixos foram predominantes entre os usuários do SUS em relação às pessoas que de alguma forma pagaram pelo seu atendimento. Segundo Bós; Bós¹⁸, pessoas com melhor educação teriam melhor conhecimento sobre a sua situação de saúde e, em geral, melhores condições socioeconômicas, o que possibilitaria a procura de outra alternativa de atendimento incluindo aqueles pagos. Os resultados do presente trabalho confirmam essa hipótese.

Conforme explicam Souza e Pereira¹⁹, a idéia que o paciente tem de saúde irá influenciar no julgamento da qualidade. Alguns autores^{20,21} citam que, na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à satisfação, devemos conhecer as necessidades e os desejos dos pacientes.

Nesse trabalho, o tempo de espera até o atendimento e a disponibilidade de medicamentos gerou os menores percentuais de satisfação dos usuários do sistema de saúde em Pernambuco, o que leva a refletir se o acesso está de fato relacionado à oferta de serviços adequados às necessidades da população²² ou não, e à política de assistência farmacêutica no Estado. Esses resultados corroboram os achados de outros autores^{23,24}, que revelam, entre os aspectos mais negativos do atendimento nas unidades de saúde, a demora no atendimento e a falta de medicamentos.

Para Ferri *et al*¹⁴, num estudo realizado em uma cidade do interior de São Paulo, a demora para o atendimento foi motivo de grande insatisfação por parte de quem usa os serviços de saúde. Segundo essas autoras, como o atendimento oferecido foi considerado bom, os usuários se satisfizeram pela resolubilidade. As autoras afirmam que o tempo de espera deve ser uma preocupação por parte da equipe, no que diz respeito ao atendimento, pois está muito longe de se ter qualidade nesse quesito.

Com o processo de descentralização da assistência farmacêutica, promovendo a gestão local dos recursos financeiros e a operacionalização da aquisição de

medicamentos, houve um avanço na direção de um dos eixos que estruturam a organização do SUS, mas evidenciaram-se limites e dificuldades concernentes ao seu processo de implantação. O medicamento é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, cuja falta pode significar interrupções constantes no tratamento, o que afeta a qualidade de vida dos usuários e gera insatisfação com o sistema de saúde como um todo^{14,25}.

Desde que a Política Nacional de Medicamentos foi aprovada em 2001, foi garantido à população o acesso aos medicamentos considerados essenciais²⁶. Esse preceito vai de encontro aos achados no presente trabalho, pois um dos fatores que mais gerou insatisfação foi a indisponibilidade de medicamentos.

Em relação às dificuldades de acesso, alguns autores²⁷ que estudaram a satisfação de beneficiários de planos de saúde, colocam que as dificuldades de acesso ao atendimento do serviço público de saúde levam uma parcela grande dos cidadãos a procurar os planos de saúde.

Além dessa dificuldade enfrentada por parcelas significativas da população, somam-se as desigualdades relacionadas ao tempo de espera para os usuários serem atendidos. Pessoto *et al*²⁸, em pesquisa realizada no Estado de São Paulo, demonstrou que os usuários do SUS esperam pelo atendimento quase três vezes mais do que os usuários que pagam pelos serviços de saúde. Segundo esses autores, é nos serviços ambulatoriais que se encontram as maiores desigualdades desse aspecto, o que corrobora com os achados encontrados para este estudo, em que os níveis de satisfação com o tempo de espera para o atendimento são sempre menores para os usuários do SUS.

Por outro lado, os níveis de satisfação em relação aos aspectos associados à relação interpessoal do atendimento foram elevados, o que corrobora com os resultados encontrados em um estudo realizado no Sri-Lanka⁵, onde os autores encontraram que em alguns hospitais o nível de satisfação com o atendimento era elevado e estava diretamente relacionado à satisfação com o atendimento médico. Para esses autores, mesmo que o estabelecimento de saúde seja precário em termos de equipamentos, deve-se procurar manter o bom relacionamento interpessoal.

Outro aspecto analisado neste trabalho foi o relativo à discriminação sofrida pelos usuários, sendo encontrados baixos percentuais de indivíduos que relataram ter sofrido algum tipo de discriminação quando de seu atendimento em saúde. Nos dias atuais, com a publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde²⁹, torna-se inaceitável que

ainda assim persistam, mesmo que em pequeno número, relatos de discriminação na assistência em saúde no estado de Pernambuco.

Na PMS brasileira, os achados revelaram um alto percentual de pessoas que se sentiram discriminadas. A falta de dinheiro e a classe social foram relatadas como as principais causas de discriminação³⁰. Em Pernambuco o principal motivo relatado foi em relação à cor da pele (8,3%). Isso remete a refletir que, no Brasil, país fortemente inter-racial, ainda persistem aspectos cruciais em relação à discriminação racial.

Através do uso da técnica de componentes principais, foi possível apontar para três grandes eixos, como foi revelado por Gouveia *et al.*³⁰, na análise da PMS brasileira. Esses eixos estão fortemente correlacionados às variáveis que expressam satisfação dos usuários com o atendimento recebido por parte dos profissionais de saúde; às condições dos serviços de saúde e à resolução dos problemas de saúde.

Os dados da PMS-AB mostraram que o acesso está fortemente correlacionado às condições de atendimento dos serviços de saúde e esse componente foi o responsável pelo menor grau médio de satisfação encontrado no presente trabalho como demonstrado por alguns autores^{30,31,32}.

Dentre as variáveis estudadas, as diferenças dos escores médios de satisfação não foram significativas apenas para o sexo e a situação de trabalho, quando do atendimento ambulatorial; já para a internação hospitalar, as diferenças não foram significativas apenas para a escolaridade e para o indicador de bens. Esses resultados revelam que para o estado de Pernambuco, independentemente da forma de pagamento do serviço de saúde, essas variáveis não geram maior ou menor satisfação. Para Travassos *et al.*³³, a diminuição da associação da escolaridade com acesso aos serviços de saúde pode estar associada ao aumento do nível de escolaridade da população ocorrido nos últimos anos.

Uma possível limitação deste estudo é inerente ao fato de que o olhar do usuário varia de acordo com a expectativa do mesmo em relação ao atendimento recebido. As manifestações certamente não foram uniformes nem constantes, mas trazem consigo fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores econômicos, políticos, culturais¹⁴, que certamente influenciaram os resultados obtidos no estudo.

Concluindo, a partir dos resultados apresentados, foi possível obter um panorama sobre a forma como o sistema de saúde pernambucano tem respondido às expectativas e anseios de sua população. É importante enfatizar a necessidade de pesquisas futuras no sentido de aprofundar questões relacionadas à assistência farmacêutica no Estado, bem

como as questões relativas à organização dos serviços no intuito de minimizar o tempo de espera para atendimento de seus usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- SZWARCOWALD, C. L., MENDONÇA, M. H. M., ANDRADE, C.L. - Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 11(3):643-655, 2006
- 2 - PISCO, L. A. - A avaliação como instrumento de mudança. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 11(3):566-568, 2006 jul./set. 2006,. ISSN 1413-8123
- 3 - MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.3).
- 4 - DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab. Méd.*, v.114, p.1115-8, 1990.
- 5 - SENARATH, U., FERNANDO, D. N., RODRIGO, I. - Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka - *Tropical Medicine and International Health*, 11(9):1442–1451, september 2006.
- 6 - MURRAY, C. J. L., KAWABATA, K., VALENTINE, N. - People's Experience Versus People's Expectations. Satisfaction measures are profoundly influenced by expectations, say these WHO researchers. *Health affairs*, 20(3), May/June 2001.
- 7 – BLENDON, R. J., SCHOEN, C., DESROCHES, C. M., OSBORN, r., SCOLES, K. L., ZAPERT, K. - Inequities in Health Care: A Five-Country Survey. Access-to-care experiences across the five countries tend to vary along with the countries' insurance coverage policies - *Health Affairs*, 21(3), May/June 2002.
- 8 - WHO – World Health Organization - *Health System Performance. What is the WHO Health System Performance Framework?* Acesso em 12 de junho de 2008. Disponível em: <http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm>.
- 9 - TRAVASSOS, C., MARTINS, M. - Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, sup.2, p. 190-198, 2004.
- 10 - TRAD, L. A B.; BASTOS, A C. S., - O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(2):429-435, abr-jun, 1998.
- 11 - ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. - Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10 (sup): 303-312, 2005.

- 12 - STENZEL, A.C.B.; MISOCZKY, M.C.A.; OLIVEIRA, A.I. Satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY, M.C.; BORDIN, R. (Orgs.). *Gestão local em Saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. p.87-102.
- 13 - VAITSMAN J., ANDRADE, G. R. B., FARIAS, L. O., MÉDICI, M. E., NASCIMENTO, L.R. - *Projeto Gestão de Qualidade e Satisfação dos Usuários em Organizações Públicas de Saúde. Um estudo piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – IPEC*. Rio de Janeiro – FAPERJ. ENSP/FIOCRUZ.
- 14 - FERRI, S. M. N., PEREIRA, M. J. B., MISHIMA, S. M., CACCIA-BAVA, M. C. G., ALMEIDA, M. C. P. - As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.
- 15 - RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. - Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.
- 16 - SZWARCOWALD, C. L.; VIACAVA, F.. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. *Cad. Saúde Pública* v.21 supl.1 Rio de Janeiro, 2005.
- 17 - SZWARCOWALD, C. L., LEAL, M. C., GOUVEIA, G. C., SOUZA, W. V. – Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (Supl 1):S11-S22, dez., 2005.
- 18 - BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. - Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):113-20.
- 19 – SOUZA, E. M.; PEREIRA, M. - A satisfação do usuário na avaliação dos serviços de saúde. *Brasília Médica* 36 (1/2):33-36, 1999.
- 20 - TANAKA, O. Y. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, jul./set. 2006, vol.11, no.3, p.571-572. ISSN 1413-8123.
- 21 - SANTOS, S.R.; LACERDA, M.C.N. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. *Rev. Bras. Enferm.*, v.52, n.1, p.43-53, 1999.
- 22- UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: *Distrito Sanitário* in: MENDES, E. V.(org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- 23 – IBOPE – Atendimento na unidades públicas de saúde. Seção Opinião Pública – Área: Análises e índices\2000. Acessado em 13/02/2007, <http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=6&proj=Portall>.

- 24 – KLOETZEL, K., BERTONI, A.M., IRAZOQUI, M.C., CAMPOS, V.P.G., SANTOS, R.N. – Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14 (3):623-628, jul-set.,1998.
- 25 - BRASIL – Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília/DF, 2006. Acessado em 08/05/2008, http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aquisicao_medicamentosfinal.pdf.
- 26 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 27 - GERSCHMAN, Silvia *et al* . Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc. Saúde Coletiva* , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.
- 28 - PESSOTO, U. C., HEIMANN, L. S., BOARETTO, R. C. *et al.* Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, mar./abr. 2007, vol.12, no.2, p.351-362. ISSN 1413-8123.
- 29 - BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde : ilustrada / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 978-85-334-1358-0.
- 30 - GOUVEIA, G.C., SOUZA, W.V., LUNA, C. F., SOUZA-JÚNIOR, P.R.B., SZWARCOWALD, C. L. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad. Saúde Pública*, 2005, vol.21 sup.1, p.S109-S118. ISSN 0102-311X.
- 31 - ASSIS M.M.A., VILLA T.C.S., NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8 n° 3:815-823, Rio de Janeiro – ISSN 1413-8123.
- 32 - DONABEDIAN, A. – Evolución de la Calidad de la Atención Médica. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica, 534), 1992.
- 33 - RIBEIRO, J.M., COSTA, N.R., PINTO, L.F.S., SILVA, P.L.B. - Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad. Saúde Pública* v.20 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2004.

34 - RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. - O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva*, jan./fev. 2008, vol.13, no.1, p.23-34. ISSN 1413-8123.

35 – TRAVASSOS, C., OLIVEIRA, E. X. G., VIACAVAL, F. – Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil:1998 e 2003. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 11(4):975-986, 2006.

Tabela 1: Percentual (%) de satisfação segundo tipo de assistência, forma de pagamento e aspectos relacionados à avaliação do atendimento. Pernambuco, 2005.

Atendimento Ambulatorial						
Aspecto	Forma de pagamento				Total	
	Não SUS		SUS		N	%
	N	%	N%	%		
Resolução do problema	121	87,7	287	77,2	408	80,0
Tempo de deslocamento	102	72,9	271	72,3	373	72,4
Tempo de espera até ser atendido	96	68,6	217	57,9	313	60,8
Respeito no tratamento	133	95,0	317	84,3	450	87,2
Respeito à intimidade	133	96,4	335	90,8	468	92,3
Clareza das explicações	134	95,7	328	87,2	462	89,5
Tempo para fazer perguntas	128	91,4	310	82,4	438	84,9
Possibilidade obter informações sobre tratamentos alternativos	116	85,3	283	77,1	399	79,3
Participação nas decisões sobre a conduta	122	87,8	294	79,9	416	82,1
Privacidade com os profissionais de saúde	131	94,2	324	86,6	455	88,7
Sigilo das informações pessoais	132	95,7	332	89,7	464	91,3
Liberdade de escolha do profissional de saúde	120	87,0	266	73,7	386	77,4
Limpeza das instalações	127	94,1	264	73,1	391	78,8
Espaço das salas de espera e dos exames	122	87,1	274	73,3	396	77,0
Habilidades do profissional de saúde satisfatórias	134	96,4	308	81,9	442	85,8
Disponibilidade de equipamentos	123	87,9	269	71,7	392	76,1
Disponibilidade de medicamentos	63	56,3	205	56,6	268	56,5
Internação Hospitalar						
Aspecto	Forma de pagamento				Total	
	Não SUS		SUS		N	%
	N	%	N%	%		
Resolução do problema	11	91,7	46	75,4	57	78,1
Tempo de deslocamento	7	58,3	46	78,0	53	74,6
Tempo de espera até ser atendido	8	66,7	38	64,4	46	64,8
Respeito no tratamento	11	91,7	52	83,9	63	85,1
Respeito à intimidade	12	100,0	54	87,1	66	89,2
Clareza das explicações	12	100,0	51	83,6	63	86,3
Tempo para fazer perguntas	11	100,0	48	78,7	59	81,9
Possibilidade obter informações sobre tratamentos alternativos	11	100,0	44	72,1	55	76,4
Participação nas decisões sobre a conduta	10	83,3	51	85,0	61	84,7
Privacidade com os profissionais de saúde	11	100,0	48	78,7	59	81,9
Sigilo das informações pessoais	12	100,0	53	86,9	65	89,0
Liberdade de escolha do profissional de saúde	11	100,0	43	71,7	54	76,1
Limpeza das instalações	12	100,0	35	59,3	47	66,2
Espaço das salas de espera e dos exames	9	81,8	39	66,1	48	68,6
Habilidades do profissional de saúde satisfatórias	12	100,0	55	88,7	67	90,5
Disponibilidade de equipamentos	11	100,0	51	83,6	62	86,1
Disponibilidade de medicamentos	8	67,8	35	58,3	43	59,7

Fonte: Pesquisa Mundial de Saúde-AB: Pernambuco 2005

Tabela 2: Resultados da análise fatorial por tipo de assistência: cargas nos três primeiros componentes principais. Pernambuco, 2005.
Respostas satisfatórias (avalia como excelente e bom)

Atendimento Ambulatorial			
Aspecto (Avaliação)	Componentes		
	1	2	3
Habilidades do profissional de saúde	0,476	0,479	0,121
Disponibilidade de equipamentos	0,416	0,644	0,018
Disponibilidade medicamentos	0,148	0,618	0,247
Resolução do seu problema	0,209	0,271	0,576
Tempo de deslocamento	0,028	0,085	0,731
Tempo de espera até ser atendido	0,100	0,557	0,390
Respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo	0,466	0,380	,400
Respeito à intimidade durante exame físico	0,366	0,043	0,577
Clareza das explicações do profissional de saúde	0,704	0,229	0,119
Tempo para fazer perguntas sobre problema ou tratamento	0,713	0,289	0,008
Possibilidade de obter informações sobre tratamentos Alternativos	0,663	0,437	0,038
Participação nas decisões sobre a conduta	0,761	0,087	0,222
Privacidade com os profissionais de saúde	0,670	0,114	0,317
Sigilo das informações pessoais	0,720	0,038	0,364
Liberdade de escolha do profissional de saúde	0,516	0,408	0,077
Limpeza das instalações, incluindo banheiros	0,206	0,752	0,066
Espaço das salas de espera e atendimento	0,093	0,803	0,083
% de variância	24,3%	19,3%	11,2%
Internação Hospitalar			
Aspecto (Avaliação)	Componentes		
	1	2	3
Habilidades do profissional de saúde	0,868	0,049	0,111
Disponibilidade de equipamentos	0,339	0,433	0,547
Disponibilidade medicamentos	0,234	0,303	0,479
Resolução do seu problema	0,593	0,345	0,262
Tempo de deslocamento	-0,084	0,864	0,060
Tempo de espera até ser atendido	0,396	0,379	-0,010
Respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo	0,721	-0,147	0,235
Respeito à intimidade durante exame físico	0,882	0,034	0,155
Clareza das explicações do profissional de saúde	0,740	0,305	0,149
Tempo para fazer perguntas sobre problema ou tratamento	0,760	0,379	0,023
Possibilidade de obter informações sobre tratamentos Alternativos	0,607	0,452	0,107
Participação nas decisões sobre a conduta	0,387	0,654	0,048
Privacidade com os profissionais de saúde	0,749	0,374	0,032
Sigilo das informações pessoais	0,787	0,339	0,184
Liberdade de escolha do profissional de saúde	0,428	0,486	0,303
Limpeza das instalações, incluindo banheiros	0,056	0,023	0,896
Espaço das salas de espera e atendimento	0,061	-0,063	0,900
% de variância	33,8%	15,7%	14,5%

Fonte: Pesquisa Mundial de Saúde-AB: Pernambuco 2005

Tabela 3: Média e erro padrão dos escores de satisfação por componente principal e tipo de assistência segundo variáveis sócio-demográficas, forma de pagamento e sentimento de discriminação. Pernambuco, 2005.

Atendimento Ambulatorial				
Variáveis	Níveis	Componentes		
		Profissional de Saúde	Serviço de Saúde	Resolução de Problemas
Sexo	Masculino	69,83 ± 1,42	59,93 ± 1,78	64,63 ± 1,18
	Feminino	70,54 ± 1,06	58,97 ± 1,24	61,52 ± 0,95
Escolaridade	Fundamental incompleto	70,18 ± 1,06	61,69 ± 1,17	61,54 ± 1,00
	Fundamental completo e +	70,47 ± 1,43	55,46 ± 1,85**	64,36 ± 1,08*
Situação de trabalho	Trabalha	71,09 ± 1,31	60,03 ± 1,68	62,68 ± 1,27
	Desempregado	69,80 ± 1,11	58,87 ± 1,28	62,58 ± 0,92
Indicador de Bens	Até 1	71,92 ± 1,15	62,38 ± 1,37	61,59 ± 1,16
	> 1	69,00 ± 1,21**	56,90 ± 1,45**	63,42 ± 0,98
Idade	18 a 39 anos	68,74 ± 1,14	56,92 ± 1,36	62,35 ± 0,94
	40 anos e +	73,17 ± 1,14**	63,74 ± 1,39**	63,11 ± 1,23
Discriminação	Sim	41,18 ± 8,55	37,47 ± 5,69	51,28 ± 6,79
	Não	70,90 ± 0,82*	59,77 ± 1,02	62,85 ± 0,75
Forma de pagamento	Não SUS	73,27 ± 1,37	66,14 ± 1,44	63,15 ± 1,28
	SUS	69,28 ± 1,03*	56,99 ± 1,25**	62,43 ± 0,90
Total		70,29 ± 0,85	59,31 ± 1,02	62,61 ± 0,75
Internação Hospitalar				
Variáveis	Níveis	Componentes		
		Profissional de Saúde	Serviço de Saúde	Resolução de Problemas
Sexo	Masculino	72,21 ± 4,84	58,78 ± 6,95	63,42 ± 7,19
	Feminino	73,67 ± 3,00	66,36 ± 2,57*	61,67 ± 3,89
Escolaridade	Fundamental incompleto	70,74 ± 3,71	62,35 ± 3,61	68,91 ± 4,19
	Fundamental completo e +	76,40 ± 3,45	67,52 ± 3,43	54,09 ± 5,23
Situação de trabalho	Trabalha	77,86 ± 3,66	72,42 ± 3,12	5,75 ± 5,98
	Desempregado	71,64 ± 3,24	61,82 ± 3,17*	66,34 ± 3,97
Indicador de Bens	Até 1	74,38 ± 3,50	67,41 ± 3,54	64,64 ± 5,02
	> 1	72,53 ± 3,70	62,60 ± 3,52	59,96 ± 4,65
Idade	18 a 39 anos	75,90 ± 2,85	63,96 ± 3,30	55,34 ± 4,43
	40 anos e +	67,98 ± 5,13	66,40 ± 3,59	76,21 ± 3,42**
Discriminação	Sim	31,62 ± 37,94	59,29 ± 9,31	82,37 ± 11,10
	Não	74,70 ± 2,30**	64,92 ± 2,58	61,39 ± 3,47
Forma de pagamento	Não SUS	82,51 ± 2,45	62,41 ± 5,49	74,83 ± 4,72
	SUS	71,56 ± 2,97	65,20 ± 2,82	59,54 ± 3,89*
Total		72,36 ± 2,56	64,74 ± 2,51	62,05 ± 3,40

Fonte: Pesquisa Mundial de Saúde-AB: Pernambuco 2005

*Significante ao nível de 5%; ** Significante ao nível de 1%

Tabela 4: Resultados dos modelos de regressão linear múltipla tendo como variáveis dependentes os escores de satisfação por componente principal e tipo de assistência. Pernambuco, 2005.

Atendimento Ambulatorial						
Variáveis	Profissional de Saúde		Serviço de Saúde		Resolução de Problemas	
	β	Valor de p	β	Valor de p	β	Valor de p
Sexo Feminino	0,54	0,767	-0,85	0,689	-3,68	0,026
Fundamental incompleto	-1,37	0,483	7,47	0,001	-3,37	0,057
Desempregado	-1,11	0,537	-1,24	0,554	1,57	0,334
Indicador de bens	3,43	0,055	5,63	0,007	-1,16	0,471
Idade (18-39 anos)	-4,40	0,015	-5,13	0,015	-1,27	0,434
Foi discriminado	-26,35	<0,001	-15,16	0,029	-13,11	0,014
SUS	-3,95	0,056	-13,58	<0,001	1,33	0,474
Internação Hospitalar						
Variáveis	Profissional de Saúde		Serviço de Saúde		Resolução de Problemas	
	β	Valor de p	β	Valor de p	β	Valor de p
Sexo Feminino	6,87	0,325	17,03	0,016	15,94	0,074
Fundamental incompleto	-2,53	0,680	-9,69	0,116	12,42	0,114
Desempregado	-5,25	0,370	-13,90	0,019	7,10	0,339
Indicador de bens	8,08	0,152	13,92	0,015	7,37	0,301
Idade (18-39 anos)	1,66	0,793	-16,28	0,012	-21,62	0,009
Foi discriminado	-49,79	0,001	-16,08	0,252	11,3	0,536
SUS	-14,92	0,045	-0,22	0,975	-29,60	0,002

Fonte: Pesquisa Mundial de Saúde-AB: Pernambuco 2005

5 ARTIGO 3: Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais.

User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences

Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais

User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences

Giselle Campozana Gouveia^I

Wayner Vieira de Souza^I

Carlos F. Luna^I

Paulo Roberto Borges de Souza-Júnior^{II}

Célia Landmann Szwarcwald^{II}

^I Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

^{II} Departamento de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz.

Correspondência: Giselle Campozana Gouveia. Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) - Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/nº - Cidade Universitária - Recife, PE CEP 50670-420. E-mail: giselle@cpqam.fiocruz.br

Resumo

Desenvolver modelos de avaliação de satisfação que permitam comparar sistemas de saúde de diversos países é um esforço recente no Brasil. Esse tipo de avaliação representa importante ferramenta para desenvolver estratégias de gestão para o setor. Objetivo: identificar fatores e avaliar diferenças regionais do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro, analisando os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) e Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica (PMS-AB). Foi realizado estudo avaliativo de corte transversal, onde as amostras foram selecionadas de forma aleatória. Foram incluídas pessoas maiores de 18 anos que utilizaram o sistema de saúde em períodos anteriores às coletas de dados. Enquadraram-se nos critérios de inclusão 3.932 usuários da PMS e 591 da PMS-AB. Aplicou-se modelo logístico multivariado, tendo como variável dependente a satisfação e, como variáveis independentes, sexo, idade, escolaridade, forma de pagamento de serviço, situação conjugal, autopercepção de saúde, doença de longa duração, diagnóstico de depressão, tristeza, número de moradores por domicílio, tipo de construção, estratos geográficos e indicador de bens. Os resultados revelaram que ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e autopercepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro. Os moradores da Região Sul do país estão mais satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto para pernambucanos as chances de satisfação são menores quando se avalia a qualidade dos serviços de saúde. Os moradores desse estado apresentaram maior insatisfação na resolução de seus problemas de saúde quando precisaram de internação.

Palavras-chave: Diferenças regionais. Sistema de saúde. Satisfação de usuários. Modelos de avaliação.

Abstract

Developing evaluation models of satisfaction that allow comparing health systems in different countries is a recent effort in Brazil. This is an important tool for building management strategies for the health sector. Objective: To evaluate regional variations related to the degree of user satisfaction with the Brazilian healthcare system, analyzing the results of the World Health Survey (WHS) and World Health Survey Focusing on Primary Health Care (WHS-PHC). The evaluation was done, based on a cross-sectional study with a random sample. People over 18 years of age who used the health system in periods before data collection were included. There were 3,932 users of WHS and 591 of WHS-PHC that fit these criteria. A multivariate logistic model was applied using satisfaction as the dependent variable and as independent variables: sex, age, educational level, service payment type, marital status, self-perception of health, long-term illness, diagnosis of depression, sadness, number of residents per household, type of house building, geographical stratum, and household goods index. The results revealed that being young and an exclusive user of the public National Health System, having low schooling and poor self-perception of health increased the chances of lower user satisfaction. Residents of the Southern Region of the country were more satisfied with their healthcare, while in Pernambuco, chances of satisfaction were lower when evaluating the quality of health services. The residents of this state showed greater satisfaction in solving their health problems when inpatient care was needed.

Keywords: Regional variations. Health system. User satisfaction. Evaluation models.

Introdução

Atualmente, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas no Brasil, podendo-se afirmar que as mesmas não se restringem à academia, bem como permitem uma enorme multiplicidade de recortes do real e abordagens metodológicas diferentes, devido à sua natureza e abrangência.

O Ministério da Saúde tem encomendado vários estudos nessa perspectiva, não só pela exigência de financiadores externos, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes¹.

Como iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2003 e 2005 foram realizadas no Brasil duas pesquisas, tendo como objetivo principal avaliar o desempenho do Sistema de Saúde brasileiro. A execução destas pesquisas significou a oportunidade de desenvolver instrumental e de suprir de informações o sistema nacional de saúde. No ano de 2003, essa pesquisa foi realizada em todo território nacional, sendo chamada de Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), e em 2005 foi realizada uma nova pesquisa com amostra representativa em dois Estados brasileiros, Rio de Janeiro e Pernambuco, conhecida como Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica (PMS-AB).

Os dados gerados por essas duas pesquisas ainda estão sendo analisados e têm permitido, entre outras coisas, gerar informações acerca da resposta do sistema de saúde frente às demandas dos usuários.

A abordagem sistêmica concebida por Donabedian², baseada na avaliação dos resultados, coloca que estes estão relacionados com o produto das ações em saúde e com a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população. Mais especificamente falando, avaliam-se as características relacionais entre os agentes das ações, usuário e profissional de saúde, onde se analisa a percepção do usuário sobre as práticas de saúde, ou seja, a satisfação dos usuários.

Com a promoção do controle social, da prática de avaliação dos serviços por meio de perguntas aos usuários e o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, os estudos de satisfação passaram a ter um importante papel no cenário brasileiro³.

Alguns autores^{4,5} destacam que esses tipos de estudos trazem no seu bojo a avaliação da qualidade da assistência prestada aos indivíduos através da análise da qualidade da atenção. Para Murray; Kawabata e Valentine⁶, os inquéritos de satisfação não refletem necessariamente as variações na forma como as pessoas estão realmente sendo tratadas pelo sistema, o que reforça a tese de que a percepção dos cuidados é influenciada pela subjetividade do conceito de qualidade e pela expectativa do usuário, o que em muitas situações dificulta este tipo de avaliação. Segundo Esperidião e Trad³, a satisfação envolve algumas dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos inerentes à relação médico-paciente etc.

A importância do esforço para desenvolver modelos de avaliação de satisfação, a fim de permitir a comparação de resultados entre sistemas de saúde de diversos países, e dentro do país, é recente no Brasil. Neste caso, um país com desigualdades socioeconômicas importantes, que se distribuem diferentemente de acordo com o lugar, a escolaridade, a raça ou cor da pele das pessoas, por exemplo⁷. Segundo a OPAS⁸, o Brasil não é um país pobre, mas sim extremamente injusto e desigual, no qual um grande número de pessoas continua enfrentando enormes dificuldades para exercer a cidadania.

Historicamente e na atualidade o país enfrenta problemas estruturais, inclusive no setor saúde, e esse tipo de avaliação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor.

O sistema de saúde brasileiro é fragmentado, e seus diferentes pontos de atenção à saúde estão muito concentrados e não se

comunicam adequadamente, o que tem gerado ineficiência e custos sociais para a população⁹. O monitoramento das desigualdades em saúde, em diferentes dimensões que não exclusivamente a geográfica, se configura como essencial para o processo de evolução do sistema de saúde brasileiro.

Segundo Szwarcwald et al.¹⁰, evidências apontam para um forte gradiente social no âmbito da saúde da população, invariavelmente desfavorável para grupos sociais menos privilegiados. A região das Américas é, entre todas no mundo, a que apresenta maiores desigualdades internas do ponto de vista de situação socioeconômica de seus grupos populacionais e de condições materiais de vida em geral, o que se reflete em grandes desigualdades, tanto no estado de saúde de grupos populacionais, como no acesso e utilização de serviços de atenção à saúde⁷.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹¹ aponta nos anos recentes para o crescimento da economia brasileira, o que elevou a renda média em todos os estratos da população, mas a distribuição desigual fez aumentar as diferenças internas preexistentes.

Análises baseadas na aplicação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que são usadas como uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, revelaram que o Brasil está muito próximo do limite a partir do qual os países são incluídos no grupo de nível mais elevado (entre 0,800 e 1). Entretanto, análises de dados realizadas em 2005 revelaram disparidades internas significativas, em que o IDH para o Brasil foi de 0,794, sendo que as diferenças entre as regiões geográficas variou de 0,720 para a região Nordeste até 0,829 para a região Sul¹².

As desigualdades regionais que caracterizam a sociedade brasileira têm origem antiga. Segundo Negri¹³, em 1986 a partição dos recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social demonstrava essa diferença, pois 59% dos recursos destinados à saúde iam para o Sudeste (44% da população do país), enquanto

apenas 20% eram destinados às Regiões Norte e Nordeste (34% da população). Essa distribuição não equânime dos recursos acabou aumentando as desigualdades no setor.

Muitos esforços têm sido empregados pelos gestores do sistema de saúde que buscam a melhoria do atendimento em saúde no país com vistas à equidade do sistema, prevista na Constituição Federal de 1988. Entretanto, alguns autores¹⁴, baseados nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 e 2003, demonstraram que não houve alterações nas desigualdades sociais em saúde neste período.

Alguns estudos¹⁰ têm enfatizado a forte associação entre condições de saúde e o nível socioeconômico das populações, e estes têm sido considerados como importantes componentes de avaliação de sistemas de saúde. Contudo, existe uma escassez de estudos nacionais sobre o tema, explicada parcialmente pela limitação de dados disponíveis em nível nacional.

Baseado nos pressupostos acima e com o riquíssimo material disponível em nível nacional, este artigo buscou avaliar os fatores associados à satisfação, bem como as diferenças regionais do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro, analisando os resultados das duas pesquisas: PMS brasileira e PMS-AB realizada no Estado de Pernambuco.

Os resultados dessas pesquisas passaram por diversas análises e neste artigo procura-se apresentar uma parte destes.

Métodos

Estudo avaliativo de corte transversal realizado no ano de 2003 para todo o território nacional e em 2005 para o Estado de Pernambuco.

Foram incluídos neste estudo todos os indivíduos com idade igual ou acima de 18 anos que se internaram nos cinco anos anteriores ao período da coleta de dados da PMS brasileira, todos os indivíduos que utilizaram serviços ambulatoriais de saúde

no ano anterior à referida coleta, e todos os indivíduos que receberam atendimento ambulatorial ou internação no ano anterior à coleta de dados da PMS-AB realizada no Estado de Pernambuco.

As amostras para as duas pesquisas foram selecionadas de forma aleatória. Na PMS brasileira, foram incluídos 5.000 usuários residentes em 250 setores censitários de todo país¹⁵, sendo que desses apenas 3.932 se enquadravam nos critérios de inclusão deste trabalho. Da mesma forma, a amostra da PMS-AB realizada em Pernambuco incluiu 720 usuários em todo Estado, mas apenas 591 se enquadravam nos critérios.

Foram utilizados os bancos de dados da PMS brasileira e da PMS-AB de Pernambuco, cedidos oficialmente pela coordenação nacional da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Os dois bancos de dados foram trabalhados separadamente.

Para a análise descritiva do perfil socioeconômico e demográfico da população foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária (18 a 39 anos e 40 anos e mais), escolaridade (1º grau incompleto e 1º grau completo e mais), situação de trabalho (empregados e não-empregados – incluindo pessoas não economicamente ativas) e número de bens no domicílio (até 1 bem e mais de 1 bem).

A investigação abrangeu um conjunto de 16 perguntas que expressavam o grau de satisfação do usuário, por meio de cinco níveis de resposta (do nível 1 – muito bom, ao nível 5 – muito ruim), com os seguintes aspectos: tempo gasto com o deslocamento até o serviço; tempo de espera para o atendimento; tratamento respeitoso por parte dos profissionais de saúde; respeito durante exames físicos; clareza nas explicações dos profissionais; disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o problema de saúde ou tratamento; possibilidade de obter informações sobre tratamentos ou exames alternativos; participação na tomada de decisões; privacidade junto aos profissionais de saúde; sigilo das informações; liberdade

de escolha do profissional de saúde; limpeza das instalações dos serviços e espaço disponível das salas de espera e atendimento, além de três variáveis dicotômicas referentes às habilidades do profissional de saúde; disponibilidade de equipamentos e disponibilidade de medicamentos.

Construiu-se uma matriz com as 16 perguntas do estudo (variáveis) x indivíduos e, com o emprego da Análise de Componentes Principais (ACP), procedeu-se à extração dos componentes principais (eixos). Visando separar as variáveis, a ACP produziu a matriz de cargas “factors loadings”, que representam as correlações de cada variável com cada eixo encontrado. Após este processo foram gerados os “factors scores”, que passaram a representar o grau de satisfação de cada indivíduo em relação a cada eixo encontrado.

Os escores de cada componente principal foram transformados em uma escala que variava de 0 a 100, em que o valor zero correspondia ao escore mínimo de satisfação e o valor 100 ao nível máximo. Os indivíduos classificados como satisfeitos foram aqueles que tiveram escore superior ao valor mediano dos escores de satisfação. Foram realizadas análises baseadas nos componentes principais encontrados e no tipo de assistência recebida (ambulatorial e internação hospitalar).

Foi aplicado um modelo logístico multivariado que tinha como variável dependente a satisfação (escore de satisfação dicotomizado) e como variáveis independentes aquelas relacionadas aos indivíduos (sexo, idade, escolaridade, forma de pagamento de serviço de saúde, situação conjugal, auto percepção de saúde, doença de longa duração, diagnóstico de depressão, tristeza nos últimos 12 meses) e aquelas relacionadas às características do domicílio (número de moradores por domicílio, tipo de construção, estratos geográficos e indicador de bens). A força de associação entre as variáveis independentes e a dependente foi expressa pela *Odds Ratio* (OR), e respectivo intervalo de confiança de 95%. Foi considerado como fator de seleção para a variável entrar no modelo logístico multivariado a mesma ter

significância menor que 20%, ou seja, $p < 0,2$ na análise univariada.

Para efeito de comparação, os dados da PMS brasileira foram agregados segundo os seguintes estratos geográficos: usuários do sistema de saúde de Pernambuco; usuários do sistema de saúde da Região Nordeste, excluindo-se os usuários do Estado de Pernambuco; usuários do sistema de saúde da Região Norte; usuários do sistema de saúde da Região Centro-Oeste; usuários do sistema de saúde da Região Sudeste; usuários do sistema de saúde da Região Sul. Para as comparações regionais, tomou-se como referência a Região Sudeste.

Para a PMS brasileira, a partir da variável número de bens do domicílio foi construído um índice chamado indicador de bens (IB), conforme metodologia empregada por Szwarcwald et al.¹⁶. Utilizou-se a fórmula $IB = \sum_i (1-f_i)b_i$, em que i varia de 1 até 10 bens, b_i é igual a 1 ou a zero, respectivamente na presença ou ausência de bem. O peso atribuído à presença de cada bem no domicílio foi o complementar da frequência relativa (f_i) de cada bem na amostra total, isto é, quanto mais rara for a presença do bem, maior o peso atribuído ao mesmo.

Em seguida foram selecionadas e recodificadas as variáveis do estudo, de forma a deixá-las dicotômicas. As variáveis “indicador de bens e número de moradores por domicílio” permaneceram em suas escalas originais nas análises. O método utilizado para a seleção das variáveis na regressão logística foi o *Backward* e para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS (versão 8.0).

Resultados

A análise do perfil socioeconômico e demográfico dos usuários entrevistados na PMS brasileira revelou que 31% das pessoas que receberam algum tipo de atendimento ($n = 3932$), relataram assistência de saúde com internação nos cinco anos anteriores à pesquisa. Desses, 71,0% foram atendidos pelo SUS. Dos demais participantes que tiveram pelo menos um atendimento ambu-

latorial no ano que antecedeu à entrevista, 60% utilizaram o SUS.

Na PMS brasileira não foram observadas diferenças entre o sexo, a idade e a quantidade de bens das pessoas que tiveram atendimento ambulatorial, independentemente da forma de pagamento da assistência. A análise revelou que, para os usuários do SUS, houve predominância da baixa escolaridade (66%) e de não-empregados (51%), enquanto para os indivíduos que pagaram pelo atendimento predominaram pessoas com alta escolaridade (70%) e empregados (59%).

Em relação ao perfil das pessoas que se internaram pelo SUS, houve predominância de jovens (59%), mulheres (68%), baixa escolaridade (68%), não-empregados (60%) e com mais bens no domicílio (91%). Das que pagaram pela internação predominaram pessoas com 40 anos ou mais (52%), do sexo feminino (64%), com alta escolaridade (65%) e, da mesma forma que os usuários do SUS, houve predomínio dos não-empregados (52%) e com mais bens por domicílio (99%).

Dos 591 usuários entrevistados na PMS-AB de Pernambuco, 87,6% receberam assistência ambulatorial no ano anterior à pesquisa, sendo 73,0% usuários do SUS. Em relação aos usuários que se internaram no ano anterior à pesquisa, 84,9% utilizaram o SUS no seu atendimento.

Dos usuários que tiveram atendimento ambulatorial na PMS-AB, aproximadamente 60% tinham entre 18 e 39 anos de idade, com predominância do sexo feminino. Pessoas com ensino fundamental completo representavam 69,3% dos usuários Não-SUS, enquanto para os usuários do SUS predominaram aqueles com ensino fundamental incompleto (70,6%). Mais de 50% dos usuários, independentemente da forma de pagamento, são pessoas que não trabalham e com pouco número de bens, sendo que para o SUS esses percentuais são superiores aos encontrados para os usuários Não-SUS.

Das pessoas que relataram internação, a análise revelou que a faixa etária de 18 a

39 anos foi predominante tanto entre os usuários do SUS (67,8%) como entre os usuários Não-SUS (72,8%). O sexo feminino foi predominante, independentemente da forma de pagamento da assistência (58,3% Não-SUS e 78,7% SUS). A grande maioria dos usuários Não-SUS tem ensino fundamental completo ou mais (83,3%), enquanto entre os usuários do SUS o predomínio foi de pessoas com o nível de escolaridade do ensino fundamental incompleto (63,9%). Como revelado para o atendimento ambulatorial, mais de 50% dos usuários, independentemente da forma de pagamento, são pessoas que não trabalham e com pouco número de bens, sendo que para o SUS esses percentuais são bem superiores aos encontrados para os usuários Não-SUS.

A ACP identificou três eixos sendo os mesmos relativos à qualidade dos profissionais de saúde, qualidade dos serviços de saúde e resolutividade dos problemas de saúde, resultado este compatível como o encontrado por GOUVEIA et al.¹⁷.

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam os resultados da análise univariada das duas pesquisas para os três eixos e pelo tipo de atendimento recebido. Destacam-se em negrito as variáveis que *não* foram selecionadas para entrar no modelo final da regressão logística, pois apresentaram o valor de $p > 20\%$ na análise univariada ou na análise multivariada.

A análise dos resultados do modelo final da regressão logística, demonstrados na Tabela 4, revelou que entre os usuários que se dizem satisfeitos com a qualidade dos profissionais de saúde durante o atendimento ambulatorial na PMS brasileira, as mulheres apresentam 30% mais chances de estarem mais satisfeitas do que os homens, enquanto as pessoas de baixa escolaridade, usuárias do SUS, com auto-percepção de saúde ruim, e com maior número de pessoas residindo no mesmo domicílio, apresentaram menor chance de estarem satisfeitas com o atendimento no sistema de saúde.

Quanto à análise dos dados da PMS-AB realizada em Pernambuco, a única variável que mostrou estar associada à satisfação

Tabela 1– Análise univariada da associação das características individuais e domiciliares de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar e que se dizem satisfeitos em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.

Table 1 - Univariate analysis of association of individual and household characteristics of individuals who received outpatient care and hospitalization to the degree of satisfaction with the quality of healthcare workers. Brazil, 2003 and Pernambuco, 2005.

Características Gerais	Atendimento ambulatorial						Internação hospitalar					
	PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco			PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Sexo												
Masculino	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Feminino	1,2	1,0 - 1,5	0,026	1,2	0,8 - 1,7	0,452	1,0	0,8 - 1,3	0,733	2,0	0,6 - 6,4	0,251
Faixa etária												
40 anos e +	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
18 a 39 anos	1,1	0,9 - 1,3	0,377	1,4	0,9 - 2,1	0,090	0,7	0,5 - 0,8	<0,001	2,0	0,7 - 5,6	0,183
Escolaridade												
1º grau completo e +	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
1º grau incompleto	0,5	0,4 - 0,6	<0,001	0,5	0,4 - 0,8	0,002	0,7	0,5 - 0,8	0,001	0,2	0,1 - 0,6	0,005
Forma de Pagamento												
Não SUS	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
SUS	0,3	0,3 - 0,4	<0,001	0,5	0,3 - 0,8	0,007	0,3	0,2 - 0,4	<0,001	0,4	0,1 - 1,7	0,229
Estado conjugal												
Solteiro (a)	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Casado (a)	0,8	0,7 - 1,0	0,058	0,7	0,5 - 1,2	0,172	1,2	0,9 - 1,6	0,282	0,6	0,1 - 2,3	0,440
Separado (a)	0,9	0,6 - 1,3	0,480	1,1	0,5 - 2,4	0,718	1,1	0,7 - 1,8	0,771	0,3	0,0 - 2,1	0,204
Víu(a)	1,0	0,6 - 1,4	0,833	0,5	0,2 - 1,1	0,076	1,0	0,6 - 1,7	0,983	0,3	0,0 - 2,4	0,239
Auto-percepção de saúde												
Boa	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Ruim	0,5	0,4 - 0,6	<0,001	0,9	0,6 - 1,3	0,525	0,6	0,5 - 0,8	<0,001	1,1	0,4 - 2,9	0,809
Doença de longa duração												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,7	0,6 - 0,9	0,003	0,9	0,5 - 1,4	0,532		0,9 - 1,4	0,430	0,5	0,2 - 1,6	0,251
Diagnóstico de depressão												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,3	1,0 - 1,6	0,048	1,0	0,6 - 1,9	0,890	1,0	0,8 - 1,3	0,789	0,7	0,2 - 2,2	0,487
Tristeza nos últimos 12 meses												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,9	0,7 - 1,0	0,089	0,7	0,5 - 1,1	0,103	0,8	0,6 - 1,0	0,019	1,0	0,4 - 2,7	0,926
Tipo de construção												
Material permanente	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Material não permanente	0,5	0,3 - 0,8	0,012	1,3	0,4 - 4,1	0,648	0,6	0,4 - 1,0	0,072	0,0	-	-
Estrato geográfico												
Sudeste	1,0	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-
Norte	1,2	0,7 - 2,1	0,485	-	-	-	0,7	0,4 - 1,2	0,193	-	-	-
Nordeste sem Pernambuco	0,6	0,5 - 0,8	<0,001	-	-	-	0,6	0,5 - 0,9	0,003	-	-	-
Sul	1,6	1,3 - 2,1	<0,001	-	-	-	1,6	1,2 - 2,2	0,004	-	-	-
Centro-Oeste	1,2	0,8 - 1,8	0,282	-	-	-	1,6	1,0 - 2,6	0,039	-	-	-
Pernambuco	0,9	0,6 - 1,4	0,704	-	-	-	0,5	0,3 - 0,8	0,007	-	-	-
Indicador de Bens												
	1,5	1,4 - 1,6	<0,001	1,2	1,0 - 1,5	0,065	1,6	1,4 - 1,8	<0,001	2,2	1,2 - 4,0	0,009
Moradores por domicílio												
	0,9	0,9 - 1,0	<0,001	1,0	0,9 - 1,1	0,578	0,9	0,9 - 1,0	0,001	1,0	0,7 - 1,3	0,787

Tabela 2 – Análise univariada das características individuais e domiciliares de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar e que se dizem satisfeitos em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.

Table 2 - Univariate analysis of individual and household characteristics of individuals who received outpatient care and hospitalization and who said they were satisfied with the quality of healthcare services. Brazil, 2003 and Pernambuco, 2005.

Características Gerais	Atendimento ambulatorial						Internação hospitalar					
	PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco			PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Sexo												
Masculino	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Feminino	0,9	0,7 - 1,0	0,104	0,6	0,3 - 1,0	0,050	1,0	0,8 - 1,3	0,877	0,9	0,3 - 2,9	0,855
Faixa etária												
40 anos e +	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
18 a 39 anos	0,9	0,7 - 1,0	0,082	1,0	0,6 - 1,8	0,967	0,8	0,6 - 1,0	0,049	0,6	0,2 - 1,8	0,373
Escolaridade												
1º grau completo e +	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
1º grau incompleto	0,8	0,6 - 0,9	0,003	0,5	0,3 - 0,8	0,009	0,7	0,5 - 0,8	<0,001	1,0	0,4 - 2,5	0,948
Forma de Pagamento												
Não SUS	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
SUS	0,3	0,2 - 0,4	<0,001	0,2	0,1 - 0,3	<0,001	0,3	0,2 - 0,4	<0,001	1,3	0,4 - 4,8	0,658
Estado conjugal												
Solteiro (a)	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Casado (a)	1,0	0,8 - 1,2	0,682	0,9	0,5 - 1,5	0,631	1,4	1,1 - 1,9	0,019	2,6	0,6 - 10,1	0,182
Separado (a)	0,9	0,6 - 1,3	0,503	0,3	0,1 - 1,1	0,066	1,0	0,6 - 1,7	0,999	1,5	0,2 - 10,1	0,719
Viúvo (a)	1,1	0,7 - 1,6	0,773	0,3	0,1 - 1,5	0,138	1,2	0,8 - 2,0	0,407	3,7	0,4 - 34,5	0,252
Auto-percepção de saúde												
Boa	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Ruim	0,6	0,5 - 0,7	<0,001	0,9	0,5 - 1,5	0,646	0,6	0,5 - 0,8	<0,001	1,5	0,6 - 4,0	0,374
Doença de longa duração												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,8	0,6 - 1,0	0,018	0,9	0,5 - 1,8	0,819	1,0	0,8 - 1,3	0,875	0,6	0,2 - 2,0	0,432
Diagnóstico de depressão												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,1	0,9 - 1,4	0,348	0,6	0,3 - 1,4	0,248	1,0	0,8 - 1,3	0,842	1,8	0,5 - 6,3	0,336
Tristeza nos últimos 12 meses												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,8	0,7 - 1,0	0,027	0,6	0,4 - 1,1	0,091	0,8	0,6 - 1,0	0,016	0,3	0,1 - 0,9	0,032
Tipo de construção												
Material permanente	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Material não permanente	0,8	0,4 - 1,3	0,338	0,7	0,1 - 5,4	0,759	0,7	0,4 - 1,3	0,255	-	-	-
Estrato geográfico												
Sudeste	1,0	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-
Norte	0,9	0,5 - 1,6	0,745	-	-	-	0,9	0,5 - 1,5	0,664	-	-	-
Nordeste sem Pernambuco	0,6	0,5 - 0,8	<0,001	-	-	-	0,8	0,6 - 1,0	0,085	-	-	-
Sul	1,5	1,1 - 1,9	0,006	-	-	-	0,8	0,6 - 1,1	0,200	-	-	-
Centro-Oeste	1,1	0,8 - 1,7	0,472	-	-	-	0,9	0,6 - 1,4	0,685	-	-	-
Pernambuco	0,6	0,4 - 0,9	0,017	-	-	-	0,5	0,3 - 0,8	0,008	-	-	-
Indicador de Bens												
	1,3	1,2 - 1,4	<0,001	1,4	1,1 - 1,7	0,012	1,4	1,3 - 1,5	<0,001	0,9	0,5 - 1,4	0,577
Moradores por domicílio												
	0,9	0,9 - 1,0	<0,001	0,9	0,8 - 1,1	0,363	0,9	0,9 - 1,0	0,006	0,9	0,6 - 1,2	0,320

Tabela 3 - Análise univariada das características individuais e domiciliares de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar e que se dizem satisfeitos em relação à resolutividade dos problemas de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.

Table 3 - Univariate analysis of individual and household characteristics of individuals who received outpatient care and hospitalization and who said they were satisfied with the resolution of health problems. Brazil, 2003 and Pernambuco, 2005.

Características Gerais	Atendimento ambulatorial						Internação hospitalar					
	PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco			PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Sexo												
Masculino	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Feminino	0,8	0,6 – 0,9	0,007	0,9	0,6 – 1,3	0,481	1,0	0,8 – 1,3	0,692	0,9	0,3 – 3,5	0,920
Faixa etária												
40 anos e +	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
18 a 39 anos	0,8	0,7 – 1,0	0,023	1,5	1,0 – 2,2	0,068	1,0	0,8 – 1,3	0,764	0,2	0,1 – 0,7	0,010
Escolaridade												
1º grau completo e +	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
1º grau incompleto	1,7	1,4 – 2,0	<0,001	0,3	0,2 – 0,5	<0,001	1,7	1,3 – 2,1	<0,001	1,3	0,4 – 4,0	0,599
Forma de Pagamento												
Não SUS	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
SUS	1,6	1,3 – 1,9	<0,001	0,7	0,4 – 1,1	0,108	1,9	1,5 – 2,4	<0,001	0,7	0,2 – 2,8	0,596
Estado conjugal												
Solteiro (a)	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Casado (a)	1,1	0,9 – 1,3	0,365	0,8	0,5 – 1,3	0,352	1,0	0,7 – 1,3	0,933	1,6	0,3 – 8,6	0,611
Separado (a)	1,1	0,8 – 1,7	0,544	0,6	0,3 – 1,3	0,207	1,4	0,9 – 2,4	0,169	3,5	0,4 – 32,2	0,278
Viúvo (a)	1,0	0,7 – 1,5	0,900	0,7	0,3 – 1,7	0,433	0,8	0,5 – 1,3	0,312	2,9	0,3 – 32,0	0,388
Auto-percepção de saúde												
Boa	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Ruim	1,2	1,0 – 1,4	0,040	0,7	0,5 – 1,0	0,043	1,5	1,2 – 1,8	0,001	1,0	0,3 – 3,0	0,959
Doença de longa duração												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,1	0,9 – 1,4	0,224	0,9	0,5 – 1,4	0,580	1,0	0,8 – 1,3	0,868	0,6	0,2 – 2,6	0,535
Diagnóstico de depressão												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,8	0,6 – 1,0	0,064	0,7	0,4 – 1,3	0,273	1,0	0,8 – 1,3	0,850	1,8	0,5 – 6,3	0,391
Tristeza nos últimos 12 meses												
Não	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,9	0,7 – 1,0	0,102	0,7	0,5 – 1,0	0,050	1,2	1,0 – 1,5	0,109	1,3	0,4 – 3,9	0,650
Tipo de construção												
Material permanente	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-	-	-	-
Material não permanente	1,1	0,6 – 1,9	0,792	0,1	0,0 – 0,7	0,016	1,4	0,8 – 2,3	0,243	-	-	-
Estrato geográfico												
Sudeste	1,0	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-
Norte	0,4	0,2 – 0,7	0,001	-	-	-	1,0	0,6 – 1,8	0,940	-	-	-
Nordeste sem Pernambuco	1,4	1,1 – 1,8	0,002	-	-	-	1,3	1,0 – 1,8	0,049	-	-	-
Sul	0,7	0,6 – 1,0	0,030	-	-	-	0,9	0,7 – 1,2	0,552	-	-	-
Centro-Oeste	1,1	0,7 – 1,5	0,727	-	-	-	0,6	0,4 – 1,0	0,060	-	-	-
Pernambuco	1,5	0,9 – 2,3	0,094	-	-	-	0,5	0,3 – 0,8	0,007	-	-	-
Indicador de Bens												
	0,8	0,7 – 0,8	<0,001	1,3	1,1 – 1,6	0,007	0,7	0,7 – 0,8	<0,001	0,9	0,5 – 1,6	0,757
Moradores por domicílio												
	1,0	1,0 – 1,1	0,199	1,0	0,9 – 1,1	0,943	1,1	1,0 – 1,1	0,024	1,1	0,8 – 1,6	0,566

Tabela 4 – Modelo final ajustado pelas características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar que se dizem satisfeitos em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco 2005.

Table 4 - Final model adjusted by individual and household characteristics of individuals who received outpatient care and hospitalization and who said they were satisfied with the quality of healthcare workers. Brazil, 2003 and Pernambuco, 2005.

Características Gerais	Atendimento ambulatorial						Internação hospitalar					
	PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco			PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Sexo												
Masculino	1,0	-	-									
Feminino	1,3	1,1 – 1,6	0,010									
Faixa etária												
40 anos e +							1,0	-	-			
18 a 39 anos							0,6	0,5 – 0,8	<0,001			
Escolaridade												
1º grau completo e +	1,0	-	-	1,0	-	-				1,0	-	-
1º grau incompleto	0,7	0,6 – 0,9	0,007	0,6	0,4 – 0,9	0,023				0,2	0,1 – 0,6	0,005
Forma de Pagamento												
Não SUS	1,0	-	-				1,0	-	-			
SUS	0,4	0,4 – 0,6	<0,001				0,5	0,4 – 0,7	<0,001			
Auto-percepção de saúde												
Boa	1,0	-	-				1,0	-	-			
Ruim	0,7	0,6 – 0,9	0,002				0,6	0,5 – 0,8	<0,001			
Diagnóstico de depressão												
Não	1,0	-	-									
Sim	1,2	1,0 – 1,6	0,087									
Estrato geográfico												
Sudeste	1,0	-	-				1,0	-	-			
Norte	1,6	0,9 – 2,9	0,099				1,0	0,6 – 1,9	0,894			
Nordeste sem Pernambuco	1,0	0,8 – 1,3	0,842				1,2	0,8 – 1,7	0,321			
Sul	1,6	1,2 – 2,2	0,001				1,6	1,1 – 2,2	0,006			
Centro-Oeste	1,2	0,8 – 1,8	0,293				1,5	0,9 – 2,4	0,144			
Pernambuco	1,3	0,8 – 2,1	0,242				0,6	0,4 – 1,1	0,118			
Indicador de Bens												
	1,2	1,1 – 1,3	0,001									
Moradores por domicílio												
	0,9	0,9 – 1,0	0,022									

foi a escolaridade. A mesma teve comportamento similar à encontrada na pesquisa nacional (Tabela 4).

A análise das variáveis para as pessoas que relataram internação na PMS brasileira revelou que ser jovem, usuário do SUS e ter saúde percebida como ruim, configura situação de maior insatisfação com o sistema de saúde brasileiro na hora de uma internação.

Os usuários do sistema de saúde da região Sul do país apresentaram maior satisfação em relação à qualidade dos profissionais de saúde, tanto para o atendimento ambulatorial, quanto para as pessoas que se internaram. A análise dos dados das demais

regiões do país não revelou associação significativa com a satisfação para os dois tipos de atendimento em relação à qualidade dos profissionais de saúde (Tabela 4).

Quanto à análise das variáveis associadas à satisfação levando-se em conta a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, ser usuário do SUS é o fator que mais está associado à insatisfação, tanto para a PMS brasileira, quanto para a PMS-AB realizada em Pernambuco (Tabela 5).

Ainda na Tabela 5, apesar de não ter resultado significativo (no nível de 5%) do ponto de vista estatístico, ser morador do Estado de Pernambuco e da Região Nordeste implicou

Tabela 5– Modelo final ajustado pelas características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar que se dizem satisfeitos em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco, 2005.

Table 5 - Final model adjusted by individual and household characteristics of individuals who received outpatient care and hospitalization and who said they were satisfied with the quality of health services. Brazil, 2003 and Pernambuco, 2005.

Características Gerais	Atendimento ambulatorial						Internação hospitalar					
	PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco			PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Escolaridade												
1º grau completo e +	1,0	-	-									
1º grau incompleto	1,3	1,0 – 1,6	0,035									
Estado conjugal												
Solteiro (a)							1,0	-	-			
Casado (a)							1,6	1,1 – 2,1	0,004			
Separado (a)							1,0	0,6 – 1,8	0,944			
Vítuvo (a)							1,8	1,0 – 3,0	0,035			
Forma de Pagamento												
Não SUS	1,0	-	-	1,0	-	-	1,0	-	-			
SUS	0,3	0,2 – 0,4	<0,001	0,2	0,1 – 0,3	<0,001	0,4	0,3 – 0,5	<0,001			
Auto-percepção de saúde												
Boa	1,0	-	-				1,0	-	-			
Ruim	0,8	0,6 – 1,0	0,025				0,7	0,6 – 0,9	0,010			
Tristeza nos últimos 12 meses												
Não										1,0	-	
Sim										0,3	0,1 – 0,9	0,032
Estrato geográfico												
Sudeste	1,0	-	-				1,0	-	-			
Norte	1,1	0,7 – 2,0	0,636				1,2	0,7 – 2,1	0,589			
Nordeste sem Pernambuco	0,8	0,7 – 1,1	0,177				1,3	1,0 – 1,9	0,088			
Sul	1,5	1,1 – 2,0	0,006				0,8	0,5 – 1,1	0,103			
Centro-Oeste Pernambuco	1,1	0,7 – 1,6	0,794				0,7	0,4 – 1,2	0,177			
	0,7	0,4 – 1,1	0,098				0,6	0,3 – 1,1	0,088			
Indicador de Bens							1,34	1,1 – 1,4	<0,001			
Moradores por domicílio												
	1,0	0,9 – 1,0	0,074									

em menor satisfação dos usuários em relação à qualidade dos serviços de saúde. Na análise da qualidade dos profissionais, a Região Sul mais uma vez obteve os maiores graus de satisfação com o atendimento ambulatorial na PMS brasileira.

Em se tratando dos usuários que tiveram alguma internação e que avaliaram a qualidade dos serviços de saúde (hospitais), ser usuário do SUS, ter autopercepção de saúde ruim e ser morador de Pernambuco revelaram os piores graus de satisfação nesta análise (Tabela 5).

O modelo final ajustado para a análise do atendimento ambulatorial quanto à

resolutividade dos problemas de saúde revelou que, neste quesito, as mulheres se mostraram mais insatisfeitas com o resultado esperado do atendimento em saúde. Na PMS brasileira, de forma aparentemente incongruente, os resultados encontrados revelaram que ter baixa escolaridade, ser usuário do SUS e ser usuário do Sistema de Saúde de Pernambuco geraram maiores chances de satisfação (Tabela 6).

Quando o atendimento do usuário se deu em nível ambulatorial no Estado de Pernambuco (PMS-AB), observou-se uma situação inversa àquela encontrada na pesquisa nacional, ou seja, ter baixa esco-

Tabela 6– Modelo final ajustado pelas características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e internação hospitalar que se dizem satisfeitos em relação à resolutividade dos serviços de saúde. Brasil, 2003 e Pernambuco, 2005.

Table 6 - Final model adjusted by individual and household characteristics of individuals who received outpatient care and hospitalization and who said they were satisfied with the level of resolution of healthcare services. Brazil, 2003 and Pernambuco, 2005.

Características Gerais	Atendimento ambulatorial						Internação hospitalar					
	PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco			PMS brasileira			PMS_AB de Pernambuco		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Sexo												
Masculino	1,0	-	-									
Feminino	0,8	0,6 – 0,9	0,005									
Faixa etária												
40 anos e +									1,0	-	-	
18 a 39 anos									0,2	0,1 – 0,7	0,010	
Escolaridade												
1º grau completo e +	1,0	-	-	1,0	-	-						
1º grau incompleto	1,4	1,1 – 1,7	0,002	0,4	0,2 – 0,6	<0,001						
Forma de Pagamento												
Não SUS	1,0	-	-	1,0	-	-						
SUS	1,2	1,0 – 1,5	0,056	0,7	0,4 – 1,0	0,049						
Auto-percepção de saúde												
Boa							1,0	-	-			
Ruim							1,3	1,0 – 1,6	0,029			
Tipo de construção												
Material permanente				1,0	-	-						
Material não permanente				0,1	0,0 – 0,8	0,025						
Estrato geográfico												
Sudeste	1,0	-	-				1,0	-	-			
Norte	0,3	0,2 – 0,6	<0,001				0,8	0,5 – 1,5	0,531			
Nordeste sem Pernambuco	1,1	0,9 – 1,4	0,373				0,8	0,6 – 1,1	0,168			
Sul	0,8	0,6 – 1,0	0,047				0,9	0,7 – 1,3	0,649			
Centro-Oeste	1,1	0,7 – 1,6	0,640				0,7	0,4 – 1,1	0,138			
Pernambuco	1,2	0,8 – 1,9	0,381				0,3	0,2 – 0,6	<0,001			
Indicador de Bens	0,9	0,8 – 1,0	0,006				0,7	0,6 – 0,8	<0,001			
Moradores por domicílio							1,1	1,0 – 1,1	0,078			

laridade e ser usuário do SUS no Estado de Pernambuco deixa os indivíduos mais insatisfeitos com o sistema de saúde na hora da resolução dos problemas de saúde (Tabela 6). No caso de haver uma internação, a análise dos dados desta pesquisa revelou que ser jovem é a única variável que se mostrou significativamente associada à insatisfação com a resolução dos problemas de saúde no estado de Pernambuco.

Para o Brasil como um todo, a análise da resolutividade dos problemas de saúde quando o sujeito precisou ser internado revelou que, independentemente da região de

moradia, toda a população tem mais chance de se sentir insatisfeita neste quesito, porém estes resultados não foram estatisticamente significantes ao nível de 5%, com exceção do Estado de Pernambuco, que revelou de forma significativa uma maior chance de insatisfação neste quesito.

Discussão

Dados do Banco Central do Brasil¹² revelaram que as diferenças encontradas no IDH das diversas regiões geográficas do país são acentuadas, variando de 0,720 na

Região Nordeste a 0,829 na Região Sul. Essas diferenças acabam refletindo na qualidade de vida e na saúde dessas populações. Para a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde¹⁸, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade acabam gerando uma estratificação socioeconômica dos indivíduos e grupos populacionais, conferindo-lhes posições sociais distintas que acabam provocando diferenciais de saúde e de percepção.

De um modo geral, o fato de se ter encontrado maiores chances de satisfação por parte dos usuários da Região Sul, enquanto na Região Nordeste, particularmente no Estado de Pernambuco, essas chances são as menores encontradas no país, faz com que esses achados reforcem a idéia de que as desigualdades entre as diversas regiões, ainda persistam no Brasil, corroborando os achados de Lima-Costa et al.¹⁴ quanto à análise das PNAD de 1998 e 2003.

Segundo Szwarcwald et al.¹⁹, no Brasil, 58% da população se mostra insatisfeita com o funcionamento da assistência de saúde. Alguns fatores influenciam mais este grau de insatisfação, como foi demonstrado por alguns autores^{17,20-22}, em que o acesso e a qualidade dos serviços foram os piores indicadores identificados pelos usuários.

Os achados encontrados neste estudo corroboram com os autores citados acima, pois evidenciam que, na análise da PMS brasileira, o fato de residir em Pernambuco estava mais associado à insatisfação quanto à qualidade dos serviços de saúde, qualidade esta influenciada também pela questão do acesso aos serviços, independentemente do tipo de assistência recebida, bem como em relação à resolução dos problemas durante a internação.

Uma limitação encontrada neste estudo foi o tamanho da amostra da PMS-AB realizada em Pernambuco, que foi considerada pequena para as análises estatísticas utilizadas, dificultando, por exemplo, a associação da maioria das variáveis independentes com a satisfação quando da análise dos resultados do modelo final da regressão logística.

Para Travassos, Oliveira e Viacava²³, entre

os anos de 1998 e 2003 houve um aumento das desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde, influenciado pela melhora de acesso nas regiões mais desenvolvidas em comparação com as menos desenvolvidas (resultados da PNAD). Ainda segundo esses autores, na análise desagregada por regiões persistiu o padrão de desigualdades influenciadas particularmente pela renda e escolaridade.

Messias²⁴, que analisou os dados do censo de 2000, coloca que o PIB *per capita*, a distribuição de renda e a taxa de analfabetismo estão associados à expectativa de vida; portanto, renda e escolaridade estão fortemente associados a resultados de saúde. Neste estudo, a escolaridade foi uma importante variável que gerou maior insatisfação quando da análise da qualidade dos profissionais de saúde, tanto na pesquisa nacional quanto na pesquisa local, independentemente do tipo de assistência recebida.

A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde¹⁸ coloca que os efeitos do nível de instrução aparecem na forma de percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e na utilização dos serviços de saúde bem como na adesão aos procedimentos terapêuticos. Aqui cabe acrescentar que os resultados encontrados revelaram que, além desses fatores acima citados, o nível de instrução tem efeito direto na satisfação com os serviços de saúde percebidos pelos usuários. Para Weiss²⁵, que fez uma extensa revisão sobre a satisfação dos pacientes, as características dos profissionais de saúde que prestam o atendimento, são fundamentais na determinação da satisfação dos usuários.

Para Trad et al⁵, os usuários do Programa de Saúde da Família expressam um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional, em todos os seus atributos: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da equipe; portanto, em relação à qualidade dos profissionais de saúde.

Neste quesito, os níveis de satisfação encontrados neste estudo não corroboram com os achados da pesquisa citada anteriormente, pois as análises revelaram desigualdades mais evidentes quando se abordou a qualidade dos profissionais de saúde, quesito em que as pessoas de baixa escolaridade apresentaram propensão à insatisfação. Nossos resultados corroboram com os achados de Dachs⁷ e Marins et al.²⁶, onde as desigualdades de saúde foram mais evidentes entre as pessoas que tinham baixa escolaridade.

Para Ribeiro et al.²⁷, Gouveia et al.^{17,28}, que analisaram o perfil de indivíduos que procuraram os serviços de saúde no país, foi observado que existe predominância de usuários do SUS e de baixa escolaridade, o que corrobora com os achados deste trabalho.

Neste estudo, além do perfil dos indivíduos ser semelhante ao encontrado nas pesquisas referidas acima, observou-se que as chances de uma maior insatisfação com a qualidade dos profissionais de saúde recaiu significativamente sobre os indivíduos de baixa escolaridade (variável *proxi* do nível socioeconômico) no país como um todo, e de forma particular no Estado de Pernambuco. Na PMS-AB de Pernambuco, a baixa escolaridade significa uma maior chance de insatisfação, enquanto, para a PMS brasileira, além da baixa escolaridade, ser usuário do SUS refletiu menores chances de satisfação.

O processo de amostragem da PMS nacional não permitiu que os resultados fossem avaliados por estados da federação, e por isso foi necessário realizar uma pesquisa posterior em alguns Estados do país que proporcionassem esta avaliação e possibilitassem algumas comparações. As duas pesquisas (PMS e PMS-AB) foram voltadas para avaliação do desempenho do sistema de saúde, mas a pesquisa de âmbito

estadual foi mais aprofundada em algumas questões, como, por exemplo, a possibilidade de avaliação da Estratégia do Programa Saúde da Família. O módulo do instrumento de coleta referente à avaliação da satisfação não foi diferente nas duas pesquisas, o que permitiu estabelecer comparações dos graus de satisfação em dois momentos distintos.

Apesar de não estarem tão fortemente assinaladas, as diferenças regionais na satisfação com o atendimento de saúde no Brasil persistem, sugerindo que somente com a aplicação real do conceito de equidade (os recursos do sistema de saúde devem ser distribuídos de forma atenta às desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população), que constitui um dos princípios do SUS, será possível reduzir essas diferenças. Existem formas de diminuir essas desigualdades mediante ações efetivas na prática do atendimento, com a melhoria do acesso, um maior reconhecimento dos profissionais de saúde, e a percepção de que é possível uma melhoria na qualidade do atendimento, mesmo sob um contexto de enorme e reconhecida disparidade socioeconômica no país.

Sintetizando, para o usuário brasileiro, ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e autopercepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com relação ao sistema de saúde brasileiro. De modo geral, os indivíduos residentes na Região Sul do país apresentam maiores chances de se sentirem satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto para o Nordeste, e em particular para Pernambuco, as chances de satisfação são menores quando se avalia a qualidade dos serviços de saúde. Os moradores desse Estado apresentaram maior insatisfação na resolução de seus problemas de saúde, quando precisaram de internação.

Referências

1. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM (orgs.). *Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005: 9-10.
2. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. VI: *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1988. p. 3-31.
3. Esperidião M, Trad LAB. - Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; (S10): 303-12.
4. Donabedian A. *La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación*. México, DF: La Prensa Mexicana; 1984.
5. Trad, LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1988; 14(2): 429-35.
6. Murray CJL, Kawabata K, Valentine N. People's Experience Versus People's Expectations. Satisfaction measures are profoundly influenced by expectations, say these WHO researchers. *Health Affairs* 2001; 20(3): 21-4.
7. Dachs, JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 641-57.
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Saúde nas Américas*. Washington: Opas; 2007. v. 1. (Publicação Científica e Técnica, 622).
9. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora; 2001.
10. Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CLT. Medidas de desigualdad en salud: la discusión de alguns aspectos metodológicos com uma aplicación para la mortalidad neonatal em el Município de Rio de Janeiro, 2000. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(4): 959-70.
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *La Salud en las Américas, vol. 1* Washington: OPAS; 1998.
12. Banco Central do Brasil. *Evolução do IDH das Grandes Regiões e Unidades da Federação*. Boletim Regional do Banco Central do Brasil. Disponível em <http://www.bcb.gov.br/pec/boletimregional/port/2009/01/br200901b1p.pdf> [Acessado em 20 de fevereiro de 2009].
13. NEGRI, B. – A política de Saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e Limites. Ministério da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
14. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 941-50.
15. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Szwarcwald CL. Sampling design for the *World Health Survey* in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(S1): S89-S99.
16. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(S1): S11-S22.
17. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(S1): S109-S18.
18. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
19. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, Carvalho MF, Souza Júnior PRB, Gama SGN, Fonseca MG. Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números. *RADIS* 2004; 1(23): 14-33.
20. Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A Satisfação do Usuário em Hospital Universitário. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(1): 41-6.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*. Brasília: CONASS; 2003. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniaobrasileiros1.pdf> [Acessado em 12 de fevereiro de 2009].
22. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 815-23.
23. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86.
24. Messias E. Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. *Am J Public Health* 2003; 93(8): 1294-6.
25. Weiss LG. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1998; 26: 383-92.
26. Marins VMR et al. The association between socioeconomic indicators and cardiovascular disease risk factors in Rio de Janeiro, Brazil. *J Biosoc Sci* 2007; 39: 221-9.

27. Ribeiro MCSA et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – Pnad 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 1011-22.
28. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Estado de Pernambuco - Brasil, 2005. *Ciênc Saúde Coletiva*, aprovado em 16 de fevereiro de 2009. No prelo.

Recebido em: 08/04/09
Versão final reapresentada em: 02/06/09
Aprovado em: 23/06/09

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O esforço exigido na elaboração de uma metodologia apropriada para a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde tem conseguido aprimorar formas que permitam compreender melhor como o sistema de saúde tem respondido às expectativas de seus usuários.

A publicação da RADIS 23, em julho de 2004, sobre os primeiros resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) realizada no Brasil em 2003, revelou que 58% das pessoas entrevistadas estavam insatisfeitas com o funcionamento da assistência de saúde do país (SZWARCOWALD *et al.*, 2004).

Levando-se em conta que a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe, e esta pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o usuário, dos aspectos da infra-estrutura material dos serviços, bem como das representações dos usuários sobre o processo saúde-doença (VIEIRA- DA SILVA; FORMIGLI, 1994), os resultados da PMS publicados em 2004, fizeram com que procurássemos então, investigar quais os fatores estariam associados a essa insatisfação e de que forma esta poderia estar associada às variáveis socioeconômicas, bem como suas diferenças regionais em saúde, tão amplamente debatidas nacionalmente.

Aliado a isso, a oportunidade de comparação desta pesquisa realizada no Brasil no ano de 2003 com uma pesquisa realizada em 2005 de abrangência estadual, possibilitou a nós pesquisadores, a avaliação de um mesmo instrumental, com representatividade nacional e estadual.

Os resultados encontrados nestas análises revelaram que de uma maneira em geral, o acesso e as condições dos serviços de saúde tem gerado os menores graus de satisfação na população brasileira. Os principais problemas identificados pelos usuários foram quase os mesmos para as duas pesquisas independentemente da forma de pagamento do serviço, sendo que os resultados mostraram-se sempre piores para os usuários exclusivos do SUS. Os achados da PMS e PMS-AB corroboram com os resultados encontrados numa pesquisa encomendada pelo CONASS em 2003, denominada “A saúde na opinião dos brasileiros”, onde foi relatado que grande parte da fonte de insatisfação com o atendimento do SUS está claramente vinculada ao fator

tempo de espera: demora em ser atendido, demora em filas de espera, demora para marcar consulta, demora na recepção (BRASIL, 2003).

As duas pesquisas, como esperado, apontaram para os mesmos eixos nas análises de componentes principais, sendo estes relativos à satisfação com o atendimento recebido pelos profissionais de saúde (qualidade dos profissionais de saúde), a satisfação com o acesso e as condições dos serviços de saúde (qualidade dos serviços) e, a satisfação com a resolução dos problemas de saúde enfrentados pela população.

Na pesquisa de âmbito nacional foi verificado que mais de 60% dos usuários do sistema de saúde são de usuários do SUS, independentemente da forma de assistência recebida (ambulatorial ou hospitalar). O tempo de espera quando o sujeito precisou de um atendimento ambulatorial e a liberdade de escolha do profissional de saúde pelos usuários, quando foi necessária uma internação, geraram os piores graus de satisfação no Brasil. Alguns estudos (Assis *et al.*, 2003; Lemme *et al.*, 1991) revelaram que nos diversos serviços, o acesso aos serviços foram os que geraram os piores graus de satisfação. Para O'Dwyer (2008), o acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado.

Segundo Ramos e Lima (2003), o acesso e o acolhimento são elementos essenciais para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciam a satisfação do usuário com o atendimento.

Alguns aspectos tiveram melhor avaliação em relação à satisfação dos usuários, sendo o respeito à intimidade durante as consultas e o sigilo das informações pessoais avaliados positivamente nas duas pesquisas. A habilidade dos profissionais de saúde, a disponibilidade de medicamentos, e a adequação dos equipamentos dos serviços foram considerados, pela maioria dos usuários, como sendo responsáveis pelos maiores percentuais de satisfação na pesquisa de âmbito nacional. Estes resultados corroboram com os encontrados na pesquisa do CONASS (BRASIL, 2003) onde o “bom atendimento” prestado por enfermeiros e médicos foi o fator citado como razão principal da satisfação daqueles que se declararam satisfeitos. Para Weiss (1988) que fez uma revisão extensa sobre satisfação de pacientes, as características dos profissionais de saúde que prestam o atendimento, como por exemplo, traços de personalidade; a qualidade técnica do mesmo, os aspectos da relação médico-paciente,

incluindo a comunicação entre os dois, bem como o resultado obtido na consulta, são determinantes da satisfação.

Segundo Lemme *et al.*(1991), é na comunicação entre os médicos e os pacientes que reside um dos mais importantes aspectos da satisfação, pois para estes autores, o estilo da comunicação predomina sobre a qualidade técnica no transcorrer da consulta. O médico que mostra interesse, amizade, desejo de ajudar, simpatia, humor e calor humano, consegue melhores respostas nos tratamentos e o maior grau de satisfação por parte de seus pacientes.

A análise da PMS-AB realizada em Pernambuco revelou que, como no Brasil, a maior parte dos usuários do sistema, é de usuários exclusivos do SUS. Na pesquisa de âmbito estadual, a maioria das pessoas que utilizam o sistema são jovens, do sexo feminino, desempregadas, com poucos bens no domicílio, e de baixa escolaridade. A maioria das pessoas que de alguma forma pagaram pelo seu atendimento, possuem alta escolaridade.

Em trabalho recente sobre o perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2006), a análise dos resultados revelou que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde independentemente da forma de pagamento do serviço, corroborando com nossos achados. Este fato pode ser atribuído a questões relacionadas à saúde reprodutiva, e ao fato de que as mulheres percebem suas necessidades de saúde de maneira diferente dos homens, apresentando mais queixas e doenças crônicas frequentemente com menor gravidade. De uma maneira geral, não encontramos diferenças de gênero significantes em relação à satisfação dos usuários.

O tempo de espera foi o fator que gerou os maiores percentuais de insatisfação por parte dos entrevistados no estado de Pernambuco, o que corrobora com os achados da pesquisa nacional e com uma comparação feita entre duas pesquisas realizadas nos anos de 1998 e 2003 (BRASIL, 2003), onde o problema mais grave dos serviços de saúde, citado nas duas pesquisas, era relativo às filas de espera. Mais uma vez, ficou evidente que o ponto sensível, para os brasileiros entrevistados, é referente ao fator tempo: tempo de espera para o atendimento.

De forma inversa aos achados da PMS brasileira, os resultados da PMS-AB, realizada em Pernambuco, revelaram que a disponibilidade de medicamentos tem sido um fator gerador de insatisfação no estado. Dada a importância estratégica para o sistema de saúde brasileiro, no ano de 1998 foi publicada pelo Ministério da Saúde uma

Portaria Ministerial que traçou a Política Nacional de Medicamentos. Esta Política veio para configurar e explicitar uma série de decisões de caráter geral adotadas pelo poder público e que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação a serem então seguidas na condução da matéria (NEGRI, 2009).

Nesta, são propostas um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde do cidadão que culmina com o acesso ao medicamento, que pelo que foi observado no Estado de Pernambuco, parece não estar tendo o efeito esperado no âmbito estadual. Na pesquisa do CONASS (BRASIL, 2003), 9,5% dos entrevistados acham que a falta de medicamentos é um problema de saúde que o governo deve resolver.

Observou-se, ainda, que o sentimento de discriminação foi o segundo fator responsável pela insatisfação, em qualquer uma das dimensões da assistência prestada nas duas pesquisas. As principais formas de discriminação apontadas pelos respondentes da pesquisa nacional foram: a falta de dinheiro e a classe social. Já no caso da pesquisa de âmbito estadual o sentimento de discriminação esteve mais associado à cor da pele do indivíduo. É importante salientar que os percentuais de indivíduos que se sentiram tratados pior por motivos relacionados à exclusão social foram sempre maiores para os usuários do SUS, em comportamento oposto aos princípios que regem o sistema de saúde brasileiro.

Historicamente no Brasil, a estrutura social é caracterizada pelas desigualdades e pela ausência de melhorias efetivas nas condições de vida que impuseram limitações importantes nos ganhos gerados pelo incremento das políticas públicas. Desde a década de 60, as desigualdades de financiamento da saúde já se faziam presentes pois, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho e maior o número de beneficiários, maior era a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população (BRASIL, 2002). As Regiões Sul e Sudeste, mais ricas, recebiam maior volume de financiamento. Alguns aspectos relacionados ao acesso e a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, de alguma forma reproduzem na atualidade, as desigualdades existentes no interior da sociedade.

Segundo Mendes (2001), a seletividade social no consumo dos serviços de saúde ainda é algo permanente e está relacionada com os grupos sociais tendo acesso diferenciado, quantitativo e qualitativo, aos diferentes segmentos do sistema.

A idéia de que as desigualdades entre as diversas regiões, ainda persistam no Brasil, conforme os achados de Lima-Costa *et al.* (2006), quando da análise das PNAD de 1998 e 2003 foi confirmada neste estudo, visto que foram encontradas maiores

chances de satisfação dos usuários da Região Sul, em relação aos achados para a Região Nordeste. Na pesquisa “A Saúde na Opinião dos Brasileiros” realizada no ano de 2003 (BRASIL, 2003), apesar de não terem sido encontradas grandes variações regionais na avaliação dos serviços do SUS, foi feita uma ressalva de que os melhores índices de avaliação do SUS pertencem a região Sul, enquanto que as regiões Nordeste e Norte tiveram as piores avaliações, o que reforça nossos achados.

Com base nos resultados da PNAD, Travassos, Oliveira e Viacava (2006), observaram que houve um aumento das desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde influenciado pela melhora de acesso nas regiões mais desenvolvidas comparativamente com as menos desenvolvidas, entre os anos de 1998 e 2003. Ainda segundo estes autores, na análise desagregada por regiões, persistiu o padrão de desigualdades influenciado particularmente pela renda e escolaridade. Para Ribeiro *et al.* (2006), as diferenças regionais em saúde decorrem mais das características socioeconômicas e demográficas de suas populações do que de padrões distintos de oferta de serviços.

Mesmo admitindo-se que os usuários de melhor condição socioeconômica apresentem maior expectativa e conseqüentemente avaliem com mais rigor os serviços prestados, gerando piores avaliações do sistema de saúde, os resultados encontrados nas duas pesquisas não confirmaram tal hipótese. É plausível admitir que exista um grau de expectativa já elevado na população, usuária ou não do SUS.

A Região Nordeste apresenta o menor IDH dentre as regiões do país (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2009), e isto pode estar refletido nos menores graus de satisfação encontrados na pesquisa de âmbito nacional, onde foi possível observar que as pessoas que residem nesta região e em particular no estado de Pernambuco, se sentiram mais insatisfeitas quando avaliaram a qualidade dos serviços prestados, independentemente do tipo de assistência recebida. A chance de se sentir insatisfeito foi elevada também quando analisou-se a resolutividade do sistema na hora de uma internação. Nossos resultados contradizem o que foi divulgado pela pesquisa realizada no país ano de 2003 (BRASIL, 2003), onde os usuários do SUS que tinham baixa escolaridade avaliaram o funcionamento do sistema positivamente, enquanto as pessoas com alta escolaridade avaliaram o sistema negativamente.

Segundo Brasil (2006b), o SUS tem uma avaliação positiva dos que o utilizam rotineiramente. Para Esperidião e Trad (2005), na literatura sobre satisfação dos usuários observa-se que a maioria dos estudos traz como resultado altas taxas de

satisfação, sendo este fenômeno conhecido como “elevação” das taxas de satisfação, acontecendo mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Encontramos de um modo geral, elevados níveis de satisfação para a maioria dos itens avaliados, chegando em alguns momentos a patamares superiores a 90% de satisfação tanto na PMS, quanto na PMS-AB. Alguns aspectos como disponibilidade de equipamentos, habilidades dos profissionais de saúde e relacionamento inter-pessoal, foram considerados como muito bons pela maioria dos usuários entrevistados.

Algumas dificuldades metodológicas não permitiram dar conta de responder completamente as perguntas investigativas, começando pela abordagem quantitativa da PMS e PMS-AB, que dificultaram o entendimento de algumas questões mais subjetivas da satisfação, que necessitam de uma abordagem mais aprofundada onde é necessário o aporte de outros métodos oriundos das Ciências Sociais, de natureza qualitativa. Os resultados encontrados refletiram os efeitos dos cuidados, servindo apenas de indicador indireto da qualidade tanto da estrutura, quanto do processo. A abordagem quantitativa permitiu que conseguíssemos revelar aspectos gerais da satisfação dos usuários, mas não nos permitiu a explicação da mesma. Talvez, o uso de técnicas quantitativas e qualitativas acionadas articuladamente, consigam ser uma boa estratégia para a avaliação da qualidade de serviços e sistemas de saúde, pois além de se complementarem, a mescla das abordagens metodológicas permitiria a avaliação de diferentes aspectos do mesmo fenômeno, possibilitando uma resposta mais adequada ao que se quer investigar, além de permitir aprofundar a compreensão da satisfação relatada.

Outra limitação refere-se a própria abordagem de resultados escolhida para trabalhar esta tese, que foi baseada na tríade proposta por Donabedian, e revela limitações inerentes ao próprio paradigma por ele elaborado, pois estas análises apresentam uma versão simplificada da realidade que servem como mecanismo de triagem, indicando problemas potenciais que podem ser melhor estudados nas abordagens da estrutura e do processo (VUORI, 1991).

Mais uma limitação observada neste trabalho, foi o tamanho da amostra da PMS-AB realizada em Pernambuco, que pode ser considerada pequena para as análises estatísticas utilizadas. Tal limitação dificulta, por exemplo, na identificação da associação da maioria das variáveis independentes com a satisfação, quando da análise dos resultados do modelo final da regressão logística.

Apesar destas limitações, o tipo de avaliação aqui utilizado atingiu seus objetivos, na medida em que permitiu verificar a existência de diferenças na satisfação dos usuários, além de permitir apontar para as fragilidades existentes no sistema de saúde brasileiro, como por exemplo, a falta de liberdade de escolha dos profissionais de saúde durante uma internação, a não participação dos usuários nas decisões sobre a conduta relacionada ao tratamento, a falta de medicamentos sentida pela população do estado de Pernambuco, dentre outras. A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe, o que pode, se bem trabalhado, ajudar muito no processo de reorganização dos serviços e do sistema e esta tese consegue apontar algumas dessas fragilidades percebidas pelos seus usuários.

A decisão política de aceitar e incorporar os resultados deste processo avaliativo, exigirá esforço dos gestores, voltado para o equacionamento dos problemas encontrados. A identificação dos fatores geradores da satisfação e da insatisfação dos usuários no sistema de saúde brasileiro é um passo no processo contínuo de mudanças necessárias ao SUS que podem subsidiar o planejamento e a tomada de decisões, na busca de uma maior efetividade, eficiência e legitimidade do sistema.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

- Os eixos encontrados nas análises de componentes principais nas duas pesquisas foram relativos à satisfação com a qualidade dos profissionais de saúde, com o acesso e as condições dos serviços de saúde e com a resolução dos problemas de saúde enfrentados pela população;
- Os resultados mostraram-se sempre piores para os usuários exclusivos do SUS nas duas pesquisas;
- Admitindo-se que os usuários de melhor condição socioeconômica apresentem maior expectativa e conseqüentemente avaliem com mais rigor os serviços prestados, gerando piores avaliações do sistema de saúde, a baixa escolaridade gerou maiores chances do usuários se sentirem insatisfeitos, quando da análise da qualidade dos profissionais de saúde. É plausível admitir que existe um grau de expectativa já elevado na população, usuária ou não do SUS;
- Não foram observadas diferenças do grau de satisfação entre os gêneros nas duas pesquisas;
- Os principais problemas identificados pelos usuários foram os mesmos nos dois grupos de usuários, os que pagaram e os que não pagaram pelo serviço prestado;
- O tempo de espera e as condições dos serviços de saúde geraram os menores graus de satisfação em todo o país;
- O sentimento de discriminação no atendimento mostrou-se consistentemente associado negativamente ao grau de satisfação, fazendo com que os usuários do sistema de saúde avaliassem o mesmo de forma pior;
- Na pesquisa de âmbito nacional, a não escolha do profissional de saúde pelo usuário quando foi necessária uma internação, gerou um alto grau de insatisfação;
- Na PMS brasileira não foram observadas diferenças entre o sexo, a idade, e a quantidade de bens das pessoas que tiveram atendimento ambulatorial, independente da forma de pagamento da assistência;
- A análise da pesquisa de abrangência nacional revelou que para os usuários do SUS houve predominância da baixa escolaridade e de desempregados, enquanto que para os indivíduos que pagaram pelo atendimento predominaram pessoas com alta escolaridade e empregados;

- Na PMS, dos que se internaram pelo SUS, houve predominância de jovens, mulheres, baixa escolaridade, e desempregados. Das que pagaram pela internação predominaram, pessoas com 40 anos ou mais, do sexo feminino, com alta escolaridade, e desempregados;
- Ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e auto-percepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro;
- Foram observadas diferenças regionais do grau de satisfação, pois os indivíduos residentes da Região Sul do país apresentam maiores chances de se sentirem satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto que para o Nordeste e em particular para Pernambuco, as chances de satisfação são menores quando avalia-se a qualidade dos serviços de saúde;
- No sistema de saúde pernambucano, existe predominância de atendimentos às pessoas jovens, do sexo feminino, em sua maioria sem trabalho e com poucos bens por domicílio;
- Os elevados graus de insatisfação quanto à disponibilidade de medicamentos encontrados no estado de Pernambuco, sugerem que no âmbito da assistência farmacêutica estadual, existem problemas de ordem estrutural que não tem permitido ao estado promover de forma satisfatória o acesso à população de medicamentos de qualidade e em quantidade adequadas ao menor preço possível. A ampliação do acesso aos medicamentos à população tem sido um dos grandes desafios impostos ao poder público. Deve-se então procurar despertar para uma reflexão do modelo assistencial ora desenvolvido no Estado;
- Os moradores do estado de Pernambuco apresentaram maior insatisfação na resolução de seus problemas de saúde, quando precisaram de internação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ADAMES, L. A B. *et al.* Avaliação da prática profissional de egressos de cursos de especialização em saúde Coletiva: a experiência de Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.28, n. 68, p. 265-272, set./dez.2004.
- AKERMAN, M. *et al.* Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-46, out. 2002.
- ALMEIDA, C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p. 207-220, set./dez. 2003.
- ALMEIDA, C. M. *et al.* Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, New York, v. 357, p. 1692-1697, 2001.
- ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D.R. *Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability*. Working Paper. Michigan: National Quality Research Center, The University of Michigan, 1992.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8 n.3, p.815-823, 2003.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. Evolução do IDH das Grandes Regiões e Unidades da Federação. *Boletim Regional do Banco Central do Brasil*. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/boletimregional/port/2009/01/br200901b1p.pdf> > Acesso em: 20 fev. 2009.
- BELISÁRIO, S. A. *et al.* *Descentralização da Saúde e Poder Local Em Minas Gerais*. Relatório Final. Disponível em: <<http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-1122-a.pdf> > Acesso em: 01 mar. 2009.
- BLUMENTHAL, D. - Quality of health care: What is it? *New England Journal of Medicine*, Londres, v.335, p. 891- 894, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção básica e Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>> Acesso em: 01 mar. 2009.

_____. *Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar.* Brasília, DF, 2001.

_____. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS*, 2002, São Paulo. [Trabalhos apresentados]. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf> Acesso em 20/06/2007.

_____. *Diretrizes operacionais para o pacto pela saúde 2006.* Pacto pela Saúde - reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006. Brasília, DF, 2006a.

_____. *Do sanitário à municipalização.* Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Visualizar_texto.cfm?idtxt=401> Acesso em: 12 ago. 2006, 2006b.

_____. *Carta dos direitos dos usuários da saúde.* 2. ed. Brasília, DF, (Série E. Legislação de Saúde), 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf> Acesso em: 22 fev. 2009.

CAMPOS, F. E. *Resolutividade: Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde.* Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1988.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *A Saúde na Opinião dos Brasileiros.* Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opinioao_brasileiros1.pdf> Acesso em: 12 fev. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). *Decreto nº 1651 de 28 de setembro de 1995*. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/dec_1651.htm> Acesso em: 01 ago. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A P., *et al.* *L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes.* Revue d'épidémiologie et de santé publique, Paris, v. 48, n. 6, p. 517-539, 2000.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. *In:* NEGRI, B.; GIOVANI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde.* Campinas, SP: UNICAMP, 2001. p. 307-321.

CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. *In:* MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.* Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007. p. 267-284.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. *In:* MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método.* Rio de Janeiro, RJ, Ed. FIOCRUZ, p.195-223, 2003.

DIAZ, M. D. M. Desigualdades socioeconômicas na Saúde – *Rev. Bras. de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v.57, n. 1, p. 75-25, jan./mar. 2003.

DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.* México DF: La Prensa Mexicana; 1984.

DONABEDIAN A The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. *In: the definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbor. Health Administration Press, 1988. p. 3-31.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*; 114:1115-8, 1990.

DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J.; FRANÇA, E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 55-63, fev. 2008

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 3-312, set./dez. 2005.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, jun. 2006.

FACCHINI, L. A., *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul./set. 2006.

FLEURY, S.; ALVES, R. Reforma previdenciária no Brasil em três momentos - *Rev. adm. Publica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 979-1022, Nov./Dez. 2004.

GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n. 64, p. 155-164, maio/ago. 2003.

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas*. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 1997.

HEIMANN, L. S. *et al* Avaliação dos sistemas municipais de saúde: uma proposta teórico-metodológica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.28, n. 67, p. 140-148, maio/ago. 2004.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de Saúde Pública e Previdência, 1937 – 45. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: ed. FGV, 1999, p.73-93.

IBGE *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2005*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/default.shtm>> Acesso em: 13 out. 2006.

IBGE *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>> Acesso em: 12 fev. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA *Pesquisa de opinião pública sobre a saúde pública*. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <www.ibope.com.br/pesquisas> Acesso em: 06 set. 2006.

KOTAKA, F.; PACHECO, M. L. R.; HIGAKI, Y. The evaluation by users of hospitals which participate in the hospital quality program of S. Paulo state, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-7, abr. 1997.

LABRA, M.E. Associativismo no setor Saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 193-225, 1993.

LEMME, A.C., NORONHA, G., RESENDE, J.B. A Satisfação do Usuário em Hospital Universitário. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 41-46, fev. 1991.

LESSA, I.; POUSADA, J.M.D.C. Qualidade da assistência médica ao diabético – *Arq. Bras. Méd.* v. 62, n. 6, p. 459-463, Nov./dez. 1988.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*: Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomo I.

MIGUEL, L. F. Impasses da *accountability*: dilemas e alternativas da representação política. *Rev. Sociol. Polit.*, n. 25, p. 25-38, nov. 2005.

MILAN, G. S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-eletrônica*, São Paulo, v. 4, n. 2, Art. 17, jul./dez. 2005.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. – *Ciênc. saúde coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NEGRI, B. *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90*: avanços e limites. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NEGRI, B. *A Política Nacional de Medicamentos*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/03_negri.pdf> Acesso em: 23 fev. 2009.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. – AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Org.) *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará; 1994. p. 73-111.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-48. set./out. 2008.

OLIVEIRA, M. R.; PALHA, P. F. – Prevenindo a doença ou promovendo a saúde? O discurso dos trabalhadores da saúde do nível médio e elementar nas equipes de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 100-111, maio/ago. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación em el proceso de gestion para el desarrollo Nacional de la salud “Salud para Todos”*. Genebra, 1981.

_____ *The World Health report 2000*. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE A Saúde no Brasil. Brasília, DF, 1998.

PAIM, J. S. *Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1998.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.) *Epidemiologia & Saúde* 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, p. 587-603, 2003.

PAIVA, C. H. A. *A Organização Panamericana de Saúde (Opas) e a Reforma de Recursos Humanos na Saúde na América Latina (1960-70)*. Texto produzido em outubro-janeiro de 2004. Disponível em: <www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf> Acesso em: 22 fev. 2007.

POLIGNANO, M. V. *História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão*. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.rtf> Acesso em: 4 maio 2007.

PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-391, jul./set. 1994.

PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA. *Expansão do Saúde da Família*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao_sf.php> Acesso em: 01 mar. 2009.

RIBEIRO, J. M. Regulação e contratualização no setor saúde. *In: NEGRI, B.; GIOVANI, G. (Org.) Brasil: radiografia da saúde.* Campinas, SP: UNICAMP, 2001. p. 409-443.

RIBEIRO, José Mendes *et al.* Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – Pnad 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, out./dez. 2006.

SANTOS, E. M.; NATAL, S. *Importância da avaliação no contexto das políticas de saúde no Brasil.* Curso Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/AIDS. Dimensão sócio-histórica. Brasília, DF: PNDST/AIDS, 2005.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, jul./set. 2004.

SILVA JÚNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço: Uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.* 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2004.

SZWARCWALD, C. L., BASTOS, F. I., ANDRADE, C. L. T. Medidas de desigualdad em salud: la discusión de alguns aspectos metodológicos com uma aplicación para la mortalidad neonatal em el Município de Rio de Janeiro, 2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 959-970, jul./ago. 2002.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números. *RADIS*, Rio de Janeiro, v. I, n. 23, p. 14-33, 2004.

SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C.; GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, sup. 1, S11-S22, dez. 2005.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. *In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.) Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.* Petrópolis, RJ, 2004. p. 121-136

TEIXEIRA, S.M.F. *et al.* Sanitarismo desenvolvimentista. *In: Antecedentes da Reforma Sanitária*. Textos de apoio ENSP. Programa de Educação Continuada, p. 15 – 19, Rio de Janeiro, 1988.

TRAD, L. A B.; BASTOS, A C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família(PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. – Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599-613, jul./set. 2005.

VASCONCELLOS, M. T. L.; SILVA, P. L. N.; SZWARCOWALD, C. L. - Sampling design for the *World Health Survey* in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, sup. 1, S89-S99, 2005.

VIANA, A. L. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, sup., p. 139-151, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde *In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). Avaliação em saúde*. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

VUORI, H. Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1982.

VUORI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 17-25, fev. 1991.

WEISS, L.G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med. Care*, Virginia Commonwealth University, v. 26, p. 383-392, 1988.

APÉNDICES

APÊNDICE A - TABELAS COMPLEMENTARES DO 2º ARTIGO

Tabela 1: Número absoluto e percentual (%) das variáveis socioeconômicas e demográficas segundo assistência ambulatorial e forma de pagamento. Pernambuco, 2005.

Atendimento Ambulatorial						
Variáveis	Forma de pagamento				Valor de p	
	Não SUS		SUS			
	N	%	N	%		
Faixa etária (anos)						
18 a 29	66	47,1	140	37,0		
30 a 39	31	22,1	86	22,8		
40 a 59	26	18,6	105	27,8		
60 a 69	8	5,7	27	7,1		
70 ou mais	9	6,4	20	5,3	0,158	
Sexo						
Masculino	62	44,3	133	35,2		
Feminino	78	55,7	245	64,8	0,058	
Escolaridade						
Fundamental incompleto	43	30,7	266	70,6		
Fundamental completo e mais	97	69,3	111	29,4	<0,001	
Situação de trabalho						
Servidor público	14	10,1	7	1,9		
Empregado com carteira	24	17,3	16	4,2		
Empregado sem carteira	12	8,6	20	5,3		
Trabalha por conta própria	18	12,9	96	25,5		
Não trabalha	71	51,1	238	63,1	<0,001	
Número de bens						
Até 1	36	25,7	194	51,5		
> 1 a 2	67	47,9	147	39,0		
> 2 a 3	15	10,7	24	6,4		
> 3 a 4	5	3,6	10	2,7		
> 4	17	12,1	2	0,5	< 0,001	

Tabela 2: Número absoluto e percentual (%) das variáveis socioeconômicas e demográficas segundo assistência hospitalar e forma de pagamento. Pernambuco, 2005.

Internação Hospitalar						
Variáveis	Forma de pagamento				Valor de p	
	Não SUS		SUS			
	N	%	N	%		
Faixa etária (anos)						
18 a 29	5	45,5	35	56,5		
30 a 39	3	27,3	7	11,3		
40 a 59	1	9,1	10	16,1		
60 a 69	0	0	6	9,7		
70 ou mais	2	18,2	4	6,5	-	
Sexo						
Masculino	5	41,7	13	21,3		
Feminino	7	58,3	48	78,7	0,155	
Escolaridade						
Fundamental incompleto	2	16,7	39	63,9		
Fundamental completo e mais	10	83,3	22	36,1	0,003	
Situação de trabalho						
Servidor público	1	7,7	6	9,8		
Empregado com carteira	2	15,4	1	1,6		
Empregado sem carteira	1	7,7	1	1,6		
Trabalha por conta própria	2	15,4	7	11,5		
Não trabalha	7	53,8	46	75,4	-	
Número de bens						
Até 1	2	18,2	30	48,4		
> 1 a 2	6	54,5	20	32,3		
> 2 a 3	2	18,2	12	19,4		
> 3 a 4	0	0	0	0		
> 4	1	9,1	0	0	-	

Tabela 3: Percentual (%) de indivíduos que sofreram algum tipo de discriminação segundo o tipo de assistência e forma de pagamento. Pernambuco, 2005.

Atendimento Ambulatorial				
Aspecto	Forma de pagamento		Total	Valor de p
	Não SUS	SUS		
Discriminação por sexo	0	0,3	0,2	1,000
Discriminação por idade	0	0,5	0,4	1,000
Discriminação por falta de dinheiro	0	1,1	0,8	0,578
Discriminação por classe social	0	1,1	0,8	0,578
Discriminação por cor	0	0,8	0,6	0,567
Discriminação por preferência sexual	0	0,3	0,2	1,000
Discriminação por tipo de doença	0	0,5	0,4	1,000
Internação Hospitalar				
Aspecto	Forma de pagamento		Total	Valor de p
	Não SUS	SUS		
Discriminação por sexo	0	0	0	-
Discriminação por idade	0	0	0	-
Discriminação por falta de dinheiro	0	1,6	1,4	1,000
Discriminação por classe social	0	1,6	1,4	1,000
Discriminação por cor	8,3	0	1,4	0,164
Discriminação por preferência sexual	0	0	0	-
Discriminação por tipo de doença	0	0	0	-

Fonte: Pesquisa Mundial de Saúde_AB: 2005

Os percentuais foram calculados para os grupos SUS e não SUS sobre o total de indivíduos que receberam assistência ambulatorial ou tiveram internação hospitalar.

APÊNDICE B - TABELAS COMPLEMENTARES DO 3º ARTIGO

Tabela 1 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada (^a) e multivariada (^b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	939	460	49,0	1,0	-	-	-
18 a 39 anos	973	496	51,0	1,1	0,9 - 1,3	-	-
Sexo							
Masculino	848	400	47,2	1,0	-	1,0	-
Feminino	1063	556	52,3	1,2 *	1,0 - 1,5	1,4 *	1,1 - 1,7
Escolaridade							
1º grau completo e +	941	562	59,7	1,0	-	1,0	-
1º grau incompleto	971	394	40,6	0,5 *	0,4 - 0,6	0,7 *	0,1 - 0,8
Forma de Pagamento							
Não SUS	777	519	66,8	1,0	-	1,0	-
SUS	1127	435	38,6	0,3 *	0,3 - 0,4	0,4 *	0,1 - 0,5
Estado conjugal							
Solteiro (a)	557	296	53,1	1,0	-	-	-
Casado (a)	1122	541	48,2	0,8	0,7 - 1,0	-	-
Separado (a)	119	59	49,6	0,9	0,6 - 1,3	-	-
Viúvo (a)	114	59	51,8	1,0	0,6 - 1,4	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	1051	602	57,3	1,0	-	1,0	-
Ruim	860	354	41,2	0,5 *	0,4 - 0,6	0,7 *	0,1 - 0,9
Doença de longa duração							
Não	1366	712	52,1	1,0	-	-	-
Sim	538	240	44,6	0,7 *	0,6 - 0,9	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	1515	741	48,9	1,0	-	1,0	-
Sim	393	214	54,5	1,3 *	1,0 - 1,6	1,4 *	0,1 - 1,8
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	1028	534	51,9	1,0	-	1,0	-
Sim	877	421	48,0	0,9	0,7 - 1,0	0,8	0,7 - 1,0

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 2 - Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada (^a) e multivariada (^b) da associação das características dos domicílios dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Tipo de construção							
Material permanente	1799	909	50,5	1,0	-	-	-
Material não permanente	50	16	32,0	0,5 *	0,3 - 0,8	-	-
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)							
		(4,0±1,7)		0,9 *	0,9 - 1,0	0,9 *	0,9 - 1,0
Indicador de Bens (média+desvio padrão)							
		(2,1±1,3)		1,5 *	1,4 - 1,6	1,5 *	1,3 - 1,6
Estrato geográfico							
Sudeste	867	438	50,5	1,0	-	1,0	-
Norte	58	32	55,2	1,2	0,7 - 2,1	1,7	1,0 - 2,9
Nordeste sem Pernambuco	473	186	39,3	0,6 *	0,5 - 0,8	1,0	0,8 - 1,4
Sul	297	186	62,6	1,6 *	1,3 - 2,1	1,6 *	1,2 - 2,1
Centro-Oeste	128	71	55,5	1,2	0,8 - 1,8	1,2	0,8 - 1,8
Pernambuco	89	43	48,3	0,9	0,6 - 1,4	1,4	0,9 - 2,2

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 3 – Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial com o grau de satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003.

Características Gerais	OR	95% CI	p-value
Sexo			
Masculino	1,0	-	-
Feminino	1,3	1,1 – 1,6	0,010
Escolaridade			
1º grau completo e +	1,0	-	-
1º grau incompleto	0,7	0,6 – 0,9	0,007
Forma de Pagamento			
Não SUS	1,0	-	-
SUS	0,4	0,4 – 0,6	<0,001
Auto-percepção de saúde			
Boa	1,0	-	-
Ruim	0,7	0,6 – 0,9	0,002
Diagnóstico de depressão			
Não	1,0	-	-
Sim	1,2	1,0 – 1,6	0,087
Estrato geográfico			
Sudeste	1,0	-	-
Norte	1,6	0,9 – 2,9	0,099
Nordeste sem Pernambuco	1,0	0,8 – 1,3	0,842
Sul	1,6	1,2 – 2,2	0,001
Centro-Oeste	1,2	0,8 – 1,8	0,293
Pernambuco	1,3	0,8 – 2,1	0,242
Indicador de Bens (media)	1,2	1,1 – 1,3	0,001
Moradores por domicílio (media)	0,9	0,9 – 1,0	0,022

Tabela 4 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	938	488	52,0	1,0	-	1,0	-
18 a 39 anos	973	467	48,0	0,9	0,7 - 1,0	0,8 *	0,7 - 1,0
Sexo							
Masculino	848	441	52,0	1,0	-	-	-
Feminino	1064	514	48,3	0,9	0,7 - 1,0	-	-
Escolaridade							
1º grau completo e +	940	503	53,5	1,00	-	1,0	-
1º grau incompleto	971	452	46,5	0,8 *	0,6 - 0,9	1,2	1,0 - 1,5
Forma de Pagamento							
Não SUS	777	525	67,6	1,0	-	1,0	-
SUS	1127	425	37,7	0,3 *	0,2 - 0,4	0,3 *	0,2 - 0,4
Estado conjugal							
Solteiro (a)	556	282	50,7	1,0	-	-	-
Casado (a)	1122	557	49,6	1,0	0,8 - 1,2	-	-
Separado (a)	118	56	47,5	0,9	0,6 - 1,3	-	-
Viúvo (a)	113	59	52,2	1,1	0,7 - 1,6	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	1050	582	55,4	1,0	-	1,0	-
Ruim	860	373	43,4	0,6 *	0,5 - 0,7	0,8 *	0,6 - 0,9
Doença de longa duração							
Não	1366	706	51,7	1,0	-	-	-
Sim	537	245	45,6	0,8 *	0,6 - 1,0	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	1514	748	49,4	1,0	-	-	-
Sim	394	205	52,0	1,1	0,9 - 1,4	-	-
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	1028	538	52,3	1,0	-	-	-
Sim	878	415	47,3	0,8 *	0,7 - 1,0	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 5 - Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada (^a) e multivariada (^b) da associação das características dos domicílios dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Tipo de construção							
Material permanente	1799	900	50,0	1,0	-	-	-
Material não permanente	49	21	42,9	0,8	0,4 – 1,3	-	-
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)							
		(4,0±1,8)		0,9 *	0,9 – 1,0	0,9 *	0,9 – 1,0
Indicador de Bens (média+desvio padrão)							
		(2,0±1,3)		1,3 *	1,2 – 1,4	1,2 *	1,1 – 1,3
Estrato geográfico							
Sudeste	867	448	51,7	1,0	-	1,0	-
Norte	58	29	50,0	0,9	0,5 – 1,6	1,1	0,6 – 1,9
Nordeste sem Pernambuco	473	193	40,8	0,6 *	0,5 – 0,8	0,9	0,7 – 1,1
Sul	297	181	60,9	1,5 *	1,1 – 1,9	1,4 *	1,1 – 1,8
Centro-Oeste	127	70	55,1	1,1	0,8 – 1,7	1,1	0,8 – 1,7
Pernambuco	89	34	38,2	0,6 *	0,4 – 0,9	0,7	0,5 – 1,1

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 6 – Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial com o grau de satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003.

Características Gerais	OR	95% CI	p-value
Escolaridade			
1º grau completo e +	1,0	-	-
1º grau incompleto	1,3	1,0 – 1,6	0,035
Forma de Pagamento			
Não SUS	1,0	-	-
SUS	0,3	0,2 – 0,4	<0,001
Auto-percepção de saúde			
Boa	1,0	-	-
Ruim	0,8	0,6 – 1,0	0,025
Estrato geográfico			
Sudeste	1,0	-	-
Norte	1,1	0,7 – 2,0	0,636
Nordeste sem Pernambuco	0,8	0,7 – 1,1	0,177
Sul	1,5	1,1 – 2,0	0,006
Centro-Oeste	1,1	0,7 – 1,6	0,794
Pernambuco	0,7	0,4 – 1,1	0,098
Moradores por domicílio (média)	1,0	0,9 – 1,0	0,074

Tabela 7 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolutividade. Brasil, 2003.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	939	494	52,6	1,0	-	-	-
18 a 39 anos	973	461	47,4	0,8	0,7 – 1,0	-	-
Sexo							
Masculino	848	453	53,4	1,0	-	1,0	-
Feminino	1064	502	47,2	0,8 *	0,6 – 0,9	0,8 *	0,6 – 0,9
Escolaridade							
1º grau completo e +	940	408	43,4	1,0	-	1,0	-
1º grau incompleto	971	547	56,3	1,7 *	1,4 – 2,0	1,6 *	1,3 – 1,9
Forma de Pagamento							
Não SUS	777	335	43,1	1,0	-	1,0	-
SUS	1127	614	54,5	1,6 *	1,3 – 1,9	1,4 *	1,1 – 1,7
Estado conjugal							
Solteiro (a)	556	269	48,4	1,0	-	-	-
Casado (a)	1122	569	50,7	1,1	0,9 – 1,3	-	-
Separado (a)	118	61	51,7	1,1	0,8 – 1,7	-	-
Viúvo (a)	114	56	49,1	1,0	0,7 – 1,5	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	1050	502	47,8	1,0	-	-	-
Ruim	860	452	52,6	1,2 *	1,0 – 1,4	-	-
Doença de longa duração							
Não	1366	672	49,2	1,0	-	-	-
Sim	538	281	52,2	1,1	0,9 – 1,4	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	1515	773	51,0	1,0	-	1,0	-
Sim	393	180	45,8	0,8	0,6 – 1,0	0,8	0,7 – 1,0
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	1028	530	51,6	1,0	-	-	-
Sim	877	419	47,8	0,9	0,7 – 1,0	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 8 - Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada (^a) e multivariada (^b) da associação das características dos domicílios dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolatividade. Brasil, 2003.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Tipo de construção							
Material permanente	1799	898	49,9	1,0	-	-	-
Material não permanente	50	26	52,0	1,1	0,6 – 1,9	-	-
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)							
		(4,3 ± 1,9)		1,0	1,0 – 1,1	-	-
Indicador de Bens (média+desvio padrão)							
		(1,6 ± 1,2)		0,8 *	0,7 – 0,8	0,8 *	0,7 – 0,9
Estrato geográfico							
Sudeste	867	425	49,0	1,0	-	1,0	-
Norte	58	15	25,9	0,4 *	0,2 – 0,7	0,3 *	0,2 – 0,6
Nordeste sem Pernambuco	472	274	58,1	1,4 *	1,1 – 1,8	1,1	0,9 – 1,4
Sul	297	124	41,8	0,7 *	0,6 – 1,0	0,8 *	0,6 – 1,0
Centro-Oeste	128	65	50,8	1,1	0,7 – 1,5	1,1	0,7 – 1,5
Pernambuco	89	52	58,4	1,5	0,9 – 2,3	1,2	0,7 – 1,8

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 9 – Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial com o grau de satisfação, em relação à resolutividade. Brasil, 2003.

Características Gerais	OR	95% CI	p-value
Sexo			
Masculino	1,0	-	-
Feminino	0,8	0,6 – 0,9	0,005
Escolaridade			
1º grau completo e +	1,0	-	-
1º grau incompleto	1,4	1,1 – 1,7	0,002
Forma de Pagamento			
Não SUS	1,0	-	-
SUS	1,2	1,0 – 1,5	0,056
Estrato geográfico			
Sudeste	1,0	-	-
Norte	0,3	0,2 – 0,6	<0,001
Nordeste sem Pernambuco	1,1	0,9 – 1,4	0,373
Sul	0,8	0,6 – 1,0	0,047
Centro-Oeste	1,1	0,7 – 1,6	0,640
Pernambuco	1,2	0,8 – 1,9	0,381
Indicador de Bens (media)	0,9	0,8 – 1,0	0,006

Tabela 10 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que se internaram e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	545	303	55,6	1,0	-	1,0	-
18 a 39 anos	708	323	45,6	0,7 *	0,5 – 0,8	0,6 *	0,5 – 0,8
Sexo							
Masculino	428	211	49,3	1,0	-	-	-
Feminino	825	415	50,3	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Escolaridade							
1º grau completo e +	541	300	55,5	1,0	-	-	-
1º grau incompleto	712	326	45,8	0,7 *	0,5 – 0,8	-	-
Forma de Pagamento							
Não SUS	379	262	69,1	1,0	-	1,0	-
SUS	874	364	41,6	0,3 *	0,2 – 0,4	0,4 *	0,3 – 0,5
Estado conjugal							
Solteiro (a)	250	118	47,2	1,0	-	-	-
Casado (a)	841	430	51,1	1,2	0,9 – 1,6	-	-
Separado (a)	79	39	49,4	1,1	0,7 – 1,8	-	-
Viúvo (a)	84	40	47,6	1,0	0,6 – 1,7	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	556	313	56,3	1,0	-	1,0	-
Ruim	698	313	44,8	0,6 *	0,5 – 0,8	0,6 *	0,5 – 0,8
Doença de longa duração							
Não	767	378	49,3	1,0	-	-	-
Sim	481	248	51,6	1,1	0,9 – 1,4	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	945	469	49,6	1,0	-	-	-
Sim	304	154	50,7	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	567	304	53,6	1,0	-	-	-
Sim	683	321	47,0	0,8 *	0,6 – 1,0	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 11 – Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que se internaram e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características do domicílio dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeito		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Tipo de construção							
Material permanente	1162	588	50,6	1,0	-	-	-
Material não permanente	58	22	37,9	0,6	0,4 – 1,0	-	-
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)							
		(4,1 ± 1,8)		0,9 *	0,9 – 1,0	-	-
Indicador de Bens (média+desvio padrão)							
		(1,9 ± 1,3)		1,6 *	1,4 – 1,8	1,6 *	1,4 – 1,8
Estrato geográfico							
Sudeste	533	271	50,8	1,0	-	1,0	-
Norte	55	23	41,8	0,7	0,4 – 1,2	0,8	0,4 – 1,4
Nordeste sem Pernambuco	291	117	40,2	0,6 *	0,5 – 0,9	1,2	0,8 – 1,6
Sul	225	141	62,7	1,6 *	1,2 – 2,2	1,6 *	1,1 – 2,2
Centro-Oeste	84	53	63,1	1,6 *	1,0 – 2,6	1,5	0,9 – 2,4
Pernambuco	64	21	32,8	0,5 *	0,3 – 0,8	0,7	0,4 – 1,1

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 12– Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que se internaram com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Brasil, 2003.

Características Gerais	OR	95% CI	p-value
Faixa etária			
40 anos e +	1,0	-	-
18 a 39 anos	0,6	0,5 – 0,8	<0,001
Forma de Pagamento			
Não SUS	1,0	-	-
SUS	0,5	0,4 – 0,7	<0,001
Auto-percepção de saúde			
Boa	1,0	-	-
Ruim	0,6	0,5 – 0,8	<0,001
Indicador de Bens (média)	1,4	1,2 – 1,6	<0,001
Estrato geográfico			
Sudeste	1,0	-	-
Norte	1,0	0,6 – 1,9	0,894
Nordeste sem Pernambuco	1,2	0,8 – 1,7	0,321
Sul	1,6	1,1 – 2,2	0,006
Centro-Oeste	1,5	0,9 – 2,4	0,144
Pernambuco	0,6	0,4 – 1,1	0,118

Tabela 13 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que se internaram e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	545	268	49,2	1,0	-	-	-
18 a 39 anos	707	308	43,6	0,8 *	0,6 – 1,0	-	-
Sexo							
Masculino	429	196	45,7	1,0	-	-	-
Feminino	825	381	46,2	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Escolaridade							
1º grau completo e +	541	280	51,8	1,0	-	-	-
1º grau incompleto	712	297	41,7	0,7 *	0,5 – 0,8	-	-
Forma de Pagamento							
Não SUS	379	249	65,7	1,0	-	1,0	-
SUS	875	328	37,5	0,3 *	0,2 – 0,4	0,3 *	0,3 – 0,4
Estado conjugal							
Solteiro (a)	250	100	40,0	1,0	-	1,0	-
Casado (a)	840	407	48,5	1,4 *	1,1 – 1,9	1,5 *	1,1 – 2,0
Separado (a)	79	32	40,5	1,0	0,6 – 1,7	1,1	0,6 – 1,8
Viúvo (a)	84	38	45,2	1,2	0,8 – 2,0	1,6	0,9 – 2,7
Auto-percepção de saúde							
Boa	556	289	52,0	1,0	-	1,0	-
Ruim	698	288	41,3	0,6 *	0,5 – 0,8	0,7 *	0,7 – 0,9
Doença de longa duração							
Não	767	353	46,0	1,0	-	-	-
Sim	480	223	46,5	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	944	434	46,0	1,0	-	-	-
Sim	304	142	46,7	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	568	283	49,8	1,0	-	-	-
Sim	682	293	43,0	0,8 *	0,6 – 1,0	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 14 - Distribuição das variáveis quanto às características dos domicílios das pessoas que se internaram e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos domicílios dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Tipo de construção							
Material permanente	1161	534	46,0	1,0	-	-	-
Material não permanente	58	22	37,9	0,7	0,4 – 1,3	-	-
Moradores por domicílio (media+desvio padrão)							
		(4,2 ± 1,9)		0,9 *	0,9 – 1,0	0,9 *	0,9 – 1,0
Indicador de Bens (media+desvio padrão)							
		(1,9 ± 1,3)		1,4 *	1,3 – 1,5	1,5 *	1,3 – 1,6
Estrato geográfico							
Sudeste	532	264	49,6	1,0	-	1,0	-
Norte	56	26	46,4	0,9	0,5 – 1,5	1,1	0,6 – 1,9
Nordeste sem Pernambuco	291	126	43,3	0,8	0,6 – 1,0	1,4	1,0 – 1,9
Sul	225	100	44,4	0,8	0,6 – 1,1	0,8	0,7 – 1,1
Centro-Oeste	84	40	47,6	0,9	0,6 – 1,4	0,8	0,5 – 1,3
Pernambuco	64	20	31,3	0,5 *	0,3 – 0,8	0,7	0,4 – 1,2

* - valor de p < 0,05

Tabela 15– Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que se internaram com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Brasil, 2003.

Características Gerais	OR	95% CI	p-value
Estado conjugal			
Solteiro (a)	1,0	-	-
Casado (a)	1,6	1,1 – 2,1	0,004
Separado (a)	1,0	0,6 – 1,8	0,944
Viúvo (a)	1,8	1,0 – 3,0	0,035
Forma de Pagamento			
Não SUS	1,0	-	-
SUS	0,4	0,3 – 0,5	<0,001
Auto-percepção de saúde			
Boa	1,0	-	-
Ruim	0,7	0,6 – 0,9	0,010
Indicador de Bens (media)	1,34	1,1 – 1,4	<0,001
Estrato geográfico			
Sudeste	1,0	-	-
Norte	1,2	0,7 – 2,1	0,589
Nordeste sem Pernambuco	1,3	1,0 – 1,9	0,088
Sul	0,8	0,5 – 1,1	0,103
Centro-Oeste	0,7	0,4 - 1,2	0,177
Pernambuco	0,6	0,3 – 1,1	0,088

Tabela 16 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que se internaram e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolutividade. Brasil, 2003.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	546	270	49,5	1,0	-	-	-
18 a 39 anos	707	356	50,4	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Sexo							
Masculino	429	211	49,2	1,0	-	-	-
Feminino	824	415	50,4	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Escolaridade							
1º grau completo e +	541	232	42,9	1,0	-	1,0	-
1º grau incompleto	712	394	55,3	1,7 *	1,3 – 2,1	1,4 *	1,1 – 1,8
Forma de Pagamento							
Não SUS	378	149	39,4	1,0	-	1,0	-
SUS	874	477	54,6	1,9 *	1,5 – 2,4	1,6 *	1,2 – 2,1
Estado conjugal							
Solteiro (a)	250	125	50,0	1,0	-	-	-
Casado (a)	840	418	49,8	1,0	0,7 – 1,3	-	-
Separado (a)	78	46	59,0	1,4	0,9 – 2,4	-	-
Viúvo (a)	84	37	44,0	0,8	0,5 – 1,3	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	556	248	44,6	1,0	-	1,0	-
Ruim	697	378	54,2	1,5 *	1,2 – 1,8	1,3 *	1,0 – 1,6
Doença de longa duração							
Não	768	382	49,7	1,0	-	-	-
Sim	480	241	50,2	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	944	470	49,8	1,0	-	-	-
Sim	304	153	50,3	1,0	0,8 – 1,3	-	-
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	567	268	47,3	1,0	-	-	-
Sim	682	354	51,9	1,2	1,0 – 1,5	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 17 – Distribuição das variáveis quanto às características dos domicílios das pessoas que se internaram e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos domicílios dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolatividade. Brasil, 2003.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Tipo de construção							
Material permanente	1161	580	50,0	1,0	-	-	-
Material não permanente	58	34	58,6	1,4	0,8 – 2,3	-	-
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)							
		(4,5 ± 2,1)		1,1 *	1,0 – 1,1	1,1	1,0 – 1,1
Indicador de Bens (média+desvio padrão)							
		(1,4 ± 1,1)		0,7 *	0,7 – 0,8	0,7 *	0,6 – 0,8
Estrato geográfico							
Sudeste	532	268	50,4	1,0	-	1,0	-
Norte	55	28	50,9	1,0	0,6 – 1,8	0,9	0,5 – 1,5
Nordeste sem Pernambuco	292	168	57,5	1,3 *	1,0 – 1,8	0,8	0,6 – 1,1
Sul	225	108	48,0	0,9	0,7 – 1,2	0,9	0,7 – 1,3
Centro-Oeste	84	33	39,3	0,6	0,4 – 1,0	0,7	0,4 – 1,1
Pernambuco	65	21	32,3	0,5 *	0,3 – 0,8	0,3 *	0,2 – 0,6

* - valor de p < 0,05

Tabela 18– Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que se internaram com a satisfação, em relação à resolatividade. Brasil, 2003.

Características Gerais		OR	95% CI	p-value
Auto-percepção de saúde				
	Boa	1,0	-	-
	Ruim	1,3	1,0 – 1,6	0,029
Indicador de Bens (média)		0,7	0,6 – 0,8	<0,001
Moradores por domicílio (média)		1,1	1,0 – 1,1	0,078
Estrato geográfico				
	Sudeste	1,0	-	-
	Norte	0,8	0,5 – 1,5	0,531
	Nordeste sem Pernambuco	0,8	0,6 – 1,1	0,168
	Sul	0,9	0,7 – 1,3	0,649
	Centro-Oeste	0,7	0,4 – 1,1	0,138
	Pernambuco	0,3	0,2 – 0,6	<0,001

Tabela 19 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	146	69	47,3	1,0	-	-	-
18 a 39 anos	273	152	55,7	1,4	0,9 – 2,1	-	-
Sexo							
Masculino	147	74	50,3	1,0	-	-	-
Feminino	272	147	54,0	1,2	0,8 – 1,7	-	-
Escolaridade							
1º grau completo e +	160	100	62,5	1,0	-	1,0	-
1º grau incompleto	258	121	46,9	0,5*	0,4 – 0,8	0,6*	0,4 – 0,9
Forma de Pagamento							
Não SUS	106	68	64,2	1,0	-	-	-
SUS	313	153	48,9	0,5*	0,3 – 0,8	-	-
Estado conjugal							
Solteiro (a)	103	60	58,3	1,0	-	-	-
Casado (a)	248	125	50,4	0,7	0,5 – 1,2	-	-
Separado (a)	42	26	61,9	1,1	0,5 – 2,4	-	-
Viúvo (a)	26	10	38,5	0,5	0,2 – 1,1	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	202	110	54,5	1,0	-	-	-
Ruim	216	111	51,4	0,9	0,6 – 1,3	-	-
Doença de longa duração							
Não	338	181	53,6	1,0	-	-	-
Sim	80	40	50,0	0,9	0,5 – 1,4	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	366	193	52,7	1,0	-	-	-
Sim	52	28	53,8	1,0	0,6 – 1,9	-	-
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	227	128	56,4	1,0	-	-	-
Sim	192	93	48,4	0,7	0,5 – 1,1	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 20 - Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada da associação das características do domicílio dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI
		N	%		
Tipo de construção					
Material permanente	407	214	52,6	1,0	-
Material não permanente	12	7	58,3	1,3	0,4 – 4,1
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)					
		(4,2 ± 1,8)		1,0	0,9 – 1,1
Indicador de Bens (média+desvio padrão)					
		(1,3 ± 1,0)		1,2	1,0 – 1,5

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 21 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	93	25	26,9	1,0	-	-	-
18 a 39 anos	206	55	26,7	1,0	0,6 – 1,8	-	-
Sexo							
Masculino	104	35	33,7	1,0	-	1,0	-
Feminino	195	45	23,1	0,6 *	0,3 – 1,0	0,6	0,3 – 1,1
Escolaridade							
1º grau completo e +	133	46	34,6	1,00	-	-	-
1º grau incompleto	166	35	21,1	0,5 *	0,3 – 0,8	-	-
Forma de Pagamento							
Não SUS	81	43	53,1	1,0	-	1,0	-
SUS	218	37	17,0	0,2 *	0,1 – 0,3	0,2 *	0,1 – 0,3
Estado conjugal							
Solteiro (a)	81	25	30,9	1,0	-	-	-
Casado (a)	175	50	28,6	0,9	0,5 – 1,5	-	-
Separado (a)	28	4	14,3	0,3	0,1 – 1,1	-	-
Viúvo (a)	15	2	13,3	0,3	0,1 – 1,5	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	143	40	28,0	1,0	-	-	-
Ruim	156	40	25,6	0,9	0,5 – 1,5	-	-
Doença de longa duração							
Não	247	67	27,1	1,0	-	-	-
Sim	52	13	25,0	0,9	0,5 – 1,8	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	257	72	28,0	1,0	-	-	-
Sim	42	8	19,0	0,6	0,3 – 1,4	-	-
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	152	47	30,9	1,0	-	-	-
Sim	147	33	22,4	0,6	0,4 – 1,1	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 22 - Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada da associação das características do domicílio dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR	95% CI
		N	%		
Tipo de construção					
Material permanente	293	79	27,0	1,0	-
Material não permanente	6	1	16,7	0,7	0,1 – 5,4
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)					
		(4,1 ± 1,8)		0,9	0,8 – 1,1
Indicador de Bens (média+desvio padrão)					
		(1,5 ± 1,2)		1,4 *	1,1 – 1,7

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 23 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolutividade. Pernambuco, 2005.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI	
		N	%					
Faixa Etária								
40 anos e +	146	66	45,2	1,0	-	-	-	
18 a 39 anos	273	149	54,6	1,5	1,0 – 2,2	-	-	
Sexo								
Masculino	147	79	53,7	1,0	-	-	-	
Feminino	271	136	50,2	0,9	0,6 – 1,3	-	-	
Escolaridade								
1º grau completo e +	161	108	67,1	1,0	-	1,0	-	
1º grau incompleto	258	107	41,5	0,3 *	0,2 – 0,5	0,4 *	0,2 – 0,5	
Forma de Pagamento								
Não SUS	105	61	58,1	1,0	-	-	-	
SUS	313	154	49,2	0,7	0,4 – 1,1	-	-	
Estado conjugal								
Solteiro (a)	103	58	56,3	1,0	-	-	-	
Casado (a)	248	126	50,8	0,8	0,5 – 1,3	-	-	
Separado (a)	42	19	45,2	0,6	0,3 – 1,3	-	-	
Viúvo (a)	25	12	48,0	0,7	0,3 – 1,7	-	-	
Auto-percepção de saúde								
Boa	203	115	56,7	1,0	-	1,0	-	
Ruim	216	101	46,8	0,7 *	0,5 – 1,0	0,7	0,5 – 1,0	
Doença de longa duração								
Não	338	176	52,1	1,0	-	-	-	
Sim	80	39	48,8	0,9	0,5 – 1,4	-	-	
Diagnóstico de depressão								
Não	366	192	52,5	1,0	-	-	-	
Sim	52	23	44,2	0,7	0,4 – 1,3	-	-	
Tristeza nos últimos 12 meses								
Não	227	127	55,9	1,0	-	-	-	
Sim	192	89	46,4	0,7 *	0,5 – 1,0	-	-	

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 24 - Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que receberam atendimento ambulatorial e análise univariada (^a) e multivariada (^b) da associação das características do domicílio dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolatividade. Pernambuco, 2005.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Tipo de construção							
Material permanente	406	214	52,7	1,0	-	1,0	-
Material não permanente	12	1	8,3	0,1 *	0,0 – 0,7	0,1 *	0,0 – 0,8
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)							
		(4,3 ± 2,2)		1,0	0,9 – 1,1	-	-
Indicador de Bens (média+desvio padrão)							
		(1,3 ± 1,0)		1,3 *	1,1 – 1,6	1,3 *	1,0 – 1,6

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 25 – Modelo final ajustado da associação das características individuais e domiciliares das pessoas que receberam atendimento ambulatorial com a satisfação, em relação à resolutividade. Pernambuco, 2005.

Características Gerais	OR	95% CI	p-value
Escolaridade			
1º grau completo e +	1,0	-	-
1º grau incompleto	0,4	0,2 – 0,6	<0,001
Auto-percepção de saúde			
Boa	1,0	-	-
Ruim	0,7	0,4 – 1,0	0,049
Tipo de construção			
Material permanente	1,0	-	-
Material não permanente	0,1	0,0 – 0,8	0,025

Tabela 26 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que se internaram e análise univariada ^(a) e multivariada ^(b) da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI
		N	%				
Faixa Etária							
40 anos e +	22	9	40,9	1,0	-	-	-
18 a 39 anos	47	28	59,6	2,0	0,7 – 5,6	-	-
Sexo							
Masculino	15	6	40,0	1,0	-	-	-
Feminino	54	31	57,4	2,0	0,6 – 6,4	-	-
Escolaridade							
1º grau completo e +	32	23	71,9	1,0	-	1,0	-
1º grau incompleto	37	14	37,8	0,2 *	0,1 – 0,6	0,2 *	0,1 – 0,6
Forma de Pagamento							
Não SUS	11	8	72,7	1,0	-	-	-
SUS	57	29	50,9	0,4	0,1 – 1,7	-	-
Estado conjugal							
Solteiro (a)	11	7	63,6	1,0	-	-	-
Casado (a)	46	25	54,3	0,6	0,1 – 2,3	-	-
Separado (a)	6	2	33,3	0,3	0,0 – 2,1	-	-
Viúvo (a)	5	2	40,0	0,3	0,0 – 2,4	-	-
Auto-percepção de saúde							
Boa	35	18	51,4	1,0	-	-	-
Ruim	33	18	54,5	1,1	0,4 – 2,9	-	-
Doença de longa duração							
Não	52	30	57,7	1,0	-	-	-
Sim	16	7	43,8	0,5	0,2 – 1,6	-	-
Diagnóstico de depressão							
Não	55	31	56,4	1,0	-	-	-
Sim	13	6	46,2	0,7	0,2 – 2,2	-	-
Tristeza nos últimos 12 meses							
Não	30	16	53,3	1,0	-	-	-
Sim	39	21	53,8	1,0	0,4 – 2,7	-	-

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 27 – Distribuição das variáveis quanto às características do domicílio das pessoas que se internaram e análise univariada da associação das características do domicílio dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos profissionais de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR	95% CI
		N	%		
Tipo de construção					
Material permanente	68	37	54,4	1,0	-
Material não permanente	1	0	0,0	0,0	-
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)					
		(4,2 ± 1,5)		1,0	0,7 – 1,3
Indicador de Bens (média+desvio padrão)					
		(1,5 ± 0,9)		2,2 *	1,2 – 4,0

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 28 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que se internaram e análise univariada da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR	95% CI
		N	%		
Faixa Etária					
40 anos e +	22	13	59,1	1,0	-
18 a 39 anos	46	22	47,8	0,6	0,2 – 1,8
Sexo					
Masculino	15	8	53,3	1,0	-
Feminino	54	28	51,9	0,9	0,3 – 2,9
Escolaridade					
1º grau completo e +	32	17	53,1	1,0	-
1º grau incompleto	37	19	51,4	1,0	0,4 – 2,5
Forma de Pagamento					
Não SUS	11	5	45,5	1,0	-
SUS	58	31	53,4	1,3	0,4 – 4,8
Estado conjugal					
Solteiro (a)	11	4	36,4	1,0	-
Casado (a)	46	26	56,5	2,6	0,6 – 10,1
Separado (a)	7	3	42,9	1,5	0,2 – 10,1
Viúvo (a)	5	3	60,0	3,7	0,4 – 34,5
Auto-percepção de saúde					
Boa	36	17	47,2	1,0	-
Ruim	33	19	57,6	1,5	0,6 – 4,0
Doença de longa duração					
Não	53	29	54,7	1,0	-
Sim	16	7	43,8	0,6	0,2 – 2,0
Diagnóstico de depressão					
Não	55	27	49,1	1,0	-
Sim	14	9	64,3	1,8	0,5 – 6,3
Tristeza nos últimos 12 meses					
Não	30	20	66,7	1,0	-
Sim	39	16	41,0	0,3 *	0,1 – 0,9

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 29 - Distribuição das variáveis quanto às características dos domicílios das pessoas que se internaram e análise univariada da associação das características dos domicílios dos indivíduos com a satisfação, em relação à qualidade dos serviços de saúde. Pernambuco, 2005.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR	95% CI
		N	%		
Tipo de construção					
Material permanente	68	35	51,5	1,0	-
Material não permanente	1	1	100,0	-	-
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)					
		(4,0 ± 1,7)		0,9	0,6 – 1,2
Indicador de Bens (média+desvio padrão)					
		(1,1 ± 1,0)		0,9	0,5 – 1,4

Tabela 30 – Distribuição das variáveis quanto às características individuais das pessoas que se internaram e análise univariada da associação das características dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolutividade. Pernambuco, 2005.

Variáveis do indivíduo	Total	Satisfeitos		OR	95% CI
		N	%		
Faixa Etária					
40 anos e +	22	10	45,5	1,0	-
18 a 39 anos	46	7	15,2	0,2 *	0,1 – 0,7
Sexo					
Masculino	15	4	26,7	1,0	-
Feminino	54	14	25,9	0,9	0,3 – 3,5
Escolaridade					
1º grau completo e +	32	7	21,9	1,0	-
1º grau incompleto	36	10	27,8	1,3	0,4 – 4,0
Forma de Pagamento					
Não SUS	12	4	33,3	1,0	-
SUS	57	14	24,6	0,7	0,2 – 2,8
Estado conjugal					
Solteiro (a)	11	2	18,2	1,0	-
Casado (a)	46	11	23,9	1,6	0,3-8,6
Separado (a)	7	3	42,9	3,5	0,4 – 32,3
Viúvo (a)	5	2	40,0	2,9	0,3 – 32,0
Auto-percepção de saúde					
Boa	35	9	25,7	1,0	-
Ruim	34	9	26,5	1,0	0,3 – 3,0
Doença de longa duração					
Não	52	14	26,9	1,0	-
Sim	16	3	18,8	0,6	0,2 – 2,6
Diagnóstico de depressão					
Não	55	13	23,6	1,0	-
Sim	14	5	35,7	1,8	0,5 – 6,3
Tristeza nos últimos 12 meses					
Não	30	7	23,3	1,0	-
Sim	39	11	28,2	1,3	0,4 – 3,9

* - valor de $p < 0,05$

Tabela 31 – Distribuição das variáveis quanto às características dos domicílios das pessoas que se internaram e análise univariada da associação das características dos domicílios dos indivíduos com a satisfação, em relação à resolutividade. Pernambuco, 2005.

Variáveis do domicílio	Total	Satisfeitos		OR	95% CI
		N	%		
Tipo de construção					
Material permanente	68	18	26,5	1,0	-
Material não permanente	1	0	0,0	0	0
Moradores por domicílio (média+desvio padrão)					
			(4,4 ± 1,9)	1,1	0,8 – 1,6
Indicador de Bens (média+desvio padrão)					
			(1,1 ± 0,8)	0,9	0,5 – 1,6

ANEXOS

ANEXO A – PMS - MÓDULO 7000 - RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE

7000. RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE

Horário de Início: ____ : ____ : ____

NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE E AVALIAÇÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE

<p>Quando foi a última vez que o sr(a) precisou de assistência de saúde?</p> <p>[Entrevistador: <i>pare de ler assim que o entrevistado tenha escolhido uma opção</i>]</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nos últimos 30 dias 2. Entre um mês e menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. Entre 3 anos e menos de 5 anos 6. Mais de 5 anos atrás 7. Nunca precisou
<p>Se 7: Ir para Q7020</p>	

<p>Q7002</p> <p>Pensando na última vez que o sr(a) precisou consultar um profissional de saúde para tratar do seu problema, quantos serviços de saúde haviam na redondeza para o sr(a) escolher?</p> <p>[Entrevistador: ANOTE O NÚMERO]</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Mais de 10 _____ serviços </p>
<p>Q7003</p> <p>Qual destes motivos explica melhor porque o sr(a) necessitou de assistência de saúde na última vez?</p> <p>[Entrevistador - o entrevistado deve escolher APENAS uma]</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Febre alta, diarreia severa, tosse 2. Imunização 3. Consulta pré-natal 4. Planejamento Familiar 5. Parto 6. Tratamento dentário 7. Artrite 8. Asma /bronquite asmática 9. Doença do coração 10. Lesões corporais 11. Pequena Cirurgia 12. Outro Especifique: _____
<p>Q7004</p> <p>Na última vez que o sr(a) precisou de assistência de saúde, o sr(a) conseguiu?</p>	<p>1. Sim</p> <p>5. Não</p>
<p>Se 1: Ir para Q7016</p>	

Quais destes motivos explicam porque o sr(a) não recebeu assistência de saúde?

Q7005	Não pode pagar pelo custo da consulta	1. Sim	5. Não
Q7006	Não dispunha de transporte	1. Sim	5. Não
Q7007	Não podia pagar as despesas do transporte	1. Sim	5. Não
Q7008	Os medicamentos ou equipamentos do prestador da assistência de saúde eram inadequados ou não estavam funcionando	1. Sim	5. Não
Q7009	As habilidades do profissional de saúde eram inadequadas ou não havia profissional especializado	1. Sim	5. Não
Q7010	O sr(a) foi mal tratado, anteriormente	1. Sim	5. Não
Q7011	Não podia se ausentar do trabalho ou tinha outros compromissos	1. Sim	5. Não
Q7012	O sr(a) não sabia aonde ir	1. Sim	5. Não
Q7013	O sr(a) achou que não estava muito doente	1. Sim	5. Não
Q7014	O sr(a) tentou, mas foi negado atendimento (não tinha vaga, número, senha)	1. Sim	5. Não
Q7015	Outro	1. Sim	5. Não
			Ir para Q7020

Q7016	Quando o sr(a) precisou de assistência de saúde a última vez, onde conseguiu?	1. Em um estabelecimento de saúde, sem precisar passar a noite (incluindo consultório) 2. Em um hospital, no qual passou a noite 3. Em casa 4. Outro		
Q7017	Na última vez que o sr(a) precisou de assistência o profissional de saúde prescreveu algum medicamento para o sr(a)?	1. Sim	5. Não	8. Não sabe
Q7018	Dos medicamentos que foram prescritos para o sr(a), quantos o sr(a) foi capaz de obter?	1. Todos 2. A maioria 3. Alguns 4. Muito poucos 5. Nenhum deles 1. Não pode pagar 2. Não pode encontrar todos os medicamentos 3. Não acreditou que todos os medicamentos eram necessários 4. Começou a se sentir melhor 5. Já tinha alguns dos medicamentos em casa 6. Outro		
Q7019	Qual destes motivos explica melhor porque o sr(a) não conseguiu todos os medicamentos prescritos?			
			Se 5 ou 8: Ir para Q7020	
			Se 1: Ir para Q7020	

Q7020	Como o sr(a) classificaria a maneira como o governo envolve o sr(a) nas decisões sobre que serviços de saúde devem ser oferecidos e onde oferecê-los?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7021	Em geral, qual o seu grau de satisfação com o funcionamento da assistência de saúde no seu país?	1. Muito satisfeito	2. Um pouco satisfeito	3. Nem satisfeito nem insatisfeito	4. Um pouco insatisfeito	5. Muito insatisfeito

Q7022	Durante o último ano, o sr(a) ofereceu ajuda a algum parente ou amigo (adulto ou criança), porque esta pessoa teve uma doença ou incapacidade física ou mental, ou por ela estar ficando idosa e fraca?	1. Sim, para uma pessoa vivendo no mesmo domicílio	2. Sim, para uma pessoa vivendo em outro domicílio	5. Não
-------	--	--	--	--------

Se 5: Ir para Q7029

Por favor, me diga o tipo de assistência que o sr(a) ofereceu :

Q7023	Ajudou nos cuidados pessoais, tais como ir ao banheiro, se lavar, se vestir ou comer	1. Sim	5. Não
Q7024	Ajudou com cuidados médicos, tais como troca de curativos e administração de remédios	1. Sim	5. Não
Q7025	Ajudou com atividades domésticas, tais como preparo de comida, compras, limpeza da casa, lavagem de roupas	1. Sim	5. Não
Q7026	Vigiu esta pessoa, já que o seu comportamento pode ser perigoso para ela mesma ou outros	1. Sim	5. Não
Q7027	Ajudou-a a sair de casa	1. Sim	5. Não

Nos seus contatos com serviços de saúde (públicos/ou privados) o sr(a) já teve alguma das seguintes dificuldades:

Q7029	Completar ou preencher formulários para seguros/planos de saúde	1. Sim	5. Não	9. Não aplicável
Q7030	Descobrir quais os benefícios que o sr(a) tem direito em seu seguro/plano de saúde	1. Sim	5. Não	9. Não aplicável
Q7031	Para conseguir reembolso de seguradoras/planos de saúde	1. Sim	5. Não	9. Não aplicável

IMPORTÂNCIA

Receber um "tratamento respeitoso" significa: Os profissionais de saúde mostram respeito ao recebê-lo e ao falar com o sr(a); os exames físicos são realizados de maneira respeitosa.

Q7100	Em que medida é importante para o sr(a) receber um "tratamento respeitoso"?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

Manter "o sigilo das informações pessoais" significa: As informações sobre sua saúde e outras informações são mantidas em sigilo; ter conversas com profissionais de saúde sem outras pessoas escutando.

Q7101	Em que medida é importante para o sr(a) que "o sigilo das informações pessoais" seja mantido?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

Ter "facilidade de deslocamento e tempo de espera curto" significa: Tempo curto de deslocamento e acesso fácil aos serviços de saúde; tempo de espera curto para consultas e internações hospitalares.

Q7102	Em que medida é importante para o sr(a) ter "facilidade de deslocamento e tempo de espera curto"?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

Ter "escolha do prestador de assistência de saúde" significa: Poder escolher o prestador da assistência de saúde (serviço ou profissional); poder ter acesso a uma segunda opinião ou especialista, caso queira.

Q7103	Em que medida é importante para o sr(a) ter "escolha do prestador de assistência de saúde"?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

Ter "participação na tomada de decisões" significa: Participar o quanto desejar nas decisões sobre seu tratamento de saúde; ter liberdade para discutir outras opções/formas de tratamento se quiser.

Q7104	Em que medida é importante para o sr(a) ter "participação na tomada de decisões"?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

Ter um "ambiente com qualidade" significa: Ter espaço suficiente, assentos e ar fresco ou ventilação nas salas de espera, salas de exame e áreas do hospital; as instalações serem limpas.

Q7105	Em que medida é importante para o sr(a) ter um "ambiente com qualidade"?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	--	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

Ter "contato com o mundo exterior" significa: Ter familiares e amigos visitando o sr(a) o quanto o sr(a) queira, enquanto estiver internado em um hospital; ser capaz de manter contato com familiares e amigos e ter informações sobre o que está acontecendo fora do hospital.

Q7106	Em que medida é importante para o sr(a) ter "contato com o mundo exterior"?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

Obter "clareza de comunicação" significa: Os profissionais de saúde explicarem as coisas de um modo que o sr(a) possa compreender; ter tempo suficiente para fazer perguntas, se não compreender alguma coisa.

Q7107	Em que medida é importante para o sr(a) obter "clareza de comunicação"?	1. Extremamente Importante	2. Muito Importante	3. Moderadamente Importante	4. Pouco Importante	5. Nada Importante
-------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

VISITAS A PRESTADORES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Q7200	Nos últimos 5 anos , alguma vez o sr(a) passou a noite em um hospital ou outro estabelecimento de saúde, para seu próprio tratamento?	1. Sim - hospital	2. Sim, outro estabelecimento de saúde	Se 1 ou 2: Ir para Q7400
--------------	--	-------------------	--	---------------------------------

Q7204	Nos últimos 12 meses , o sr(a) recebeu algum cuidado de saúde (dentista, psicólogo, fisioterapeuta, etc.), sem considerar hospitalização?	1. Sim	5. Não	Se 5: Encerre a entrevista
--------------	--	--------	--------	-----------------------------------

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E EM CASA

Q7300	Qual o último serviço de saúde que o sr(a) utilizou nos últimos 12 meses? [Entrevistador: caso clínica ou serviço de saúde, procure obter o nome]	1. Consultório particular	2. Consulta Domiciliar	3. Clínica Ambulatorial ou Posto/Centro de Saúde
Q7301	O último serviço de saúde que o sr(a) usou nos últimos 12 meses era:	Nome do Serviço: _____		
Q7301a	Como o sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Público	2. Privado	4. Outro
Q7302	Qual o profissional de saúde que lhe prestou assistência da última vez?	1. Pagamento direto sem reembolso	2. Através do plano de saúde	3. Não pagou/SUS
Q7303	Qual o sexo do profissional de saúde?	1. Médico (incluindo ginecologista, psiquiatra, oftalmologista etc.)		
Q7304	Na sua opinião, as habilidades do profissional de saúde eram adequadas para o seu atendimento?	2. Enfermeira/o		
Q7305	Na sua opinião, os equipamentos do profissional de saúde eram adequados para o seu atendimento?	3. Parteira		
Q7306	Na sua opinião, a disponibilidade de medicamentos era adequada para o seu tratamento?	4. Dentista		
		5. Fisioterapeuta ou quiropata		
		6. Praticante de medicina popular		
		7. Outro (especifique)		
		1. Feminino	2. Masculino	
		1. Sim	5. Não	
		1. Sim	5. Não	
		1. Sim	5. Não	

Q7307	Pensando em sua última consulta, quanto tempo o sr(a) levou para chegar lá?	_____ minutos					
Q7308	Pensando em sua última consulta, como o sr(a) chegou lá? [Entrevistador: marque a opção usada para a maior parte do trajeto]	1. Carro ou moto	2. Transporte Público	3. Ambulância	4. Bicicleta	5. A pé	6. Outro

Pensando em sua última consulta, quanto o sr(a) ou alguém de sua casa pagou por: [Entrevistador: escreva 0 se o serviço tiver sido gratuito. Caso a pessoa não tenha recebido medicamentos ou feito exames, marque "Não aplicável, não havia"]

Q7309	Honorários do profissional de saúde	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7310	Medicamentos	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7311	Exames	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7312	Transporte	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7313	Outros	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia

Q7315	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia o tempo gasto com o deslocamento até o serviço de saúde?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim	9. Não aplicável, em domicílio
Q7316	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia o tempo de espera até ser atendido?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim	
Q7317	Na sua última consulta, avalie se o tratamento foi respeitoso ao recebê-lo e ao falar-lhe.	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim	
Q7318	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante os exames físicos e atendimento?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim	9. Não aplicável, sem exames/tratamentos
Q7319	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para o sr(a)?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim	
Q7320	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre seu problema de saúde ou tratamento?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim	

Q7321	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamentos ou exames?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7322	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia sua participação na tomada de decisões sobre o cuidado de saúde ou tratamento?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7323	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a maneira que o serviço lhe permitiu falar em privacidade com profissionais de saúde?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7324	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a maneira como as informações pessoais foram mantidas em sigilo ?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7325	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a liberdade que teve em escolher seu profissional de saúde?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7326	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia a limpeza das instalações do serviço, incluindo os banheiros?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7327	Na sua última consulta, como o sr(a) avalia o espaço disponível das salas de espera e de exames?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim
						9. Não aplicável, atendimento domiciliar
						9. Não aplicável, atendimento domiciliar

Nos últimos 12 meses, o sr(a) achou que os profissionais de saúde lhe trataram pior do que às outras pessoas por algum dos seguintes motivos?

Q7328	Sexo [<i>EXPLICAR: por ser homem ou mulher</i>]	1. Sim	5. Não
Q7329	Idade [<i>EXPLICAR: por ser muito jovem ou muito idoso</i>]	1. Sim	5. Não
Q7330	Falta de dinheiro	1. Sim	5. Não
Q7331	Classe social	1. Sim	5. Não
Q7332	Cor	1. Sim	5. Não
Q7333	Tipo de doença	1. Sim	5. Não
Q7334	Nacionalidade	1. Sim	5. Não

Ir para 7500

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Q7400	Qual o nome do hospital ou estabelecimento de saúde que o sr(a) ficou internado nos últimos 5 anos?	Nome do estabelecimento _____					
Q7401	O hospital (estabelecimento de saúde) era:	1. Público	2. Privado	4. Outro			
Q7401a	Como o senhor pagou pela internação?	1. Pagamento direto sem reembolso		2. Através do plano de saúde		3. Não pagou/SUS	
Q7402	Quando foi sua última noite no hospital (estabelecimento de saúde)? [Entrevistador: pare de ler assim que o entrevistado tenha escolhido uma opção]	1. Nas últimas 4 semanas	2. No último ano	3. Nos últimos 2 anos	4. Nos últimos 3 anos	5. Nos últimos 5 anos	
Q7403	Qual das seguintes razões melhor descreve porque o sr(a) foi internado em um hospital (estabelecimento de saúde) na última vez?	1. Febre alta, diarreia severa, tosse 2. Parto 3. Artrite 4. Asma / bronquite asmática 5. Doença cardíaca 6. Lesões corporais 7. Cirurgia 8. Outra					
Q7404	Quanto tempo o sr(a) permaneceu internado nesta ocasião? [Entrevistador: pare de ler assim que o entrevistado tenha escolhido uma opção]	1. 1-2 dias	2. 3-5 dias	3. 6-14 dias	4. 15 dias ou mais		
Q7405	Na sua opinião, as habilidades do profissional de saúde eram adequadas para o seu tratamento?	1. Sim 5. Não					
Q7406	Na sua opinião, os equipamentos do hospital eram adequados para o seu tratamento?	1. Sim 5. Não					
Q7407	Na sua opinião, a disponibilidade de medicamentos do hospital era adequada para o seu tratamento?	1. Sim	5. Não	8. Não sabe			
Q7408	Pensando na sua última internação hospitalar, quanto tempo o sr(a) levou para chegar lá?	_____ minutos					
Q7409	Pensando na sua última internação hospitalar, como o sr(a) chegou lá? [Entrevistador: marque a opção usada para a maior parte do trajeto.]	1. Carro ou moto	2. Transporte público	3. Ambulância	4. Bicicleta	5. A pé	6. Outro
Q7410	Para a sua última internação hospitalar, quanto tempo o sr(a) esperou para ser internado desde a hora que o sr(a) precisou da internação? [Entrevistador: pare de ler assim que o entrevistado tenha escolhido uma]	1. Mesmo dia	2. Menos de 1 semana	3. Menos de 1 mês	4. Menos de 3 meses	5. 3 meses ou mais	

Pensando sobre sua última internação hospitalar, quanto o sr(a) ou alguém de sua casa pagou por: [Entrevistador: escreva 0 se o serviço tiver sido gratuito. Caso a pessoa não tenha recebido medicamentos ou feito exames, circule "Não aplicável, não havia."]

Q7411	Honorários do profissional de saúde	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7412	Medicamentos	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7413	Exames	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7414	Transporte	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia
Q7415	Outros	R\$ _____	8. Não sabe	9. Não aplicável, não havia

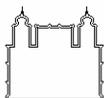
		_____ pessoas				
		1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7417	Pensando na sua última internação hospitalar, quantas pessoas dormiram no mesmo quarto que o sr(a) ?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7418	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia o tempo gasto com o deslocamento até o estabelecimento de saúde?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7419	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia o tempo de espera até ser atendido?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7420	Na sua última internação hospitalar, avalie se o tratamento foi respeitoso ao recebê-lo e ao falar-lhe.	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7421	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante os exames físicos e atendimento?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7422	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para o sr(a)?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7423	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre seu problema de saúde ou tratamento?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7424	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamentos ou exames?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim

Q7425	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a sua participação na tomada de decisões sobre o cuidado de saúde ou tratamento?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7426	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a maneira que o serviço lhe permitiu falar em privacidade com profissionais de saúde?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7427	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a maneira como as informações pessoais foram mantidas em sigilo ?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	8. Não sabe 5. Muito ruim
Q7428	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a liberdade que teve em escolher o profissional de saúde para lhe atender?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7429	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a limpeza das instalações do serviço, incluindo os banheiros?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7430	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia o espaço disponível para o sr(a)?	1. Muito bom	2. Bom	3. Moderado	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7431	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a facilidade em ter família e amigos lhe visitando ?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim
Q7432	Na sua última internação hospitalar, como o sr(a) avalia a facilidade em estar em contato com o mundo exterior enquanto o sr(a) esteve internado no hospital?	1. Muito boa	2. Boa	3. Moderada	4. Ruim	5. Muito ruim

Nos últimos 12 meses, o sr(a) achou que os profissionais de saúde lhe trataram pior do que às outras pessoas por algum dos seguintes motivos?

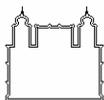
Q7433	Sexo [<i>EXPLICAR: por ser homem ou mulher</i>]	1. Sim	5. Não
Q7434	Idade [<i>EXPLICAR: por ser muito jovem ou muito idoso</i>]	1. Sim	5. Não
Q7435	Falta de dinheiro	1. Sim	5. Não
Q7436	Classe social	1. Sim	5. Não
Q7437	Cor	1. Sim	5. Não
Q7438	Tipo de doença	1. Sim	5. Não
Q7439	Nacionalidade	1. Sim	5. Não

ANEXO B - PMS-AB - MÓDULO J - RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE



MÓDULO P: CONTATOS COM O DOMICÍLIO

P 1.	Entrevistador:	Nome	_____
		Código	_____
P 2.	Supervisor:	Nome	_____
		Código	_____
P 3.	Data: ___ / ___ / _____		
P 4.	Horário: _____:_____		
P 5.	Número de identificação do domicílio	_____	
Informações de Amostragem			
		Código	Nome
P 6.	Setor Censitário (IBGE)		
P 7.	Unidade da Federação		
P 8.	Município		
P 9.	Distrito		
P 10.	Sub-distrito		
P 11.	Bairro (se houver)		
Coordenadas Geográficas			
P 12.	Latitude (N/S)	_____, _____ graus	
P 13.	Longitude (L/O)	_____, _____ graus	
P 14.	Ponto de referência	1. <input type="checkbox"/> Centro de gravidade do aglomerado	
		2. <input type="checkbox"/> Em frente ao domicílio	
		3. <input type="checkbox"/> Localização próxima (parque, estacionamento, etc)	

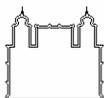


Informações para futuros contatos

É possível que um supervisor lhe telefone ou visite novamente para fazer uma checagem da entrevista ou pegar informações adicionais no futuro.

Por isso, eu gostaria de anotar seu nome, telefones e endereço de contato.

P 15.	Qual é seu nome todo?	_____		
P 16.	Qual é o seu endereço?	Rua	_____ _____	
		Cidade	_____	
		CEP	_____	
P 17.	Poderia me informar seus telefones de contato?	_____	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Não tem telefone		
P 18.	Se nós não pudermos entrar em contato consigo por qualquer razão, poderia nos dizer com quem nós poderíamos entrar em contato, que saberia como encontrá-lo (a)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para P 21
P 19.	Poderia me informar o nome e o endereço dessa pessoa?	Nome	_____	
		Endereço	_____ _____ _____	
		Telefones	_____	_____
P 20.	Qual a relação dessa pessoa consigo?	_____		
P 21.	Quem é o responsável por esse domicílio?	_____		



MÓDULO M. MORADORES DO DOMICÍLIO

[Entrevistador: as perguntas deste módulo devem ser dirigidas ao responsável pelo domicílio.]

1. Lista de Moradores

HOMENS

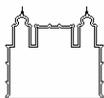
Questão	ID	A	B	C	D	E	F
		Nome	Idade	Situação conjugal	Pessoa elegível	Número da pessoa elegível	Selecionado
M 1.	h01						
M 2.	h02						
M 3.	h03						
M 4.	h04						
M 5.	h05						
M 6.	h06						
M 7.	h07						
M 8.	h08						
M 9.	h09						
M 10.	h10						

MULHERES

M 11.	m01						
M 12.	m02						
M 13.	m03						
M 14.	m04						
M 15.	m05						
M 16.	m06						
M 17.	m07						
M 18.	m08						
M 19.	m09						
M 20.	m10						

Instruções para preenchimento das colunas:

A	Preencher com o primeiro e o último nome do morador, em ordem decrescente de idade, isto é, do(a) mais idoso(a) para o(a) mais novo(a) .					
B	Preencher com a idade em anos					
C	1. Nunca foi casado(a)	2. Atualmente casado(a)	3. Vive com companheiro(a)	4. Separado(a)	5. Divorciado(a)	6. Viúvo(a)
D	Marque todos os moradores elegíveis para a pesquisa, isto é, moradores com 18 anos ou mais. [Não inclua empregado(a) doméstico(a)]					
E	Enumere, mantendo a mesma ordem da lista de moradores, todos os moradores elegíveis.					
F	Verifique na Folha de Informações sobre Setores (FIS) qual o adulto a ser entrevistado e marque com "X".					

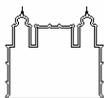


2. Relações de parentesco entre os moradores

H O M E N S						
Questão	ID	A	B	C	D	E
		Nome	Relação do morador do domicílio com o entrevistado	ID do cônjuge ou companheiro(a)	ID da mãe	ID do pai
M 21.	h01					
M 22.	h02					
M 23.	h03					
M 24.	h04					
M 25.	h05					
M 26.	h06					
M 27.	h07					
M 28.	h08					
M 29.	h09					
M 30.	h10					
M U L H E R E S						
M 31.	m01					
M 32.	m02					
M 33.	m03					
M 34.	m04					
M 35.	m05					
M 36.	m06					
M 37.	m07					
M 38.	m08					
M 39.	m09					
M 40.	m10					

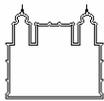
Instruções para preenchimento das colunas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a)				
B	1. O próprio	2. Cônjuge	3. Companheiro(a)	4. Filho(a)	5. Genro ou nora
	6. Neto(a)	7. Pai/mãe	8. Sogro(a)	9. Irmão(ã)	10. Primo(a)
	11. Enteadado(a)	12. Avô/avó	13. Outro parente	14. Não é parente	15. Empregado(a) doméstico(a)
C	Se o cônjuge ou companheiro (a) mora no domicílio, marque o ID do cônjuge ou companheiro(a). Caso contrário, marque zero.				
D	Se mãe mora no domicílio, marque o ID da mãe. Caso contrário, marque zero.				
E	Se o pai mora no domicílio, marque o ID do pai. Caso contrário, marque zero.				



3. Situação socioeconômica					
HOMENS					
Questão	ID	A	B	C	D
		Nome	Grau de Instrução	Situação de trabalho	Renda mensal
M 41.	h01				
M 42.	h02				
M 43.	h03				
M 44.	h04				
M 45.	h05				
M 46.	h06				
M 47.	h07				
M 48.	h08				
M 49.	h09				
M 50.	h10				
MULHERES					
M 51.	m01				
M 52.	m02				
M 53.	m03				
M 54.	m04				
M 55.	m05				
M 56.	m06				
M 57.	m07				
M 58.	m08				
M 59.	m09				
M 60.	m10				

Instruções para preenchimento das colunas:					
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do morador				
B	1. Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução	2. Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	3. Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)		
	4. Fundamental completo e ensino médio incompleto	5. Ensino médio completo ou superior incompleto	6. Superior completo ou mais	8. Não sabe	
C	1. Servidor público	2. Empregado não servidor público	3. Trabalha por conta própria	4. Empregador	
	5. Aposentado	6. Desempregado	7. Dona de casa	8. Estudante	
	9. Doente ou incapacitado para o trabalho	10. Não tem trabalho remunerado por outro motivo		88. Não sabe	
D	0. Não tem rendimentos	1. R\$1,00- R\$299,00	2. R\$300,00- R\$599,00	3. R\$600,00-R\$899,00	4. R\$900,00-R\$1499,00
	5. R\$1500,00-R\$1999,00	6. R\$2000,00-R\$4999,00		7. R\$5000,00 e mais	8. Não sabe



4. Cobertura de plano de saúde

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre **plano ou seguro de saúde**. Quando falamos que uma pessoa está **coberta com plano de saúde** significa que esta pessoa está filiada a uma organização que cobre seus gastos com assistência de saúde, caso ela fique doente ou sofra algum acidente.

HOMENS

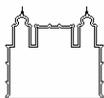
Questão	ID	A	B	C	D	E	F
		Nome	Esta pessoa está coberta por algum plano de saúde obrigatório?	Esta pessoa é titular ou dependente de algum plano de saúde privado?	Quem é o titular do plano desta pessoa?	Como é pago o plano de saúde do titular?	Gasto mensal do titular com o plano de saúde (R\$)
M 61.	h01						
M 62.	h02						
M 63.	h03						
M 64.	h04						
M 65.	h05						
M 66.	h06						
M 67.	h07						
M 68.	h08						
M 69.	h09						
M 70.	h10						

MULHERES

M 71.	m01						
M 72.	m02						
M 73.	m03						
M 74.	m04						
M 75.	m05						
M 76.	m06						
M 77.	m07						
M 78.	m08						
M 79.	m09						
M 80.	m10						

Instruções para preenchimento das colunas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do morador						
B	1. Sim, plano de servidor municipal, estadual, das forças armadas			2. Não			
C	1. Sim, é titular	2. Sim, é dependente	3. Não tem plano de saúde privado.		Se 3 para todos os moradores: vá para M81		
D	Preencher com o ID do morador que é o titular do plano de saúde.				999. O titular não mora no domicílio		
Colunas E e F a serem preenchidas somente se a pessoa é titular do plano.							
E	1. Pago integralmente pelo empregador	2. Pago parcialmente pelo empregador	3. Diretamente com a operadora, pago pelo próprio titular.	4. Diretamente com a operadora, pago por outra pessoa.		8. Não sabe	
F	Preencher com o valor desembolsado por mês para pagar o plano				8. Não sabe		

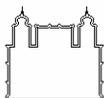


5. Informações do domicílio

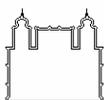
Neste módulo, vou lhe fazer perguntas sobre o seu domicílio.

No seu domicílio, qual é o número de:

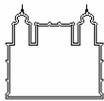
M 81.	Cômodos? São considerados cômodos, os quartos e salas do seu domicílio.	_____
M 82.	Banheiros?	_____ 0. <input type="checkbox"/> Nenhum
M 83.	Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio?	1. <input type="checkbox"/> Alvenaria
		2. <input type="checkbox"/> Madeira aparelhada
		3. <input type="checkbox"/> Taipa não revestida ou barro
		4. <input type="checkbox"/> Madeira aproveitada
		5. <input type="checkbox"/> Palha
		6. <input type="checkbox"/> Outro _____
M 84.	Este domicílio tem pelo menos um ponto de água canalizada?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
M 85.	Qual é a fonte principal da água potável para os moradores deste domicílio?	1. <input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição
		2. <input type="checkbox"/> Poço ou nascente
		3. <input type="checkbox"/> Outro _____
M 86.	Qual o destino do lixo do seu domicílio?	1. <input type="checkbox"/> É coletado regularmente
		2. <input type="checkbox"/> É queimado ou enterrado
		3. <input type="checkbox"/> Jogado no rio, mar, terreno, etc
		4. <input type="checkbox"/> Outro _____
Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:		
M 87.	Televisão?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 88.	Geladeira?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 89.	Aparelho de som?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 90.	Máquina de lavar roupa?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 91.	Linha de telefone fixo?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 92.	Linha de telefone celular?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 93.	Computador?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 94.	Forno micro-ondas?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 95.	Máquina de lavar prato?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não
M 96.	Carro?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não



6. Gastos do domicílio				
M 97.	Em geral, qual o gasto total do domicílio por mês?	R\$ _____,00		
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre os gastos do domicílio com assistência de saúde .				
M 98.	No último mês, qual foi o gasto domiciliar com:	a. Pagamento a médicos com atendimentos que não tenham necessitado internação?	R\$ _____,00	
		b. Atendimento de dentistas?	R\$ _____,00	
		c. Atendimento de enfermeiras?	R\$ _____,00	
		d. Atendimento de outros profissionais de saúde (psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc) ?	R\$ _____,00	
		e. Medicamentos?	R\$ _____,00	
		f. Exames ou outros diagnósticos, tais como Raios-X ou exames de sangue?	R\$ _____,00	
		g. Cota mensal do(s) plano(s) de saúde?	R\$ _____,00	
		h. Outro serviço não especificado anteriormente	R\$ _____,00	
M 99.	Nos últimos 12 meses, quanto os moradores do seu domicílio gastaram com algum destes produtos?	a. Óculos de grau (prescritos por médicos)?	R\$ _____,00	
		b. Aparelhos para audição?	R\$ _____,00	
		c. Aparelho ortodôntico?	R\$ _____,00	
		d. Próteses (dentadura, marca-passo, etc)?	R\$ _____,00	
		e. Outro serviço não especificado anteriormente	R\$ _____,00	
M 100.	Nos últimos 12 meses, o seu domicílio teve despesas com assistência de saúde de algum morador que tenha necessitado internação (passando 24 horas ou mais em hospital ou outro estabelecimento de saúde)?	Sim, de R\$ _____,00	0. <input type="checkbox"/> Não	
M 101.	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde?	a. Renda atual de algum morador do domicílio	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Economias (poupanças, aplicações)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Venda de objetos ou bens	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Empréstimos de familiares ou amigos que moram em outro domicílio	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		e. Empréstimos de instituições financeiras (bancos, financiadoras, etc)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		f. Plano de saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		g. Outra _____	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não



7. Programa de Saúde da Família						
M 102.	O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe		
M 103.	Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita do agente comunitário ou profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Mensalmente				
		2. <input type="checkbox"/> A cada dois meses				
		3. <input type="checkbox"/> Duas a quatro vezes por ano				
		4. <input type="checkbox"/> Uma vez por ano				
		5. <input type="checkbox"/> O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses				
		6. <input type="checkbox"/> Nunca recebeu	Se 5 ou 6: vá para o FIM DO QUESTIONÁRIO DOMICILIAR			
M 104.	Nos últimos 12 meses, que tipos de cuidados os moradores desse domicílio receberam de um profissional da equipe de saúde da família no domicílio? <i>[Entrevistador: caso o cuidado não se aplique ao domicílio, preencha a última coluna (NSA) com o código do motivo especificado abaixo.]</i>	a. Perguntas sobre problemas de saúde dos moradores	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		b. Orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		c. Orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		d. Acompanhamento do crescimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		e. Verificação do cartão de vacinação das crianças do domicílio	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		f. Acompanhamento dos portadores de doenças como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		g. Encaminhamento de gestantes ao pré-natal	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		h. Encaminhamento para serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		i. Monitoramento da frequência às consultas agendadas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		j. Busca dos faltosos às consultas agendadas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		l. Capacitação de familiares para cuidar de idosos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	NSA*	
		m. Outro _____				
		*Código de NSA	91. Não há crianças no domicílio	92. Nenhum morador é portador de hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase	93. Nenhum morador precisou de assistência de saúde	94. Não há gestantes no domicílio



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

O seu domicílio recebe material informativo ou educativo sobre:					
M 105.	Prevenção de doenças?	1. <input type="checkbox"/> Frequentemente	2. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	3. <input type="checkbox"/> Raramente	4. <input type="checkbox"/> Nunca recebeu
M 106.	Cuidados com os dentes?	1. <input type="checkbox"/> Frequentemente	2. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	3. <input type="checkbox"/> Raramente	4. <input type="checkbox"/> Nunca recebeu
M 107.	Existem atividades de educação em saúde promovidas pela unidade de saúde da família?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para M 109
M 108.	Alguém do seu domicílio participa destas atividades?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	

Agora vou lhe fazer perguntas sobre a utilização da Unidade de Saúde da Família para cada morador do domicílio.

H O M E N S

Questão	ID	A	B	C	D
		Nome	Quando foi a última vez que esta pessoa utilizou a unidade de saúde da família?	Nos últimos 12 meses, esta pessoa recebeu assistência de saúde em outro local?	Onde esta pessoa buscou assistência?
M 109.	h01				
M 110.	h02				
M 111.	h03				
M 112.	h04				
M 113.	h05				
M 114.	h06				
M 115.	h07				
M 116.	h08				
M 117.	h09				
M 118.	h10				

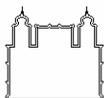
M U L H E R E S

M 119.	m01				
M 120.	m02				
M 121.	m03				
M 122.	m04				
M 123.	m05				
M 124.	m06				
M 125.	m07				
M 126.	m08				
M 127.	m09				
M 128.	m10				

Instruções para preenchimento das colunas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a)				
B	1. Nos últimos 30 dias	2. De um mês a menos de um ano	3. Há um ano ou mais	4. Nunca utilizou	8. Não sabe
C	1. Sim	2. Não	8. Não sabe	Se 2 ou 8: vá para FIM	
D	1. Posto ou centro de saúde	2. Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica)	3. Ambulatório de hospital público	4. Ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado	
	5. Pronto-socorro ou emergência	6. Consultório particular	7. Outro	8. Não sabe	

FIM DO QUESTIONÁRIO DOMICILIAR. OBRIGADO!

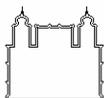


MÓDULO A: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A 1.	Sexo?	1. <input type="checkbox"/> Masculino	2. <input type="checkbox"/> Feminino	
A 2.	Qual a sua idade?	_____anos		
[Entrevistador registre]				
A 3.	Peso _____Kg	8. <input type="checkbox"/> Não sabe		
A 4.	Altura _____cm			
A 5.	Qual o seu estado conjugal?	1. <input type="checkbox"/> Nunca foi casado(a)		
		2. <input type="checkbox"/> Casado(a) atualmente		
		3. <input type="checkbox"/> Vive com companheiro(a) atualmente		
		4. <input type="checkbox"/> Separado(a)		
		5. <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		
		6. <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
A 6.	Qual foi o curso mais elevado que completou?	1. <input type="checkbox"/> Analfabeto / menos de um ano de instrução		
		2. <input type="checkbox"/> Elementar incompleto (1ª a 3ª série)		
		3. <input type="checkbox"/> Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)		
		4. <input type="checkbox"/> Fundamental completo e ensino médio incompleto		
		5. <input type="checkbox"/> Ensino médio completo e superior incompleto		
		6. <input type="checkbox"/> Superior completo ou mais		
A 7.	Qual a sua cor ou raça?	1. <input type="checkbox"/> Branca		
		2. <input type="checkbox"/> Preta		
		3. <input type="checkbox"/> Amarela		
		4. <input type="checkbox"/> Parda		
		5. <input type="checkbox"/> Indígena		
		6. <input type="checkbox"/> Ignorada		
Agora gostaria de lhe fazer perguntas sobre o seu trabalho.				
A 8.	Qual é a sua situação de trabalho atual?	1. <input type="checkbox"/> Servidor público		
		2. <input type="checkbox"/> Empregado com carteira de trabalho		
		3. <input type="checkbox"/> Empregado sem carteira de trabalho		
		4. <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria		
		5. <input type="checkbox"/> Empregador		
		6. <input type="checkbox"/> Não trabalha atualmente		
			Se 6: vá para A 10	



A 9.	Nos últimos 12 meses , qual foi sua principal ocupação? [Entrevistador: Com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado.]	_____ [Anotar a ocupação]	
		1. <input type="checkbox"/> Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa	Vá para módulo B
		2. <input type="checkbox"/> Profissionais do nível superior	
		3. <input type="checkbox"/> Profissionais das artes	
		4. <input type="checkbox"/> Profissionais ou técnicos de nível médio	
		5. <input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços administrativos	
		6. <input type="checkbox"/> Trabalhadores da prestação de serviços e comerciários	
		7. <input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços domésticos	
		8. <input type="checkbox"/> Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca	
		9. <input type="checkbox"/> Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais)	
		10. <input type="checkbox"/> Trabalhadores manuais da construção civil	
		11. <input type="checkbox"/> Trabalhadores manuais de reparação e manutenção	
		12. <input type="checkbox"/> Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares	
		13. <input type="checkbox"/> Ocupações mal especificadas do trabalho informal (ambulante, manobrista, guardador de carro, etc)	
A 10.	Qual a principal razão de você não estar trabalhando atualmente?	1. <input type="checkbox"/> Dona de casa / cuidando da família	
		2. <input type="checkbox"/> Procurou, mas não conseguiu encontrar trabalho	
		3. <input type="checkbox"/> Trabalhos não remunerados	
		4. <input type="checkbox"/> Estudos / treinamento	
		5. <input type="checkbox"/> Aposentado / incapacitado para o trabalho	
		6. <input type="checkbox"/> Doença	
		7. <input type="checkbox"/> Outro	



MÓDULO B: ESTADO DE SAÚDE

As primeiras perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.

B 1.	Em geral, como você avalia sua saúde atualmente?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Boa	3. <input type="checkbox"/> Moderada	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssima
B 2.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve com o trabalho ou atividades domésticas ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso ou não conseguiu realizar

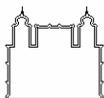
Dores no corpo

B 3.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você teve dores no corpo ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
-------------	--	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

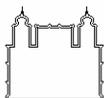
*Agora gostaria de abordar diferentes funções do seu corpo. Quando eu perguntar sobre dificuldades, gostaria que você considerasse que grau de dificuldade teve nos **últimos 30 dias** para realizar as suas atividades habituais. Por **dificuldades**, eu quero dizer precisar fazer mais esforço, ter mal-estar ou dor, lentidão ou mudanças na maneira como você realiza as atividades, habitualmente.*

Locomoção

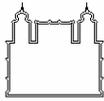
B 4.	Você usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar no desempenho das atividades habituais?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para B 6		
B 5.	Qual ou quais destes equipamentos você faz uso?	a. Bengala	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		b. Muleta	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		c. Cadeira de rodas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		d. Andador	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		e. Calçado ortopédico	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		f. Outro _____				
B 6.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se locomover ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso



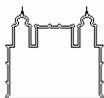
B 7.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para realizar atividades físicas vigorosas ? <i>Atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e fazem você respirar muito mais forte que o normal.</i>	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
Cuidados Pessoais						
B 8.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se cuidar , como se lavar ou se vestir?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
B 9.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para manter uma aparência asseada e arrumada ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
Relações Pessoais						
B 10.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se relacionar com outras pessoas ou em participar da comunidade?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
Cognição						
B 11.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se concentrar ou lembrar das coisas?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
B 12.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para aprender uma nova tarefa ? <i>(como aprender como chegar em um lugar desconhecido, aprender um novo jogo, aprender uma nova receita)</i>	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso



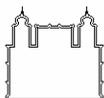
Visão						
B 13.	Você usa óculos ou lente de contato?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não		
<i>Ao responder as duas próximas perguntas, leve em conta os óculos ou lente de contato, se usar.</i>						
B 14.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para ver de longe , isto é reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
B 15.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para ver de perto , isto é reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
Audição						
B 16.	Você usa aparelho auditivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não		
<i>Ao responder à próxima pergunta, leve em conta o aparelho auditivo, se usar.</i>						
B 17.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você teve problemas de audição ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
Sono e Energia						
B 18.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau você teve problemas no sono , como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou acordar muito cedo pela manhã?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
B 19.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau você teve problemas por não se sentir descansado e disposto durante o dia (sentindo-se cansado, sem ter energia)?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso



Estado de Ânimo						
B 20.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você se sentiu triste, cabisbaixo(a) ou deprimido(a) ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
B 21.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você se sentiu preocupado(a) ou ansioso(a) ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.						
B 22.	Nos últimos 12 meses, você enfrentou dificuldades financeiras mais graves do que habitualmente?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
B 23.	Nos últimos 12 meses, você passou por algum rompimento de relação amorosa ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
B 24.	Nos últimos 12 meses, faleceu algum parente próximo (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho(a) ou irmão)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
B 25.	Nos últimos 12 meses, você foi assaltado(a) ou roubado(a) (isto é, alguém lhe roubou algum bem ou dinheiro mediante uso ou ameaça de violência)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
B 26.	Nos últimos 12 meses, você teve lesões corporais que tenham limitado suas atividades habituais devido a um acidente de trânsito (incluindo atropelamento)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			



B 27.	Nos últimos 12 meses, você teve lesões corporais que tenham limitado suas atividades habituais devido a alguma queda, queimadura, afogamento, ou outro acidente?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
B 28.	Nos últimos 12 meses, você foi vítima de alguma agressão física?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para módulo C
B 29.	Quem lhe agrediu fisicamente?	<ul style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> Namorado(a), companheiro(a) ou cônjuge2. <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a), ex-companheiro(a) ou ex-cônjuge3. <input type="checkbox"/> Pai, mãe, irmão(ã)4. <input type="checkbox"/> Outro parente5. <input type="checkbox"/> Amigo(a) ou alguém importante para você6. <input type="checkbox"/> Outra pessoa que mora no seu domicílio7. <input type="checkbox"/> Vizinho8. <input type="checkbox"/> Um desconhecido		



MÓDULO C: FATORES DE RISCO

I. Fumo

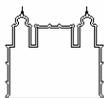
C 1.	Você atualmente fuma ou já fumou?	1. <input type="checkbox"/> Sim	Se 3: vá para C 7
		2. <input type="checkbox"/> Não, já fumou, mas parou	
		3. <input type="checkbox"/> Não, nunca fumou	
C 2.	Ao todo, durante quantos anos você fumou ou fuma? <i>[Entrevistador: Considere o tempo total em que a pessoa fumou ou fuma. Se a pessoa parou de fumar por um certo período, não considere esse tempo.]</i>	_____ anos	0. <input type="checkbox"/> Menos do que um ano

Geralmente, qual a quantidade dos seguintes produtos que você **fuma** ou **fumava** por dia?

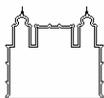
C 3.	Cigarros	_____	0. <input type="checkbox"/> Menos de 1 por dia
C 4.	Cigarros enrolados na mão	_____	0. <input type="checkbox"/> Menos de 1 por dia
C 5.	Cachimbo	_____	0. <input type="checkbox"/> Menos de 1 por dia
C 6.	Charutos e similares	_____	0. <input type="checkbox"/> Menos de 1 por dia

II. Álcool

C 7.	Você já experimentou alguma vez bebida alcoólica (cerveja, vinho, pinga ou cachaça, etc)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	Se 2: vá para C 9
		2. <input type="checkbox"/> Nunca	
C 8.	Na última semana, quantas doses de bebida alcoólica você tomou? <i>[Uma dose corresponde a 1 lata de cerveja ou 1 chope ou um copo de vinho ou uma dose de uísque ou uma dose de cachaça ou uma caipirinha.]</i>	a. Segunda-feira	_____ doses
		b. Terça-feira	_____ doses
		c. Quarta-feira	_____ doses
		d. Quinta-feira	_____ doses
		e. Sexta-feira	_____ doses
		f. Sábado	_____ doses
		g. Domingo	_____ doses



III. Nutrição							
C 9.	Em geral, quantas vezes por semana você come frutas (como maçã, banana, laranja ou suco natural de frutas)?	1. <input type="checkbox"/> Quase nunca (menos de uma vez por semana)		Se 1, 2 ou 3: vá para C 11			
		2. <input type="checkbox"/> De 1 a 3 vezes por semana					
		3. <input type="checkbox"/> Mais do que 3 vezes por semana, mas não diariamente					
		4. <input type="checkbox"/> Diariamente					
C 10.	Quantas porções de frutas você come normalmente por dia? <i>[Uma porção de frutas corresponde a uma maçã, pêra, laranja, banana ou meia manga ou meio copo de suco ou um pires de salada de frutas.]</i>	_____ porções por dia					
C 11.	Em geral, quantas vezes por semana você come vegetais (legumes ou verduras)?	1. <input type="checkbox"/> Quase nunca (menos de uma vez por semana)		Se 1, 2 ou 3: vá para C 13			
		2. <input type="checkbox"/> De 1 a 3 vezes por semana					
		3. <input type="checkbox"/> Mais do que 3 vezes por semana, mas não diariamente					
		4. <input type="checkbox"/> Diariamente					
C 12.	Quantas porções de vegetais (legumes ou verduras) você come normalmente por dia? <i>[Uma porção de vegetais corresponde a duas colheres grandes de legumes ou um pires de salada ou verduras.]</i>	_____ porções por dia					
C 13.	Atualmente, você faz algum controle na alimentação?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para C 20			
Por favor, indique qual ou quais delas:							
C 14.	Para controle (perda ou manutenção) do peso	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não		Se 2: vá para C 15	
		a. Há quanto tempo?	_____ Anos	_____ Meses	_____ Dias		
		b. Foi receitada por profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não		



C 15.	Para aumento de peso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			Se 2: vá para C 16
		a. Há quanto tempo?	_____ Anos	_____ Meses	_____ Dias	
		b. Foi prescrita por profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
C 16.	Controle da pressão arterial (pouco sal)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			Se 2: vá para C 17
		a. Há quanto tempo?	_____ Anos	_____ Meses	_____ Dias	
		b. Foi prescrita por profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
C 17.	Controle do colesterol	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			Se 2: vá para C 18
		a. Há quanto tempo?	_____ Anos	_____ Meses	_____ Dias	
		b. Foi prescrita por profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
C 18.	Controle do diabetes	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			Se 2: vá para C 19
		a. Há quanto tempo?	_____ Anos	_____ Meses	_____ Dias	
		b. Foi prescrita por profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
C 19.	Outra _____	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			Se 2: vá para C 20
		a. Há quanto tempo?	_____ Anos	_____ Meses	_____ Dias	
		b. Foi prescrita por profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	

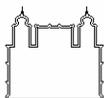
IV. Atividades físicas

Primeiro, pense nas atividades físicas que você praticou nos últimos 7 dias para **melhorar sua saúde ou condição física ou por lazer ou recreação.**

Agora pense sobre as **atividades físicas vigorosas** que exigem muito esforço físico e fazem você respirar muito mais forte que o normal.

[Entrevistador: Verifique lista de atividades A.]

C 20.	Nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas vigorosas por pelo menos 10 minutos?	_____ dias	0. <input type="checkbox"/> Nenhum dia	Se 0: vá para C 22
-------	--	------------	--	---------------------------



C 21.	Quanto tempo você gastou, geralmente, fazendo atividades físicas vigorosas por dia?	_____ horas _____ minutos por dia
--------------	--	-----------------------------------

Agora pense sobre as **atividades físicas moderadas**, as que precisam de algum esforço físico e fazem sua respiração ficar um pouco mais acelerada do que o normal.

[Entrevistador: Verifique lista de atividades A.]

C 22.	Nos últimos 7 dias , em quantos dias fez atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos?	_____ dias	0. <input type="checkbox"/> Nenhum dia	Se 0: vá para C 24
--------------	--	------------	---	---------------------------

C 23.	Quanto tempo você gastou, geralmente, fazendo atividades físicas moderadas por dia?	_____ horas _____ minutos por dia
--------------	--	-----------------------------------

Caminhada. Agora pense no tempo que você **caminhou** por pelo menos 10 minutos seguidos nos últimos 7 dias.

C 24.	Nos últimos 7 dias , em quantos dias você caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos por lazer ou recreação ?	_____ dias	0. <input type="checkbox"/> Nenhum dia	Se 0: vá para C 26
--------------	---	------------	---	---------------------------

C 25.	Quanto tempo você gastou, geralmente, fazendo caminhada por dia?	_____ horas _____ minutos por dia
--------------	---	-----------------------------------

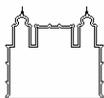
Agora vou lhe perguntar sobre as atividades físicas que você praticou nos últimos 7 dias **no desempenho de suas atividades de trabalho**, incluindo **atividades domésticas**

Agora pense sobre as **atividades físicas vigorosas**, que exigem muito esforço físico e fazem você respirar muito mais forte que o normal.

[Entrevistador: Verifique lista de atividades B.]

C 26.	Nos últimos 7 dias , em quantos dias fez atividades físicas vigorosas por pelo menos 10 minutos seguidos no desempenho de suas atividades de trabalho ?	_____ dias	0. <input type="checkbox"/> Nenhum dia	Se 0: vá para C 28
--------------	--	------------	---	---------------------------

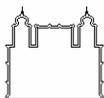
C 27.	Quanto tempo você gastou, geralmente, fazendo atividades físicas vigorosas por dia no desempenho de suas atividades de trabalho ?	_____ horas _____ minutos por dia
--------------	---	-----------------------------------



Agora pense sobre as **atividades físicas moderadas**, as que precisam de algum esforço físico e fazem sua respiração ficar um pouco mais acelerada do que o normal.

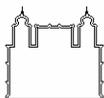
[Entrevistador: Verifique lista de atividades B.]

C 28.	Nos últimos 7 dias , em quantos dias fez atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos seguidos no desempenho de suas atividades de trabalho ?	_____ dias	0. <input type="checkbox"/> Nenhum dia	Se 0: vá para C 30
C 29.	Quanto tempo você gastou, geralmente, fazendo atividades físicas moderadas por dia no desempenho de suas atividades de trabalho ?	_____ horas _____ minutos por dia		
Caminhada. Agora pense no tempo que você caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos nos últimos 7 dias no desempenho de suas atividades de trabalho .				
C 30.	Nos últimos 7 dias , em quantos dias você caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos no desempenho de suas atividades de trabalho ?	_____ dias	0. <input type="checkbox"/> Nenhum dia	Se 0: vá para módulo D
C 31.	Quanto tempo você gastou, geralmente, fazendo caminhada por dia no desempenho de suas atividades de trabalho ?	_____ horas _____ minutos por dia		

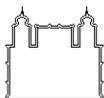


MÓDULO D: DOENÇAS

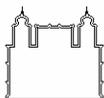
D 1.	Você tem alguma doença de longa duração ou incapacidade ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 3
D 2.	Esta doença ou incapacidade limita de alguma forma suas atividades habituais?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
D 3.	Nos últimos 30 dias , teve algum problema na coluna ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 5
D 4.	Durante quantos dias você teve o problema na coluna , nos últimos 30 dias ?	_____ dias			
D 5.	Alguma vez já teve diagnóstico de artrite (uma doença das juntas) ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 11
D 6.	Alguma vez já foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim, apenas com atividade física ou fisioterapia			Se 3 ou 8: vá para D 11
		2. <input type="checkbox"/> Sim, com medicação			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
D 7.	Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por este motivo? [Entrevistador: a assistência de saúde pode ter sido prestada por médico, fisioterapeuta ou outro profissional de saúde.]	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias			Se 3, 4, 5 ou 6: vá para D 11
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 5 anos			
		5. <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais atrás			
		6. <input type="checkbox"/> Nunca procurou			



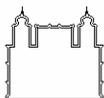
D 8.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Controle de peso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		c. Prática de atividade física regular	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		d. Não fumar	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		e. Não beber em excesso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
D 9.	Nas últimas duas semanas tomou algum medicamento por esse motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 11	
D 10.	Você pode me mostrar os medicamentos que tomou nas últimas duas semanas por esse motivo?	Medicamento		Prescrito por médico?		
		a.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		b.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		c.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
7. <input type="checkbox"/> Recusou						
D 11.	Alguma vez já teve diagnóstico de angina ou angina do peito (ameaça de infarto) ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 17	
D 12.	Alguma vez já foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 17	
D 13.	Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias				Se 3, 4, 5 ou 6: vá para D 17
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano				
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos				
		4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 5 anos				
		5. <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais atrás				
		6. <input type="checkbox"/> Nunca procurou				



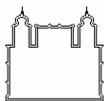
D 14.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Controle de peso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		c. Prática de atividade física regular	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		d. Não fumar	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
		e. Não beber em excesso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
D 15.	Nas últimas duas semanas tomou algum medicamento por esse motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 17	
D 16.	Você pode me mostrar os medicamentos que tomou nas últimas duas semanas por esse motivo?	Medicamento		Prescrito por médico?		
		a.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
7. <input type="checkbox"/> Recusou						
D 17.	Alguma vez já teve diagnóstico de asma (bronquite asmática)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 23	
D 18.	Alguma vez já foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 23	
D 19.	Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias				Se 3, 4, 5 ou 6: vá para D 23
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano				
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos				
		4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 5 anos				
		5. <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais atrás				
		6. <input type="checkbox"/> Nunca procurou				



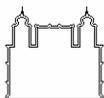
D 20.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Controle do ambiente doméstico (tapetes, cortinas, odores fortes, etc)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Prática de atividade física regular	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		d. Não fumar	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
D 21.	Nas últimas duas semanas tomou algum medicamento por esse motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 23
D 22.	Você pode me mostrar os medicamentos que tomou nas últimas duas semanas por esse motivo?	Medicamento		Prescrito por médico?	
		a.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
7. <input type="checkbox"/> Recusou					
D 23.	Alguma vez já teve diagnóstico de diabetes (sangue com alto teor de açúcar)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 29
D 24.	Alguma vez já foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim, apenas com uma dieta especial			
		2. <input type="checkbox"/> Sim, com medicação ou insulina			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
D 25.	Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias			
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 5 anos			
		5. <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais atrás			
		6. <input type="checkbox"/> Nunca procurou			
Se 3, 4, 5 ou 6: vá para D 29					



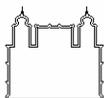
D 26.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Controle de peso		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Prática de atividade física regular		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Não fumar		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		e. Não beber em excesso		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
D 27.	Nas últimas duas semanas tomou insulina ou outra medicação para diminuir o açúcar no sangue?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 29
D 28.	Você pode me mostrar os medicamentos que tomou nas últimas duas semanas por esse motivo?	Medicamento		Prescrito por médico?	
		a.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		7. <input type="checkbox"/> Recusou			
D 29.	Quando foi a última vez que você teve sua pressão arterial medida?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de 6 meses			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos			
		4. <input type="checkbox"/> Mais de 3 anos atrás			
		5. <input type="checkbox"/> Nunca			
D 30.	Alguma vez já teve diagnóstico de hipertensão (pressão alta)?	1. <input type="checkbox"/> Sim			Se 2, 3 ou 8: vá para D 36
		2. <input type="checkbox"/> Apenas durante a gravidez			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			



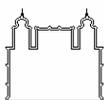
D 31.	Alguma vez já foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim, apenas com uma dieta especial		Se 3 ou 8: vá para D 36	
		2. <input type="checkbox"/> Sim, com medicação			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
D 32.	Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias		Se 3, 4, 5 ou 6: vá para D 36	
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 5 anos			
		5. <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais atrás			
		6. <input type="checkbox"/> Nunca procurou			
D 33.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Controle de peso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Prática de atividade física regular	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		d. Não fumar	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		e. Não beber em excesso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
D 34.	Nas duas últimas semanas tomou algum medicamento por esse motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 36
D 35.	Você pode me mostrar os medicamentos que tomou nas últimas duas semanas por esse motivo?	Medicamento		Prescrito por médico?	
		a.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		7. <input type="checkbox"/> Recusou			
D 36.	Alguma vez já teve o diagnóstico de depressão?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 41



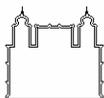
D 37.	Alguma vez já foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim, apenas com psicoterapia			Se 3 ou 8: vá para D 41
		2. <input type="checkbox"/> Sim, com medicação			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
D 38.	Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias			Se 3, 4, 5 ou 6: vá para D 41
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 5 anos			
		5. <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais atrás			
		6. <input type="checkbox"/> Nunca procurou			
D 39.	Nas últimas duas semanas tomou algum medicamento por esse motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 41
D 40.	Você pode me mostrar os medicamentos que tomou nas últimas duas semanas por esse motivo?	Medicamento		Prescrito por médico?	
		a.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
7. <input type="checkbox"/> Recusou					
D 41.	Alguma vez já teve de diagnóstico hepática?	1. <input type="checkbox"/> Sim, hepatite C			Se 2, 3, 4, 5 ou 8: vá para D 46
		2. <input type="checkbox"/> Sim, hepatite B			
		3. <input type="checkbox"/> Sim, hepatite A			
		4. <input type="checkbox"/> Sim, mas não sabe qual o tipo			
		5. <input type="checkbox"/> Não			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
D 42.	Alguma vez já foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 46



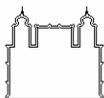
D 43.	Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias			Se 3, 4, 5 ou 6: vá para D 46
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 5 anos			
		5. <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais atrás			
		6. <input type="checkbox"/> Nunca procurou			
D 44.	Nas últimas duas semanas tomou algum medicamento por esse motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 46
D 45.	Você pode me mostrar os medicamentos que tomou nas últimas duas semanas por esse motivo?	Medicamento		Prescrito por médico?	
		a.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c.		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		7. <input type="checkbox"/> Recusou			
D 46.	Alguma vez já teve diagnóstico de tuberculose ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 52
D 47.	Há quanto tempo?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 3 anos e menos de 5 anos atrás			
		4. <input type="checkbox"/> Há mais de 5 anos atrás			
D 48.	Foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 52
D 49.	Durante o tratamento, recebeu algumas das orientações?	a. Seguir corretamente o tratamento prescrito		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Não interromper o tratamento		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Não faltar às consultas agendadas		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Informar aos moradores do domicílio para comparecerem à unidade de saúde e serem examinados		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		e. Não fumar		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não



D 50.	Completou o tratamento até receber alta?	1. <input type="checkbox"/> Sim			Se 1 ou 2: vá para D 52
		2. <input type="checkbox"/> Ainda está em tratamento			
		3. <input type="checkbox"/> Não, abandonou			
D 51.	Quando você abandonou o tratamento, recebeu algum telefonema, carta ou comunicado do serviço de saúde ou visita de agente ou algum profissional da equipe de saúde da família?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
D 52.	Alguma vez já teve diagnóstico de hanseníase?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 58
D 53.	Há quanto tempo?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 3 anos e menos de 5 anos atrás			
		4. <input type="checkbox"/> Há mais de 5 anos atrás			
D 54.	Foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para D 58
D 55.	Durante o tratamento, recebeu algumas das orientações?	a. Seguir corretamente o tratamento prescrito		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Não interromper o tratamento		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Não faltar às consultas agendadas		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Informar aos moradores do domicílio para comparecerem à unidade de saúde e serem examinados		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
D 56.	Completou o tratamento até receber alta?	1. <input type="checkbox"/> Sim			Se 1 ou 2: vá para D 58
		2. <input type="checkbox"/> Ainda está em tratamento			
		3. <input type="checkbox"/> Não, abandonou			
D 57.	Quando você abandonou o tratamento, recebeu algum telefonema, carta ou comunicado do serviço de saúde ou visita de agente ou algum profissional da equipe de saúde da família?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	



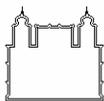
D 58.	Nas últimas duas semanas, você utilizou algum medicamento não relacionado com as doenças questionadas anteriormente?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para D 60
D 59.	Você pode me mostrar esses medicamentos?	Medicamento		Prescrito por médico?
		a.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
7. <input type="checkbox"/> Recusou				
D 60.	Nas últimas duas semanas, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais por algum problema de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para D 62
D 61.	Nas últimas duas semanas, por quantos dias você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais?	_____ dias [Preencher com 1 a 14 dias]		



Questões dirigidas à avaliação da situação de malária na Região Norte

[Entrevistador: Se não for o caso, vá direto para o módulo E.]

D 62.	Nos últimos 12 meses, você teve malária?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para módulo E
D 63.	Foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para módulo E
D 64.	Onde procurou tratamento?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família			
		3. <input type="checkbox"/> Farmácia			
		4. <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular			
		5. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital			
		6. <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar privado			
		7. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar de equipe de saúde da família			
		8. <input type="checkbox"/> Outro _____			
D 65.	Nas últimas 12 meses , quantos moradores do seu domicílio tiveram malária (contando com você, se for o caso)?	_____ moradores		0. <input type="checkbox"/> Nenhum	
D 66.	Nos últimos 12 meses , foi realizada alguma atividade para controle da malária no lugar que você mora?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para módulo E
D 67.	Quais destas atividades foram realizadas?	a. Coleta de sangue		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Borrifação (dentro de casa)		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Nebulização (fumacê) fora de casa		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Tratamento de criadouros de carapanã (mosquito transmissor)		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		e. Atividades educativas		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

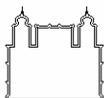


MÓDULO E: ASSISTÊNCIA BUCAL

Agora eu vou fazer perguntas sobre assistência para sua boca e dentes.

E 1.	Em geral, com que frequência você vai ao dentista para uma revisão periódica ?	1. <input type="checkbox"/> Pelo menos uma vez por ano					
		2. <input type="checkbox"/> De 2 em 2 anos					
		3. <input type="checkbox"/> Não costuma ir ao dentista para uma revisão periódica, só vai ao dentista quando tem um problema					
		4. <input type="checkbox"/> Nunca foi ao dentista					
E 2.	Quando foi a última vez que teve algum problema com sua boca, dentes ou gengivas ?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias		Se 3, 4 ou 5: vá para E 5			
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano					
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos					
		4. <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos atrás					
		5. <input type="checkbox"/> Nunca precisou					
E 3.	Recebeu alguma assistência ou tratamento de um dentista ou outro especialista em saúde bucal para este problema em sua boca ou dentes?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		Se 2: vá para E 5		
E 4.	Quais dos seguintes tratamentos você recebeu?	a. Medicação	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
		b. Tratamento dental	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
		c. Cirurgia bucal	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
		d. Extração de dente	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
		e. Dentadura ou pontes	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
		f. Informações ou aconselhamento sobre cuidado e higiene bucal (escovação, uso de fio dental, etc)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
		g. Limpeza de tártaro ou aplicação de flúor	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não			
		h. Outro _____					
E 5.	Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas) atualmente?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Boa	3. <input type="checkbox"/> Moderada	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssima	
E 6.	Você perdeu algum dos seus dentes naturais?	1. <input type="checkbox"/> Sim, todos		2. <input type="checkbox"/> Sim, alguns	3. <input type="checkbox"/> Não		Se 3: vá para módulo F
E 7.	Usa dentadura ou ponte?	1. <input type="checkbox"/> Sim, dentadura		2. <input type="checkbox"/> Sim, ponte	3. <input type="checkbox"/> Sim, os dois		

Entrevistador: Se o entrevistado for homem, vá para módulo G.



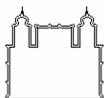
MÓDULO F: COBERTURA DE PROGRAMAS - MULHERES DE 18 A 69 ANOS

VERIFICAÇÃO DE IDADE

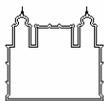
Anote a idade da entrevistada: _____ anos

Entrevistador: Verifique a idade da entrevistada. Se ela tiver 70 anos ou mais de idade, vá para o módulo G.

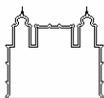
F 1.	Durante a sua vida, deu a luz alguma vez?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para F 3
F 2.	Quando foi o último parto?	_____/_____/_____ (dia / mês / ano)		Se o último parto ocorreu depois de 30 de junho de 2003: vá para F 13.
F 3.	Quando foi a última vez que fez um exame ginecológico?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 3 anos		Se 2, 3, 4 ou 8: vá F 9 e verifique a idade da entrevistada
		2. <input type="checkbox"/> 4-5 anos atrás		
		3. <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos atrás		
		4. <input type="checkbox"/> Nunca fez		
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe		
F 4.	Na última vez que fez seu exame ginecológico, o serviço de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público		
		2. <input type="checkbox"/> Privado		
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe		
F 5.	Pagou pelo atendimento?	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o serviço era privado		
		2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde		
		3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria o serviço		
		4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um serviço pago pelo governo (SUS)		
		5. <input type="checkbox"/> Pagou mesmo utilizando um serviço do governo (SUS)		



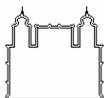
F 6.	Na última vez que fez seu exame ginecológico, fez o teste de Papanicolaou, isto é, quando o médico ou enfermeira coleta material para exame preventivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para F 8
F 7.	Recebeu o resultado do exame preventivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim, menos de um mês depois			
		2. <input type="checkbox"/> Sim, entre 1 mês e menos de 6 meses depois			
		3. <input type="checkbox"/> Sim, entre 6 meses e menos de 1 ano depois			
		4. <input type="checkbox"/> Sim, um ano ou mais depois			
		5. <input type="checkbox"/> Nunca recebi			
F 8.	Na última vez que fez exame ginecológico, o profissional de saúde:	a. Mediu o seu peso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Mediu a pressão arterial	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Fez exame das mamas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		d. Orientou sobre hábitos saudáveis como não fumar, ter uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		e. Orientou sobre auto-exame (palpação) das mamas para verificar a existência de caroços ou qualquer anormalidade	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
VERIFICAÇÃO DE IDADE Anote a idade da entrevistada: _____ anos			Entrevistador: Verifique a idade da entrevistada. Se ela tiver menos de 40 anos de idade, vá para o módulo G.		
F 9.	Quando foi a última vez que a sra fez uma mamografia (raio-X da mama para detectar câncer de mama em estágio inicial), se já fez alguma?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 3 anos			Se 2, 3, 4 ou 8: vá para módulo G
		2. <input type="checkbox"/> 4-5 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos atrás			
		4. <input type="checkbox"/> Nunca fez			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
F 10.	Na última vez que fez mamografia, o serviço de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público			
		2. <input type="checkbox"/> Privado			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			



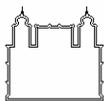
F 11.	Pagou mamografia?	pela	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o serviço era privado	
			2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde	
			3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria o serviço	
			4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um serviço pago pelo governo (SUS)	
			5. <input type="checkbox"/> Pagou mesmo utilizando um serviço do governo (SUS)	
F 12.	Recebeu o resultado da mamografia?	1. <input type="checkbox"/> Sim, menos de um mês depois		Vá para módulo G
		2. <input type="checkbox"/> Sim, entre 1 mês e menos de 6 meses depois		
		3. <input type="checkbox"/> Sim, entre 6 meses e menos de 1 ano depois		
		4. <input type="checkbox"/> Sim, um ano ou mais depois		
		5. <input type="checkbox"/> Nunca recebi		
Atendimento pré-natal				
F 13.	Na última vez que você esteve grávida, você fez pré-natal ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2 ou 8: vá para F 32
F 14.	Você recebeu o cartão de pré-natal?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim: peça para ver
[Entrevistador: se a entrevistada tiver o cartão de pré-natal, use o cartão para o preenchimento de algumas das perguntas abaixo. Caso a entrevistada não tenha o cartão, pergunte todas as questões diretamente a ela.]				
F 15.	Quantas consultas de pré-natal você teve?	_____ consultas	88. <input type="checkbox"/> Não sabe	
F 16.	Com quanto tempo de gravidez iniciou o pré-natal?	1. <input type="checkbox"/> Primeiro trimestre (1 a 3 meses)		
		2. <input type="checkbox"/> Segundo trimestre (4 a 6 meses)		
		3. <input type="checkbox"/> Último trimestre (7 meses ou mais)		
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe		
F 17.	O serviço de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público		
		2. <input type="checkbox"/> Privado		
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe		



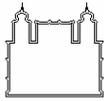
F 18.	Pagou pelas consultas de pré-natal?	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o serviço era privado				
		2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde				
		3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria o serviço				
		4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um serviço pago pelo governo (SUS)				
		5. <input type="checkbox"/> Pagou mesmo utilizando um serviço do governo (SUS)				
F 19.	Quem lhe atendeu na maioria das consultas?	1. <input type="checkbox"/> Médico				
		2. <input type="checkbox"/> Enfermeira				
		3. <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem (incluindo estudantes de enfermagem e ajudantes)				
		4. <input type="checkbox"/> Parteira				
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe				
F 20.	Durante as consultas de pré-natal, indique a frequência que os seguintes procedimentos foram realizados:	a. Medida da pressão arterial	1. <input type="checkbox"/> Em todas as consultas	2. <input type="checkbox"/> Algumas consultas	3. <input type="checkbox"/> Nenhuma das consultas	8. <input type="checkbox"/> Não sabe
		b. Medida de peso	1. <input type="checkbox"/> Em todas as consultas	2. <input type="checkbox"/> Algumas consultas	3. <input type="checkbox"/> Nenhuma das consultas	8. <input type="checkbox"/> Não sabe
		c. Medida de fundo de útero (medida da barriga)	1. <input type="checkbox"/> Em todas as consultas	2. <input type="checkbox"/> Algumas consultas	3. <input type="checkbox"/> Nenhuma das consultas	8. <input type="checkbox"/> Não sabe
		d. Ausculta do bebê	1. <input type="checkbox"/> Em todas as consultas	2. <input type="checkbox"/> Algumas consultas	3. <input type="checkbox"/> Nenhuma das consultas	8. <input type="checkbox"/> Não sabe
F 21.	Quantas ultrassonografias foram realizadas durante o pré-natal?	_____ ultrassonografias		0. <input type="checkbox"/> Nenhuma		
F 22.	Durante as consultas de pré-natal, recebeu algum dos seguintes aconselhamentos?	a. Não faltar às consultas agendadas	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Manter uma alimentação saudável	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Não fumar	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
		d. Não beber em excesso	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
		e. Aconselhamento sobre o HIV (o vírus que causa a aids)	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
		f. Orientações sobre sinais de trabalho de parto	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
		g. Orientações sobre sinais de risco na gravidez	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
		h. Informações sobre qual o estabelecimento de saúde para procurar para o parto	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	



F 23.	Durante o atendimento pré-natal, foi feito exame de sangue (uma amostra de sangue foi coletada e enviada para análise)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para F 31
F 24.	Foi feito exame para medir a glicose (açúcar no sangue)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para F 26
F 25.	Você soube o resultado do exame de glicose?	1. <input type="checkbox"/> Sim, antes do parto			
		2. <input type="checkbox"/> Sim, mas só depois do parto			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
F 26.	Foi feito exame para sífilis ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para F 28
F 27.	Você soube o resultado do teste de sífilis?	1. <input type="checkbox"/> Sim, antes do parto			
		2. <input type="checkbox"/> Sim, mas só depois do parto			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
F 28.	Em algum momento do seu pré-natal, foi oferecido o teste para HIV ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para F 31
F 29.	Concordou em ser testada?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: Vá para F 31
F 30.	Recebeu o resultado do teste de HIV? <i>[Entrevistador: Enfatizar que não precisa saber o resultado.]</i>	1. <input type="checkbox"/> Sim, antes do parto			
		2. <input type="checkbox"/> Sim, mas só depois do parto			
		3. <input type="checkbox"/> Não			
F 31.	Durante esta gestação, você participou de algum grupo de gestantes?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	



Assistência ao parto			
F 32.	Onde foi realizado o seu último parto ?	1. <input type="checkbox"/> Hospital ou maternidade	Se 3 ou 4: vá para F 38
		2. <input type="checkbox"/> Outro tipo de serviço de saúde	
		3. <input type="checkbox"/> Em casa	
		4. <input type="checkbox"/> Outro (na rua, transporte, no campo, etc)	
F 33.	O estabelecimento de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público	
		2. <input type="checkbox"/> Privado	
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
F 34.	Como pagou pelo parto (incluindo os profissionais de saúde)?	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o serviço era privado	
		2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde	
		3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria o serviço	
		4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um serviço pago pelo governo (SUS)	
		5. <input type="checkbox"/> Pagou mesmo utilizando um serviço do governo (SUS)	
F 35.	O parto foi realizado no primeiro estabelecimento que procurou?	1. <input type="checkbox"/> Sim	
		2. <input type="checkbox"/> Não, tive que ir a _____ estabelecimentos antes de conseguir assistência.	
F 36.	No último parto, você teve direito a acompanhante?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
F 37.	Na sala de parto, teve contato corporal com a criança?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
F 38.	Quem lhe atendeu no parto?	1. <input type="checkbox"/> Médico	
		2. <input type="checkbox"/> Enfermeira	
		3. <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem (incluindo estudantes de enfermagem e ajudantes)	
		4. <input type="checkbox"/> Parteira	
		5. <input type="checkbox"/> Outro (parente, amigo sem treinamento)	
		6. <input type="checkbox"/> Ninguém	
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
F 39.	O seu parto foi:	1. <input type="checkbox"/> Vaginal (normal)	2. <input type="checkbox"/> Cesáreo
F 40	Você fez consulta de pós-parto (puerpéreo)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	
		2. <input type="checkbox"/> Não, apesar de ter recebido orientação para fazer.	
		3. <input type="checkbox"/> Não, pois não recebi orientação para fazer.	



MÓDULO G: CRIANÇAS COM MENOS DE 2 ANOS

As perguntas deste módulo são dirigidas às crianças do domicílio com até um ano e onze meses (antes de completar **2 anos** de idade). No caso de mais de uma criança, escolher a **mais nova**. É **imprescindível** que a mãe ou responsável pela criança seja a pessoa que responda ao questionário.

Você pode me dizer o nome, sexo e data de nascimento da criança mais nova que mora nesse domicílio?

G 1.	Nome da criança	_____	
G 2.	Sexo ?	1. <input type="checkbox"/> Masculino	2. <input type="checkbox"/> Feminino
G 3.	Data de Nascimento	____/____/20____.	

[Entrevistador: use o nome da criança para as próximas perguntas]

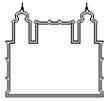
G 4.	[Nome] já foi registrado?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
-------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Cuidados preventivos

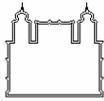
G 5.	Com quanto tempo de vida [nome] recebeu a primeira consulta médica?	_____ Dias	_____ Semanas	_____ Meses
		99. <input type="checkbox"/> Nunca recebeu		

G 6.	Onde foi realizada a primeira consulta médica?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família
		3. <input type="checkbox"/> Policlínica / PAM (Posto de Assistência Médica)
		4. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público
		5. <input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de empresa ou sindicato
		7. <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência
		8. <input type="checkbox"/> Consultório particular
		9. <input type="checkbox"/> Consulta particular no domicílio
		10. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar do médico do Programa de Saúde da Família
		11. <input type="checkbox"/> Outro _____

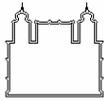
G 7.	Onde é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de [nome]?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família
		3. <input type="checkbox"/> Policlínica / PAM (Posto de Assistência Médica)
		4. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público
		5. <input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de empresa ou sindicato
		7. <input type="checkbox"/> Consultório particular
		8. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar da equipe de saúde da família
		9. <input type="checkbox"/> Outro _____
		10. <input type="checkbox"/> Não faz acompanhamento



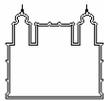
G 8.	Foi realizado o teste do pezinho?	1. <input type="checkbox"/> Sim, foi realizado na primeira semana de vida				
		2. <input type="checkbox"/> Sim, foi realizado no primeiro mês de vida, após a 1ª semana				
		3. <input type="checkbox"/> Sim, foi realizado após o primeiro mês de vida				
		4. <input type="checkbox"/> Não foi realizado				
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe se foi realizado				
G 9.	[Nome] tem um cartão no qual as vacinações estejam anotadas?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para G 11		
G 10.	Pode me mostrar o cartão de vacinações?	[Entrevistador: marque com um X de acordo com o preenchimento do cartão para as vacinas abaixo relacionadas.]				
		Vacinas	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
		Hepatite B				
		BCG				
		Anti-pólio				
		Tetavalente (DPT + Hib)				
		Febre amarela				
		Tríplice Viral				
DPT						
G 11.	Você alimenta ou alimentou [nome] com leite materno?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para G 15		
G 12.	Até que idade [nome] tomou leite materno exclusivamente (só leite materno)?	_____ dias		_____ meses		
		99. <input type="checkbox"/> Ainda toma leite materno exclusivamente			Se 99: vá para G14	
G 13.	Até que idade [nome] tomou leite materno predominante (leite materno e outros líquidos, como água, chá ou suco)?	_____ dias		_____ meses		
		99. <input type="checkbox"/> Ainda está mamando				
G 14.	Você fez parte de algum grupo de apoio para aleitamento?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não		
G 15.	Alguma vez [nome] recebeu Vitamina A?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe		
G 16.	Alguma vez [nome] recebeu Sulfato Ferroso?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe		



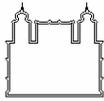
Cuidados terapêuticos			
G 17.	Após o parto para onde [nome] foi encaminhado(a)?	1. <input type="checkbox"/> Alojamento conjunto	
		2. <input type="checkbox"/> Berçário	
		3. <input type="checkbox"/> UI (Unidade Intermediária)	
		4. <input type="checkbox"/> UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)	
		5. <input type="checkbox"/> Transferido para outro estabelecimento de saúde	
		6. <input type="checkbox"/> Outro _____	
G 18.	Quando foi a última vez que [nome] esteve doente que precisasse de assistência médica?	1. <input type="checkbox"/> Nas últimas 2 semanas	
		2. <input type="checkbox"/> Entre 2 semanas e menos de 1 mês atrás	
		3. <input type="checkbox"/> Entre 1 mês e menos de 3 meses atrás	
		4. <input type="checkbox"/> Mais de 3 meses atrás	
		5. <input type="checkbox"/> Nunca	
			Se 5: vá para módulo H
G 19.	Na última vez que [nome] esteve doente, recebeu alguma assistência de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
G 20.	Onde foi prestada a primeira assistência à criança?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde	
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família	
		3. <input type="checkbox"/> Policlínica / PAM (Posto de Assistência Médica)	
		4. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público	
		5. <input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado	
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de empresa ou sindicato	
		7. <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência	
		8. <input type="checkbox"/> Consultório particular	
		9. <input type="checkbox"/> Consulta domiciliar	
		10. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar da equipe de Saúde da Família	
		11. <input type="checkbox"/> Outro _____	
			Se 9 ou 10: vá para G24
G 21.	O serviço de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público	2. <input type="checkbox"/> Privado
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
G 22.	Pagou atendimento? pelo	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o serviço era privado	
		2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde	
		3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria o serviço	
		4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um serviço pago pelo governo (SUS)	
		5. <input type="checkbox"/> Pagou mesmo utilizando um serviço do governo (SUS)	



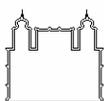
G 23.	Quanto tempo depois que [nome] chegou ao estabelecimento de saúde, [nome] recebeu os primeiros cuidados?	_____ minutos	_____ horas
G 24.	Alguma vez [nome] foi internado (por 24 horas pelo menos) por algum problema de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim, _____ vezes	2. <input type="checkbox"/> Não
Se 2: vá para módulo H			
G 25.	Na última internação, qual foi o motivo?	1. <input type="checkbox"/> Diarréia/desidratação	
		2. <input type="checkbox"/> Asma/bronquite	
		3. <input type="checkbox"/> Pneumonia	
		4. <input type="checkbox"/> Cirurgia	
		5. <input type="checkbox"/> Lesão corporal	
		6. <input type="checkbox"/> Outro _____	
G 26.	Na última internação, quanto tempo [nome] ficou hospitalizado nesta ocasião?	_____ dias	
G 27.	O estabelecimento de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público	2. <input type="checkbox"/> Privado
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
G 28.	Pagou pelo atendimento?	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o serviço era privado	
		2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde	
		3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria o serviço	
		4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um serviço pago pelo governo (SUS)	
		5. <input type="checkbox"/> Pagou mesmo utilizando um serviço do governo (SUS)	
G 29.	Na última internação, [nome] pôde ter acompanhante durante a internação?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não



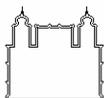
MÓDULO H: SAÚDE SEXUAL (HOMENS E MULHERES DE 18 A 49 ANOS DE IDADE)				
VERIFICAÇÃO DE IDADE Anote a idade do(a) entrevistado(a): _____ anos			Entrevistador: Verifique a idade do(a) entrevistado(a). Se tiver 50 anos ou mais de idade, vá para o módulo I.	
H 1.	Você já teve relações sexuais?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para módulo J
H 2.	Nos últimos 12 meses, você teve relações sexuais?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para H 6
As três perguntas seguintes são dirigidas apenas às mulheres. Se o entrevistado for homem, siga para a questão H6.				
H 3.	Nos últimos 12 meses, você participou de grupo sobre planejamento familiar ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
H 4.	Nos últimos 12 meses, fez uso de algum método contraceptivo ?	1. <input type="checkbox"/> Sim		Se 2, 3, 4 ou 5: vá para H 6
		2. <input type="checkbox"/> Não precisou, pois estava grávida		
		3. <input type="checkbox"/> Não, pois ligou as trompas (laqueadura tubária) ou retirou o útero (histerectomia).		
		4. <input type="checkbox"/> Não, pois o companheiro fez vasectomia		
		5. <input type="checkbox"/> Não fez uso por outro motivo		
H 5.	Qual foi o principal método utilizado?	1. <input type="checkbox"/> Pílula anticoncepcional		
		2. <input type="checkbox"/> Tabela		
		3. <input type="checkbox"/> Preservativo masculino		
		4. <input type="checkbox"/> Preservativo feminino		
		5. <input type="checkbox"/> Diafragma		
		6. <input type="checkbox"/> DIU		
		7. <input type="checkbox"/> Espermaticidas		
		8. <input type="checkbox"/> Contraceptivo injetável		
		9. <input type="checkbox"/> Outro _____		
Agora vou lhe fazer perguntas sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Essas doenças (também conhecidas como doenças venéreas) são aquelas que são transmitidas pelas relações sexuais, como por exemplo, a gonorréia, a sífilis e a aids.				
H 6.	Nos últimos 12 meses, você recebeu algum material educativo ou informativo sobre as doenças sexualmente transmissíveis ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para H 8



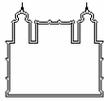
H 7.	Onde recebeu o material educativo sobre as doenças sexualmente transmissíveis?	a. Posto ou centro de saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Unidade de saúde da família	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Com a equipe de saúde da família	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		d. Clínicas especializadas de DST	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		e. Consultório particular	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		f. Escola, colégio ou faculdade	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		g. Organização não governamental (ONG)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		h. Outro _____			
H 8.	Alguma vez já teve diagnóstico de gonorréia?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para H 13
H 9.	Há quanto tempo teve esse problema?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Há 3 anos ou mais			
H 10.	Foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para H 13
H 11.	Onde procurou tratamento?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família			
		3. <input type="checkbox"/> Clínica especializada de DST			
		4. <input type="checkbox"/> Farmácia			
		5. <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular			
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital			
		7. <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar privado			
		8. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar de equipe de saúde da família			
		9. <input type="checkbox"/> Outro _____			
H 12.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Usar regularmente preservativo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Informar os (as) parceiros (as)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Fazer o teste de HIV	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
H 13.	Alguma vez já teve diagnóstico de herpes genital?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para H 18
H 14.	Há quanto tempo teve esse problema?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Há 3 anos ou mais			
H 15.	Foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para H 18



H 16.	Onde procurou tratamento?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família			
		3. <input type="checkbox"/> Clínica especializada de DST			
		4. <input type="checkbox"/> Farmácia			
		5. <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular			
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital			
		7. <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar privado			
		8. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar de equipe de saúde da família			
		9. <input type="checkbox"/> Outro _____			
H 17.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Usar regularmente preservativo		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Informar os (as) parceiros (as)		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Fazer o teste de HIV		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
H 18.	Alguma vez já teve verrugas genitais (crista de galo)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para H 23
H 19.	Há quanto tempo teve esse problema?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Há 3 anos ou mais			
H 20.	Foi tratado por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para H 23
H 21.	Onde procurou tratamento?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família			
		3. <input type="checkbox"/> Clínica especializada de DST			
		4. <input type="checkbox"/> Farmácia			
		5. <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular			
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital			
		7. <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar privado			
		8. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar de equipe de saúde da família			
		9. <input type="checkbox"/> Outro _____			
H 22.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Usar regularmente preservativo		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Informar os (as) parceiros (as)		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Fazer o teste de HIV		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
H 23.	Alguma vez já teve diagnóstico de sífilis ?	1. <input type="checkbox"/> Sim			Se 1 e homem: vá para H 26
		2. <input type="checkbox"/> Não			Se 2 ou 8: vá para módulo J
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
H 24.	Quando o diagnóstico ocorreu?	1. <input type="checkbox"/> Durante a gestação, no pré-natal			Se 3: vá para H26
		2. <input type="checkbox"/> No parto ou puerpério (período logo após o parto)			
		3. <input type="checkbox"/> Não estava grávida			



H 25.	Foi realizado exame no bebê?	1. <input type="checkbox"/> Sim			
		2. <input type="checkbox"/> Não, perdi o bebê antes de nascer			
		3. <input type="checkbox"/> O bebê não sobreviveu			
		4. <input type="checkbox"/> Não			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
H 26.	Há quanto tempo o diagnóstico ocorreu?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Há 3 anos ou mais			
H 27.	Foi tratado(a) por este motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para módulo J
H 28.	Onde procurou tratamento?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família			
		3. <input type="checkbox"/> Clínica especializada de DST			
		4. <input type="checkbox"/> Farmácia			
		5. <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular			
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital			
		7. <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar privado			
		8. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar de equipe de saúde da família			
		9. <input type="checkbox"/> Outro _____			
H 29.	Nesse atendimento recebeu alguma dessas orientações?	a. Usar regularmente preservativo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Informar os (as) parceiros (as)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Fazer o teste de HIV	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	



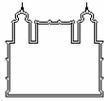
MÓDULO I: IDOSOS (60 ANOS OU MAIS)

VERIFICAÇÃO DE IDADE

Anote a idade do(a) entrevistado(a): _____ anos

Entrevistador: Verifique a idade do(a) entrevistado(a). Se tiver 59 anos ou menos de idade, vá para o módulo J.

I 1.	Quando foi a última vez que fez exame de vista por profissional de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses			Se 5 ou 8: vá para I 4
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 3 anos e menos de 5 anos atrás			
		4. <input type="checkbox"/> Há 5 anos ou mais			
		5. <input type="checkbox"/> Nunca fez			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
I 2.	Alguma vez o sr(a) foi diagnosticado com catarata em um ou em ambos os olhos?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 8: vá para I 4
I 3.	O sr(a) fez alguma cirurgia nos olhos para retirar catarata ?	1. <input type="checkbox"/> Sim		2. <input type="checkbox"/> Não	
I 4.	Quando foi a última vez que fez exame para avaliar sua audição?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses			
		2. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 3 anos atrás			
		3. <input type="checkbox"/> Entre 3 anos e menos de 5 anos atrás			
		4. <input type="checkbox"/> Há 5 anos ou mais			
		5. <input type="checkbox"/> Nunca fez			
		8. <input type="checkbox"/> Não sabe			
I 5.	Nos últimos 12 meses o sr(a) tomou vacina contra gripe?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 1: vá para I 7
I 6.	Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe?	1. <input type="checkbox"/> Não achou necessário			
		2. <input type="checkbox"/> Não sabia que era necessário tomar vacina contra gripe			
		3. <input type="checkbox"/> Não sabia onde tomar a vacina			
		4. <input type="checkbox"/> Tem medo da reação			
		5. <input type="checkbox"/> Tem medo de injeção			
		6. <input type="checkbox"/> Não tinha quem lhe acompanhasse ao serviço de saúde			
		7. <input type="checkbox"/> Não tinha dinheiro para ir ao serviço de saúde			
		8. <input type="checkbox"/> O serviço de saúde era muito longe			
		9. <input type="checkbox"/> A vacina não estava disponível no serviço que procurou			
		10. <input type="checkbox"/> Contra-indicação médica			
		11. <input type="checkbox"/> Outro _____			
I 7.	Nos últimos 12 meses o sr(a) precisou de ajuda com cuidados de saúde, como troca de curativos e administração de remédios?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		Se 2: vá para I 9

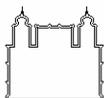


I 8.	Quem lhe prestou ajuda?	1. <input type="checkbox"/> Ninguém, teve que se ajeitar sozinho(a)		
		2. <input type="checkbox"/> Familiar		
		3. <input type="checkbox"/> Vizinho(a) ou amigo(a)		
		4. <input type="checkbox"/> Contratou alguém		
		5. <input type="checkbox"/> Equipe de saúde da família		
		6. <input type="checkbox"/> Outro _____		
I 9.	Nos últimos 12 meses o sr(a) precisou de ajuda nos cuidados pessoais, como ir ao banheiro, se lavar, se vestir ou comer?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para I 11
I 10.	Quem lhe prestou ajuda?	1. <input type="checkbox"/> Ninguém, teve que se ajeitar sozinho(a)		
		2. <input type="checkbox"/> Familiar		
		3. <input type="checkbox"/> Vizinho(a) ou amigo(a)		
		4. <input type="checkbox"/> Contratou alguém		
		5. <input type="checkbox"/> Outro _____		
I 11.	Nos últimos 12 meses o sr(a) precisou de ajuda nas atividades domésticas, como comida, compras, limpeza da casa e lavagem de roupas?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para I 13
I 12.	Quem lhe prestou ajuda?	1. <input type="checkbox"/> Ninguém, teve que se ajeitar sozinho(a)		
		2. <input type="checkbox"/> Familiar		
		3. <input type="checkbox"/> Vizinho(a) ou amigo(a)		
		4. <input type="checkbox"/> Contratou alguém		
		5. <input type="checkbox"/> Outro _____		
I 13.	O sr (a) participa de algum grupo da boa idade (melhor idade) ou centro de convivência do idoso ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	

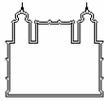


MÓDULO J: DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

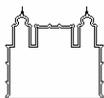
J 1.	Costuma procurar o mesmo serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para J 3
J 2.	Onde costuma procurar o atendimento?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde 2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família 3. <input type="checkbox"/> Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica) 4. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público 5. <input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado 6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de empresa ou sindicato 7. <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência 8. <input type="checkbox"/> Consultório particular 9. <input type="checkbox"/> Consulta domiciliar 10. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar da equipe de saúde da família 11. <input type="checkbox"/> Outro _____		
J 3.	Nos últimos 12 meses consultou um médico?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para J 5
J 4.	Quantas vezes você consultou o médico nos últimos 12 meses?	_____ vezes		
J 5.	Nos últimos 12 meses precisou ser internado em hospital por 24 horas ou mais?	1. <input type="checkbox"/> Sim, por _____ vezes	0. <input type="checkbox"/> Não	
J 6.	Nos últimos 12 meses você fez uso de terapias ou práticas alternativas para solucionar algum problema de saúde?	a. Homeopatia	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Fisioterapia	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Fonoaudiologia	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Terapia ocupacional	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		e. Acupuntura	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		f. Fitoterapia (chás ou medicamentos feitos de ervas ou plantas)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		g. Massagem (shiatsu, outras)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		h. Medicina ortomolecular	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		i. Curas espirituais (em centro espírita, terreiro, etc)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		j. Outra _____		
J 7.	Quando foi a última vez que precisou de assistência de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 30 dias		
		2. <input type="checkbox"/> Entre um mês e menos de 1 ano atrás		
		3. <input type="checkbox"/> Há mais de 1 ano atrás	Se 3 ou 4: vá para FIM	
		4. <input type="checkbox"/> Nunca procurou		



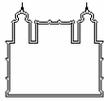
J 8.	Qual destes motivos explica melhor porque precisou de assistência de saúde na última vez?	1. <input type="checkbox"/> Ficou doente ou teve um problema de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Teve acidente ou lesão			
		3. <input type="checkbox"/> Teve problema odontológico			
		4. <input type="checkbox"/> Para continuar tratamento ou reabilitação			
		5. <input type="checkbox"/> Para fazer pré-natal			
		6. <input type="checkbox"/> Para o parto			
		7. <input type="checkbox"/> Para exames médicos periódicos			
		8. <input type="checkbox"/> Para vacinação			
		9. <input type="checkbox"/> Para outros atendimentos preventivos			
		10. <input type="checkbox"/> Outro _____			
Agora, gostaria que você pensasse em todos os serviços de saúde que buscou assistência de saúde por esse motivo.					
J 9.	Onde procurou o primeiro atendimento por esse motivo?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família			
		3. <input type="checkbox"/> Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica)			
		4. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público			
		5. <input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado			
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de empresa ou sindicato			
		7. <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência			
		8. <input type="checkbox"/> Consultório particular			
		9. <input type="checkbox"/> Consulta domiciliar			
		10. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar de profissional da equipe de Saúde da Família			
		11. <input type="checkbox"/> Outro _____			
J 10.	Conseguiu atendimento no primeiro serviço de saúde que procurou?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 1: vá para J 19	
J 11.	Quais destes motivos explicam porque você não conseguiu atendimento no primeiro serviço de saúde que procurou?	a. Não conseguiu pegar senha		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Não conseguiu vaga		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. Esperou muito e desistiu		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Conseguiu vaga, mas o tempo de espera era muito grande		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		e. O serviço não estava funcionando		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		f. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam disponíveis ou não estavam funcionando		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		g. Os medicamentos necessários não estavam disponíveis		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		h. Não havia profissional de saúde ou as habilidades dos profissionais eram inadequadas		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		i. Foi mal recebido ou lhe faltaram com respeito		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		j. Não podia pagar pela consulta		1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
l. Outro _____					
J 12.	Pelo mesmo motivo, procurou novamente um serviço de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim, por mais _____ vezes	2. <input type="checkbox"/> Não, desisti	Se 2: vá para J 16	



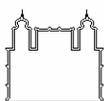
J 13.	Conseguiu o atendimento que precisava?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para J 15	
J 14.	Desde a primeira vez que procurou o serviço de saúde por esse motivo, qual o tempo total até você conseguir o atendimento?	_____ meses _____ dias _____ horas _____ minutos		Vá para J 18	
J 15.	Quais destes motivos explicam porque você não conseguiu receber assistência de saúde?	a. Não houve mais necessidade	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Não teve mais tempo ou disponibilidade para procurar atendimento	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Não teve mais dinheiro para o transporte	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		d. Não tinha quem o(a) acompanhasse	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		e. Nas vezes que procurou atendimento, não conseguiu vaga ou senha	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		f. Nas vezes que procurou atendimento, esperou muito e desistiu	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		g. Nas vezes que procurou atendimento, os equipamentos do serviço de saúde não estavam disponíveis ou não estavam funcionando	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		h. Nas vezes que procurou atendimento, os medicamentos necessários não estavam disponíveis	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		i. Nas vezes que procurou atendimento, não havia profissional de saúde ou as habilidades dos profissionais eram inadequadas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		j. Procurou diretamente a farmácia	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
k. Outro _____					
J 16.	Nos últimos 12 meses, recebeu alguma assistência de saúde por outro motivo?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para FIM	
J 17.	Qual destes motivos explica melhor porque recebeu assistência de saúde na última vez?	1. <input type="checkbox"/> Ficou doente ou teve um problema de saúde			
		2. <input type="checkbox"/> Teve acidente ou lesão			
		3. <input type="checkbox"/> Teve problema odontológico			
		4. <input type="checkbox"/> Para continuar tratamento ou reabilitação			
		5. <input type="checkbox"/> Para fazer pré-natal			
		6. <input type="checkbox"/> Para o parto			
		7. <input type="checkbox"/> Para exames médicos periódicos			
		8. <input type="checkbox"/> Para vacinação			
		9. <input type="checkbox"/> Para outros atendimentos preventivos			
		10. <input type="checkbox"/> Outro _____			



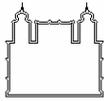
J 18.	Na última vez que recebeu assistência de saúde, onde conseguiu o atendimento?	1. <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde		
		2. <input type="checkbox"/> Unidade de saúde da família		
		3. <input type="checkbox"/> Policlínica ou PAM (Posto de Assistência Médica)		
		4. <input type="checkbox"/> Ambulatório de hospital público		
		5. <input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado		
		6. <input type="checkbox"/> Ambulatório de empresa ou sindicato		
		7. <input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência		
		8. <input type="checkbox"/> Consultório particular		
		9. <input type="checkbox"/> Consulta domiciliar		
		10. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar da equipe de Saúde da Família		
		11. <input type="checkbox"/> Outro _____		
J 19.	Qual foi o principal atendimento de saúde que você recebeu?	1. <input type="checkbox"/> Consulta médica		
		2. <input type="checkbox"/> Consulta odontológica		
		3. <input type="checkbox"/> Consulta com alguém da equipe de saúde da família		
		4. <input type="checkbox"/> Consulta com outro profissional de saúde (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, etc)		
		5. <input type="checkbox"/> Vacinação		
		6. <input type="checkbox"/> Injeções, curativos		
		7. <input type="checkbox"/> Exames médicos complementares		
		8. <input type="checkbox"/> Gesso ou imobilização		
		9. <input type="checkbox"/> Outros atendimentos preventivos		
		10. <input type="checkbox"/> Pequena cirurgia (ambulatorial)		
		11. <input type="checkbox"/> Outro atendimento ambulatorial		
		12. <input type="checkbox"/> Internação hospitalar		
		Se 12: vá para J25		
J 20.	Qual o profissional de saúde que lhe prestou assistência?	1. <input type="checkbox"/> Médico		
		2. <input type="checkbox"/> Dentista		
		3. <input type="checkbox"/> Enfermeira(o) ou auxiliar de enfermagem		
		4. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta		
		5. <input type="checkbox"/> Psicólogo		
		6. <input type="checkbox"/> Assistente social		
		7. <input type="checkbox"/> Nutricionista		
		8. <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde		
		9. <input type="checkbox"/> Parteira		
		10. <input type="checkbox"/> Outro _____		
J 21.	Qual foi o procedimento para conseguir o atendimento?	1. <input type="checkbox"/> Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta		
		2. <input type="checkbox"/> Agendou o atendimento previamente		
		3. <input type="checkbox"/> Foi encaminhado ou ajudado por equipe de saúde da família		
		4. <input type="checkbox"/> Foi encaminhado por outro serviço ou profissional de saúde		
		5. <input type="checkbox"/> Outro _____		
J 22.	Você precisou pegar senha?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para J 24



J 23.	Qual o tempo que você ficou em fila de espera:	a. Para pegar a senha?	_____ h _____ min	0. <input type="checkbox"/> Nenhum
		b. Depois que pegou a senha até ser atendido?	_____ h _____ min	0. <input type="checkbox"/> Nenhum
J 24.	Qual o tempo total que você ficou em fila de espera desde a hora que chegou no estabelecimento de saúde até conseguir o atendimento?	_____ horas e _____ minutos	0. <input type="checkbox"/> Nenhum	Vá para J 29
J 25.	Qual foi o principal atendimento que recebeu quando esteve internado na última vez?	1. <input type="checkbox"/> Tratamento clínico		
		2. <input type="checkbox"/> Parto vaginal (normal)		
		3. <input type="checkbox"/> Parto cesáreo		
		4. <input type="checkbox"/> Cirurgia		
		5. <input type="checkbox"/> Tratamento psiquiátrico		
		6. <input type="checkbox"/> Exames		
		7. <input type="checkbox"/> Outro _____		
J 26.	Quanto tempo ficou internado na última vez?	_____ meses _____ dias		
J 27.	Na sua última internação, você enfrentou alguma destas dificuldades?	a. Esperou muito para conseguir a internação	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		b. Não havia hospital especializado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		c. As habilidades dos profissionais de saúde eram inadequadas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		d. Teve que ir para outra cidade, pois não havia hospital onde morava	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		e. O plano de saúde não cobria o procedimento	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		f. Não podia pagar pela internação	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		g. Não podia pagar pelos exames, medicamentos, etc	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		h. Foi mal recebido ou lhe faltaram com respeito	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		i. Outro _____		
J 28.	Quanto tempo esperou para ser internado, desde a hora que foi solicitada a internação?	_____ meses _____ dias _____ horas		
J 29.	Qual o nome do estabelecimento que recebeu assistência de saúde na última vez? Pular se for no domicílio ou consultório particular (NSA)	_____		8. <input type="checkbox"/> Não sabe



J 30.	O estabelecimento de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público	2. <input type="checkbox"/> Privado	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
J 31.	Pagou pelo atendimento?	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o serviço era privado 2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde 3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria o serviço 4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um serviço pago pelo governo (SUS) 5. <input type="checkbox"/> Pagou mesmo utilizando um serviço do governo (SUS)			
J 32.	Onde era localizado o estabelecimento de saúde?	1. <input type="checkbox"/> No mesmo município que você mora	2. <input type="checkbox"/> Em outro município		
J 33.	Quanto tempo levou para chegar lá?	_____ horas _____ minutos			
J 34.	Como chegou ao estabelecimento de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Transporte público 2. <input type="checkbox"/> Carro ou motocicleta 3. <input type="checkbox"/> Ambulância 4. <input type="checkbox"/> A pé 5. <input type="checkbox"/> Bicicleta 6. <input type="checkbox"/> Outro _____			
J 35.	O profissional de saúde prescreveu algum medicamento?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se 2: vá para J 39	
J 36.	Em relação aos medicamentos prescritos, quantos você conseguiu obter, gratuitamente ?	1. <input type="checkbox"/> Todos	2. <input type="checkbox"/> Alguns	3. <input type="checkbox"/> Nenhum deles	Se 1: vá para J 39
J 37.	Dos medicamentos prescritos que você não obteve gratuitamente, você conseguiu obtê-los de outra forma?	1. <input type="checkbox"/> Sim, todos	2. <input type="checkbox"/> Não, só alguns	3. <input type="checkbox"/> Nenhum deles	Se 1: vá para J 39
J 38.	Qual destes motivos explica melhor porque você não conseguiu obter todos os medicamentos prescritos?	1. <input type="checkbox"/> Não tinha dinheiro 2. <input type="checkbox"/> Não conseguiu encontrar todos os medicamentos 3. <input type="checkbox"/> Não achou que era necessário 4. <input type="checkbox"/> Outro _____			
J 39.	Você achou que foi tratado pior do que outras pessoas no serviço de saúde ou por algum profissional de saúde por um desses motivos?	a. Sexo (por ser homem ou mulher)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		b. Idade (por ser muito jovem ou idoso)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		c. Falta de dinheiro	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		d. Classe social	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		e. Cor	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		f. Preferência sexual	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		g. Tipo de doença	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	
		h. Outro _____			



J 40.	Na última vez que recebeu assistência de saúde, como você avalia:							
a. As habilidades do profissional de saúde	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
b. A disponibilidade de equipamentos	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
c. A disponibilidade de medicamentos	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
d. A resolução do seu problema	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
e. O tempo gasto com deslocamento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
f. O tempo de espera até ser atendido	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
g. O respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
h. A maneira como a sua intimidade foi respeitada durante o exame físico	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
i. A clareza nas explicações do profissional de saúde	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
j. A disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
l. A possibilidade de obter informações sobre outros tipo de tratamento ou exames	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
m. A sua participação na tomada de decisões sobre o seu tratamento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
n. A possibilidade de falar em privacidade com o profissional de saúde	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
o. A maneira como as suas informações foram mantidas em sigilo	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
p. A liberdade em escolher o profissional de saúde	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
q. A limpeza das instalações, incluindo os banheiros	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
r. O espaço disponível das salas de espera e atendimento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
Somente no caso de internação hospitalar:								
s. A facilidade de ter família e amigos lhe visitando	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
t. A facilidade de estar em contato com o mundo externo	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
u. Disponibilidade e limpeza de roupa-de-cama e para o paciente	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	8. <input type="checkbox"/> NSA	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	

FIM MUITO OBRIGADO!

Lista de Atividades A

Atividades Físicas Moderadas para melhorar sua saúde ou condição física ou por lazer ou recreação são as que precisam de algum esforço físico e fazem sua respiração ficar um pouco mais acelerada do que o normal.

1. Balé clássico ou moderno, jazz, sapateado e dança de salão
2. Exercícios aeróbicos
3. Hidroginástica
4. Jardinagem (para lazer): cortar grama, plantar mudas, etc
5. Pescar, caçar
6. Jogar golfe

Atividades Físicas Vigorosas para melhorar sua saúde ou condição física ou por lazer ou recreação são as que exigem muito esforço físico e fazem você respirar muito mais forte que o normal.

1. Andar de bicicleta, patins ou skate
2. Andar de bicicleta ou esteira ergométrica
3. Andar a cavalo
4. Pular corda
5. Atletismo (corrida, etc), ginástica olímpica
6. Exercícios de condicionamento físico (flexões, abdominais, barras, saltar levantando os braços)
7. Jogos esportivos (futebol, handebol, basquete, vôlei, tênis, natação, judô, jiu-jitsu, karatê)
8. Pára-queda ou mergulho

Lista de Atividades B

Atividades Físicas Moderadas no Trabalho, incluindo atividades domésticas, são as que precisam de algum esforço físico e fazem sua respiração ficar um pouco mais acelerada do que o normal.

1. Atividades domésticas (cozinhar, lavar, passar, varrer, esfregar, aspirar)
2. Atividades do carpinteiro e serralheiro
3. Atividades de costura e tecelagem
4. Atividades de ensino de educação física
5. Atividades de jardineiro ou caseiro (cortar grama, cuidar do jardim, arrastar galhos, limpar uma área ou terreno, cavar, plantar mudas e árvores, capinar)
6. Atividades do pescador e do caçador
7. Atividades do pintor de parede, ladrilheiro
8. Atividades do mecânico de automóvel
9. Atividades do eletricitista

Atividades Físicas Vigorosas no Trabalho, incluindo atividades domésticas, são as que exigem muito esforço físico e fazem você respirar muito mais forte que o normal.

1. Atividades do trabalhador de obras
2. Atividades que necessitem andar de bicicleta
3. Atividades de carregar e descarregar cargas de caminhão
4. Atividades do bombeiro
5. Atividades dos atletas profissionais (futebol, handebol, basquete, vôlei, tênis, judô, jiu-jitsu, karatê, mergulhador, corredor, nadador, remador, etc)
6. Atividades do pedreiro (uso de ferramentas pesadas como pá, picareta, etc)

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO CPqAM/FIOCRUZ

Título do Projeto: Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Sistema de Saúde Brasileiro.

Pesquisador responsável: Giselle Camposana Gouveia

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 13/06/2008

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 45/08

Registro no CAAE: 0044.0.095.000-08

PARECER Nº 087/2008

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de outubro de 2011. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de outubro de 2008.



Dr. Zulma Maria de Medeiros
Biómedica
Coordenadora
CER/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/10/2009.