

**RSP**<http://www.rsp.fsp.usp.br/>Revista de  
Saúde Pública

## Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso

Denise da Silva Melo<sup>I</sup>, René Duarte Martins<sup>II</sup>, Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus<sup>III</sup>, Isabella Chagas Samico<sup>III</sup>, Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo<sup>IV</sup><sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente. Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil<sup>II</sup> Núcleo de Saúde Coletiva. Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil<sup>III</sup> Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde. Diretoria de Pesquisa. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil<sup>IV</sup> Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade da atenção à saúde da população idosa usando como parâmetro a avaliação da responsividade do serviço.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde em nível ambulatorial. A amostra foi probabilística composta por 385 idosos e a coleta de dados ocorreu em 2014. Foram avaliados os domínios: escolha, autonomia, confidencialidade, dignidade, comunicação, instalações físicas e atendimento rápido. Para tanto, foram utilizados o teste de correlação de Pearson e o teste de Fisher.

**RESULTADOS:** Os domínios dignidade, confidencialidade e comunicação atingiram o maior nível de responsividade adequada. Por outro lado, a liberdade de escolha e o atendimento rápido receberam as piores avaliações. A participação na tomada de decisões a respeito do tratamento foi significativamente menor entre os idosos que não frequentaram a escola. Além disso, os idosos que se autodeclararam negros receberam um atendimento de menor qualidade no que diz respeito à explicação clara e a privacidade respeitada mediante consulta, quando comparados aos usuários de outra raça.

**CONCLUSÕES:** Apesar de a maioria dos domínios estudados receberem uma avaliação positiva, evidenciou-se a necessidade de um atendimento igualitário por parte dos profissionais de saúde, independentemente de raça, nível de escolaridade ou qualquer outra característica adjetiva referente aos usuários idosos atendidos nos serviços de saúde públicos.

**DESCRIPTORIOS:** Idoso. Serviços de Saúde para Idosos. Avaliação de Serviços de Saúde.

#### Correspondência:

Denise da Silva Melo  
Av. Gal. Newton Cavalcante, 462  
Apto. 205 Bloco 18 Vila da Inabi  
54753-220 Camaragibe, PE, Brasil  
E-mail: nnyse.ms@gmail.com

**Recebido:** 29 nov 2015

**Aprovado:** 1 jul 2016

**Como citar:** Melo DS, Martins RD, Jesus RPF, Samico IC, Santo ACGE. Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. Rev Saude Publica. 2017;51:62.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial que, no Brasil, acontece de forma acelerada e significativa<sup>21</sup>. Estima-se que em 2025 o país será o sexto do mundo em número absoluto de idosos, totalizando 33,8 milhões de indivíduos e passando dos atuais 2,7% para 14,7% da população geral<sup>10</sup>. O fato acarreta profundas mudanças na sociedade e novas demandas de saúde emergem, visto que a transição demográfica concomitante à transição epidemiológica implicam na maior utilização dos serviços de saúde devido à agudização de condições crônicas, ao aumento na frequência de comorbidades e à maior incidência de declínio funcional<sup>13,14</sup>.

É imperativo que o sistema de saúde atenda adequadamente as crescentes demandas da população que envelhece, levando em consideração as questões que refletem as peculiaridades desse grupo etário. Isso trouxe à tona a necessidade de elaboração e adequação de ações e políticas públicas com vistas à melhoria das condições de vida do novo perfil populacional.

Assim, foram criadas e redimensionadas políticas sociais voltadas para os idosos, especialmente as de saúde, a saber: Política Nacional de Assistência Social, Estatuto do Idoso, Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entre outras. Todas reconhecem a necessidade da consolidação da rede de proteção social da pessoa idosa, na direção de uma sociedade para todas as idades. No entanto, várias são as dificuldades para implementá-las, como: a alocação precária de recursos; o frágil sistema de informação para análise das condições de vida e de saúde; e a capacitação inadequada de recursos humanos<sup>5,6</sup>.

Desse modo, a avaliação desses serviços é considerada parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde, tendo em vista que o seu aprimoramento é alcançado quando se tem como uma das metas a satisfação dos usuários<sup>7,15</sup>.

A incorporação dos métodos de investigação da satisfação da clientela aos estudos de avaliação possibilitaram a identificação de áreas passíveis de melhoria no atendimento prestado pelos serviços de saúde, passando a constituir-se em importante instrumento para a gestão do setor<sup>1</sup>.

No entanto, estudos têm mostrado que as diferentes expectativas individuais, influenciadas pelas distintas realidades socioculturais, levam a um viés subjetivo quando avaliamos os serviços pela ótica dos usuários<sup>7,9</sup>. Diante disso, a busca por maior objetividade nesses estudos culminou com o desenvolvimento de um novo conceito – o de responsividade (*responsiveness*) – pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>28</sup>.

Esse conceito refere-se ao modo como o sistema age em relação às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos não médicos do cuidado, ou seja, os elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, mas que podem vir a influenciá-lo<sup>9</sup>.

Estudo realizado pela OMS observou que cerca de 8% dos pacientes que avaliaram a assistência prestada em nível ambulatorial indicaram baixa responsividade dos serviços de saúde<sup>28</sup>. No Brasil, estudos realizados em diferentes níveis assistenciais (hospitalar e atenção básica) mostraram que a dignidade, a confidencialidade e a comunicação entre profissional e paciente foram os aspectos mais bem conceituados, em consonância com resultados encontrados em outros países<sup>2,8,12</sup>. Por outro lado, as maiores deficiências são atribuídas aos domínios de autonomia, tempo de espera e escolha<sup>2,8,12</sup>.

Considerando a complexidade do sistema de saúde brasileiro, principalmente quanto à execução de práticas assistenciais voltadas aos idosos, e a necessidade de avaliação desses serviços para a busca de novas propostas de planejamento e intervenções em saúde, o presente

estudo objetivou analisar a qualidade da atenção ambulatorial à saúde da população idosa, usando como parâmetro a responsividade do serviço.

## MÉTODOS

Este estudo, de natureza descritiva, corte transversal e abordagem quantitativa, foi realizado em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para as regiões Norte e Nordeste do país. Localizada em Recife, PE, essa instituição atende cerca de 67.000 idosos ao ano em consultas que contemplam serviços de medicina clínica e diversas especialidades<sup>a</sup>.

A amostra foi probabilística, constituída por 385 usuários idosos, utilizando o número total de atendimentos na instituição no ano de 2013. Levou-se em consideração uma frequência de 50,0% para os eventos estudados (com o objetivo de maximizar o tamanho da amostra), uma precisão absoluta de 5,0 pontos percentuais e um nível de confiança de 95,0%. O cálculo da amostra foi feito pelo programa EpiInfo, versão 6.04. Participaram da pesquisa usuários que buscaram atendimento médico ambulatorial, com idade igual ou superior a 60 anos e que aceitaram participar do estudo.

A seleção dos indivíduos foi realizada na sala de espera dos consultórios do ambulatório de adultos, por ordem de chegada dos usuários para o atendimento. Considerando o atendimento médio de 50 pacientes, habilitados para o estudo, por dia, foi definido trabalhar com cinco pacientes por turno, utilizando-se o cálculo do “intervalo amostral”. Foi realizado sorteio aleatório simples dos valores de um a cinco para determinar os pacientes idosos a serem entrevistados. As entrevistas aconteceram nos dois turnos, e foram realizadas levando em consideração as experiências prévias dos idosos com o serviço.

Foram excluídos da amostra os idosos que apresentaram impossibilidade de comunicação; incoerência de discurso ou desorientação; ausência de acompanhante nos casos em que o paciente não soubesse assinar seu nome; e os pacientes de primeira vez do ambulatório. A identificação dos idosos que apresentaram os critérios de exclusão “impossibilidade de comunicação” e “incoerência de discurso ou desorientação” baseou-se na incapacidade do entrevistado em responder às questões sobre características socioeconômicas e demográficas. Dessa forma, a seleção procedeu-se até atingir a amostra definida inicialmente.

As informações foram coletadas entre os meses de março e julho de 2014 mediante entrevista durante o atendimento usual no ambulatório, sem comprometer o funcionamento do serviço. Para a coleta das informações sobre o perfil socioeconômico e autoavaliação da saúde, foram utilizadas questões fechadas do *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)<sup>27</sup>.

Na primeira parte do instrumento, foram consideradas as seguintes variáveis socioeconômicas: sexo (feminino; masculino); raça (branca; negra; parda; amarela; indígena); faixa etária (60 a 65 anos; 66 a 70 anos; ≥ 70 anos); escolaridade (sem escolaridade; 1 a 4 anos de estudo; 5 a 8 anos de estudo; ≥ 9 anos de estudo); renda mensal (menor que um salário mínimo; igual a um salário mínimo; maior que um salário mínimo; ignorado); crença ou religião (católica; evangélica; espírita; ignorado); situação conjugal (casado(a) ou união estável; viúvo(a); divorciado(a); nunca casou ou solteiro(a)); ocupação (empregado(a); desempregado(a); autônomo(a); do lar; aposentado(a); outros).

Para os dados relativos à responsividade do serviço, utilizou-se o questionário do *Multi-Country Survey Study*<sup>b</sup>, desenvolvido e validado pela OMS. O referido instrumento permite a avaliação de oito domínios de responsividade sobre aspectos relacionados com o ambiente em que os pacientes recebem atendimento em nível ambulatorial e com a maneira como são tratados. Esses aspectos são relevantes para todos os tipos de cuidados

<sup>a</sup> Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Departamento de Contas Médicas. Recife: IMIP; 2013.

<sup>b</sup> World Health Organization. Multi-Country Survey Study. Brief 60min Questionnaire (Spanish). Geneva: HO [citado 21 fev 2017]. Disponível em: [www.who.int/responsiveness/surveys/en/](http://www.who.int/responsiveness/surveys/en/)

de saúde, incluindo os serviços de saúde individuais e coletivos. Tais domínios podem ser entendidos como<sup>28</sup>:

1. Dignidade: o estado de ser digno ou estimado. Refere-se ao atendimento respeitoso e realização de exame físico em local reservado.
2. Autonomia: ter o direito de participar na tomada de decisões sobre seu cuidado e tratamento se assim o desejar. O profissional de saúde deve pedir permissão antes de realizar um tratamento ou examinar o paciente.
3. Confidencialidade: a garantia de sigilo da história clínica do paciente e das conversas tidas com os profissionais de saúde. Além disso, considera o armazenamento do prontuário em local seguro.
4. Comunicação: ter direito a uma comunicação de forma compreensível. O profissional deve escutar atentamente o paciente, explicar de forma clara suas dúvidas e garantir ao usuário tempo para questionamentos.
5. Atendimento rápido: ter suas necessidades de saúde atendidas em curto período de tempo de modo a não causar desconforto ou angústia indevida. Ademais, implica em curto tempo de espera para consulta e realização de exames e cirurgias.
6. Apoio à integração social: os serviços de saúde devem garantir o acesso às redes sociais antes, durante e após os cuidados. Diz respeito à oferta de alimentação aos familiares, liberdade de práticas religiosas etc. Esse domínio se refere aos casos de internamento hospitalar, não sendo utilizado para pesquisas em nível ambulatorial.
7. Qualidade das instalações físicas: ter acesso a instalações físicas adequadas. Considera níveis razoáveis de conforto e ambientes propícios para o bem-estar do usuário. Dessa forma, os serviços devem oferecer sala de espera ventiladas, cadeiras e setores limpos (incluindo a higiene dos banheiros).
8. Escolha: o paciente deve ter a oportunidade de escolher o profissional de saúde que realizará a consulta e a possibilidade de optar pelo atendimento em outro setor ou instituição.

Para este estudo, foram excluídas as questões referentes ao apoio à integração social visto que se restringem ao serviço de internação hospitalar. Tendo em vista as variações regionais, o instrumento de pesquisa foi submetido a um pré-teste com 50 usuários do serviço, visando a uma melhor compreensão pelo público alvo.

A abordagem preconizada pela OMS baseia-se no relato de experiência e avaliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde que os usuários utilizam. Esse tipo de estudo costuma investigar qual a frequência com que determinado evento ocorre. Diante disso, as percepções negativas ou consideradas “problema” são definidas como o percentual de pessoas que responderam “nunca” ou “às vezes”<sup>28</sup>. Já a responsividade considerada “boa” ou “adequada” diz respeito ao percentual de pessoas que responderam “sempre”. Adicionalmente, os entrevistados foram solicitados a indicar qual domínio eles percebiam como o mais importante para um atendimento de qualidade dentre os sete avaliados.

Os dados foram digitados com dupla entrada no *software* EpiInfo, versão 3.3.2. O teste de correlação de Pearson e o teste de Fisher foram realizados para verificar se existia uma relação entre as variáveis socioeconômicas e a responsividade adequada. Os resultados que apresentaram associação significativa em nível de 95% foram apresentados em tabela, com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Pernambuco (Parecer 521.886/14), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A todos os usuários que concordaram em participar do estudo foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

**Tabela 1.** Percentual de responsividade adequada quanto aos domínios estudados.

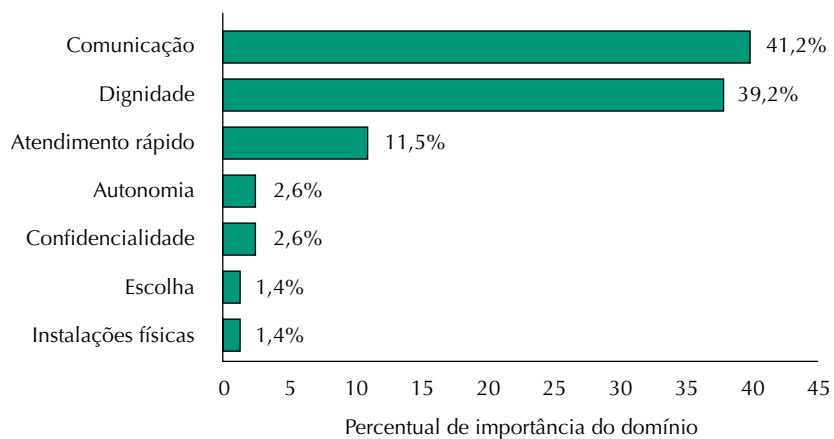
Domínio	Aspecto	Responsividade adequada (%)
Escolha	Liberdade de escolha	24,4
Autonomia	Participação nas decisões a respeito do tratamento	49,7
Confidencialidade	Sigilo das informações	91,3
Dignidade	Tratamento respeitoso pelos profissionais de saúde	97,9
	Tratamento respeitoso pelos recepcionistas	75,2
	Privacidade respeitada	87,9
Comunicação	Escuta adequada pelos profissionais	91,3
	Clareza nas explicações	90,1
	Disponibilidade de tempo para perguntas ou esclarecimentos	84,2
Instalações físicas	Limpeza da sala de espera	90,0
	Limpeza dos banheiros	46,3
	Ventilação da sala de espera	50,0
	Disponibilidade de cadeiras	56,1
Atendimento rápido	Tempo curto de espera para ser consultado, para realizar exames e cirurgias	22,0

## RESULTADOS

Foram abordados 396 idosos, dos quais 385 foram entrevistados e 11 (2,78%) recusaram participar do estudo.

Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra, a maioria era do sexo feminino (58%), de raça branca (62%), com crença religiosa católica (61%), residentes na zona urbana (92%), aposentados(as) (75%) e não tinham dependentes (75%). A maior prevalência diz respeito aos que possuem entre 60 e 65 anos (42%). Dentre os demais, 28% tinham entre 66 e 70 anos e 30% apresentavam mais de 70 anos de idade.

Quanto à escolaridade, 12% nunca frequentaram a escola, 40% tinham entre um e quatro anos de estudo, 22% estudaram de cinco a oito anos e 26% referiram nove ou mais anos de estudo.

**Figura.** Distribuição dos domínios de responsividade quanto ao percentual de importância.

**Tabela 2.** Associação\* entre a responsividade adequada referente ao domínio de autonomia e a variável escolaridade.

Escolaridade	Autonomia (% de responsividade adequada)
Sem escolaridade	9,6
1 a 4 anos de estudo	37,1
5 a 8 anos de estudo	19,8
≥ 9 anos de estudo	33,5

\*  $p = 0,018$ , teste Qui-quadrado de Pearson.

Em relação à renda, mais da metade recebia um salário mínimo (53%). Cerca de 8% recebiam menos de um salário mínimo, 30% afirmaram possuir renda mensal maior que um salário mínimo e 9% preferiram não responder a esse questionamento.

Além disso, 25% das pessoas idosas autoavaliaram sua saúde como ótima ou boa, 60% como regular e 15% como ruim ou péssima.

Quanto à percepção sobre o serviço prestado pela unidade, 57% o consideraram melhor do que imaginaram; 6%, que o atendimento recebido foi pior do que esperavam; e 37%, que o serviço ofereceu uma assistência dentro do que previam receber. Não obstante, a grande maioria (98%) dos idosos declarou que recomendam ou recomendariam o serviço para amigos ou parentes.

Dentre os domínios estudados, a dignidade, a confidencialidade e a comunicação atingiram o maior nível de responsividade adequada. Em contrapartida, a liberdade de escolha e o atendimento rápido receberam as maiores restrições (Tabela 1).

A comunicação foi referenciada como o domínio mais importante para um atendimento de qualidade (41,2%), seguido da dignidade (39,2%) e do atendimento rápido (11,5%) (Figura).

A participação na tomada de decisões a respeito do tratamento (autonomia) foi significativamente menor ( $p = 0,018$ ) entre os idosos que não frequentaram a escola (Tabela 2). De semelhante modo, a raça teve influência no tipo de assistência prestada pelos profissionais de saúde que atendem no serviço avaliado (Tabela 3).

Os idosos que se autodeclararam negros receberam atendimento de menor qualidade no que diz respeito à explicação e à privacidade respeitada mediante consulta, quando comparado aos usuários de outra raça.

**Tabela 3.** Associação entre a responsividade adequada (RA) referente aos aspectos privacidade e explicação adequada e a variável raça.

Raça	Explicação adequada		Privacidade	
	RA (%)	p	RA (%)	p
Branca	65,3		65,2	
Parda	20,8	0,027*	20,9	0,028*
Negra	13,9		13,9	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson, associação significativa ao nível de 95%.

## DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional acelerado acarretou grandes transformações no perfil de adoecimento da população e repercutiu na maior demanda por serviços especializados nessa área<sup>12,21</sup>. Em vista disso, a busca pela qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde aos idosos é considerada atualmente um imperativo técnico e social.

A avaliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde às expectativas legítimas dos usuários é reconhecida como parte importante do desempenho dos sistemas de saúde<sup>28</sup>. No entanto, pouca atenção tem sido dada à população idosa no que tange a esse tipo de avaliação<sup>12</sup>. Diógenes et al.<sup>4</sup> ratificam a importância da inclusão desse grupo etário nos



estudos de avaliação de serviços, visto que seria um equívoco supor que todos os pacientes têm as mesmas necessidades e expectativas.

A qualidade dos serviços de saúde recebidos pelos idosos menos escolarizados é inferior se comparado aos que possuem maior nível de instrução<sup>18</sup>, resultando em uma desigualdade social na prestação desses serviços. De semelhante modo, o presente estudo observou que os idosos sem escolaridade tiveram menor oportunidade de participar das decisões acerca do seu tratamento em relação aos escolarizados.

Ao estudar as consequências disso, Lima et al.<sup>12</sup> mostraram que idosos que não tiveram direito a exercer sua autonomia relatam que “quem manda é o médico” e que se não “obedecessem à sua ordem” poderiam até “perder a vaga”. Isso confere a passividade dos usuários diante da condução do seu caso devido ao medo de perderam o atendimento, e implica em uma verdadeira despersonalização e imposição de normas, com desrespeito à autonomia e à decisão do paciente.

Embora ainda não se tenham evidências concretas a respeito dos possíveis fatores que ocasionem esse tipo de atitude por parte dos profissionais de saúde, é evidente a necessidade de planejamento e implementação de estratégias que visem à humanização do atendimento a fim de garantir a participação do usuário como sujeito ativo no processo do cuidar. Afinal, a adesão e o sucesso da terapia proposta estão intimamente ligados ao atendimento diferenciado, baseado na confiança e no respeito aos anseios dos usuários<sup>25</sup>.

Não obstante, a autonomia do paciente é um componente ético do cuidado a ser constantemente buscado e estimulado independentemente do nível de escolaridade<sup>3</sup>. Sob essa ótica, estudiosos apontam que a medicina contemporânea deve privilegiar a participação em conjunto dos pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde nas tomadas de decisões para alcançar a democratização da relação médico-paciente<sup>23</sup>.

Em relação ao atendimento rápido, a OMS<sup>28</sup> constatou que esse domínio é considerado o mais importante pelos usuários dos serviços de saúde. No presente estudo, esse domínio recebeu a terceira maior pontuação em importância (Figura). Entretanto, seu desempenho foi o pior dentre os avaliados, mostrando-se aquém do esperado pelos idosos (22%). De fato, a literatura mostra constante insatisfação dos usuários de serviços públicos acerca do tempo de espera para atendimento, o que ratifica a necessidade de desenvolvimento de estratégias que proporcionem uma assistência à saúde mais rápida e efetiva<sup>1,20</sup>.

É evidente a crise nos sistemas de saúde devido à incongruência entre o atual perfil epidemiológico com predomínio de condições crônicas e os serviços de saúde direcionados prioritariamente para atuar nas condições agudas e para as agudizações das doenças crônicas, organizados, em sua maioria, de forma fragmentada. Esses sistemas fragmentados são incapazes de oferecer uma atenção contínua à população, resultando em demora no atendimento e baixa resolutividade<sup>17</sup>.

Considerando esses aspectos, as Redes Integradas de Atenção à Saúde visam à integração de serviços de saúde de forma a oferecerem uma atenção efetiva e condizente com as necessidades dos usuários. Estudos têm evidenciado que a atuação dos serviços em redes integradas pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, além de reduzir o tempo de espera para atendimento e os custos dos sistemas de atenção à saúde<sup>17,22</sup>.

Embora este estudo não tenha encontrado associação significativa entre nível de escolaridade e atendimento rápido ( $p = 0,191$ ), estudo anterior<sup>14</sup> encontrou maior tempo para agendamento de consulta entre os idosos que não frequentaram escola. Os resultados observados nesta pesquisa podem ter sido influenciados pelo baixo nível de escolaridade predominante entre os usuários da instituição avaliada.

Em relação à variável raça, os idosos que se autodeclararam negros tiveram menor percepção positiva do respeito à sua privacidade durante o atendimento ( $p = 0,028$ ) e das explicações

transmitidas pelos profissionais de saúde ( $p = 0,027$ ) durante a consulta. Quanto a esse aspecto, Souza et al.<sup>24</sup> já haviam observado que a raça é um fator limitante no acesso a serviços odontológicos por parte dos usuários mais velhos, visto que os idosos negros apresentaram maior dificuldade na sua utilização.

Na vigência de um sistema de saúde que se pretende universal e equânime, é inadmissível que as diferenças de raça interfiram nos aspectos relacionados ao atendimento recebido nos serviços. Segundo Lenardt et al.<sup>11</sup>, a dignidade referente ao ser humano idoso deve ser inalienável e livre de toda carga condicionante que se lhe queira impor. Desse modo, os profissionais de saúde deveriam prestar um atendimento respeitoso ao idoso independentemente de qualquer outra característica adjetiva.

É importante destacar que a comunicação com os pacientes tem uma função terapêutica e é considerada parte essencial no processo do cuidado<sup>11</sup>. De acordo com a opinião dos entrevistados neste estudo, os profissionais promovem uma relação de diálogo com os idosos, oferecendo uma escuta adequada e explicações claras a respeito do quadro de saúde e/ou tratamento. Isso favorece o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde, otimizando o processo da assistência, visto que permite aos profissionais o melhor conhecimento das questões inerentes ao quadro de saúde do seu paciente bem como das prioridades de cada caso<sup>8,12</sup>.

Em consonância com Lima et al.<sup>12</sup>, a escolha dos profissionais de saúde encontra-se entre os domínios que receberam as piores avaliações pelos usuários idosos (24,4%). Isso se deve à reduzida possibilidade de escolha do prestador de serviços nas unidades públicas de saúde<sup>2</sup>.

A presente investigação constatou que os domínios dignidade e confidencialidade atingiram o maior nível de responsividade adequada na instituição avaliada. Esses resultados corroboram dados da OMS, que mostram que pacientes<sup>28</sup> tendem a relatar uma boa capacidade de resposta para dignidade e confidencialidade na avaliação dos serviços ambulatoriais.

Lima et al.<sup>12</sup>, ao avaliarem diferentes serviços de saúde pública, observaram que a grande maioria dos usuários demonstraram confiança nos prestadores da assistência para assegurar o sigilo de suas informações pessoais. Cabe ressaltar que a confidencialidade é um requisito essencial na conduta dos profissionais de saúde, sendo considerado um direito do paciente, como também uma responsabilidade ética dos prestadores da atenção<sup>19</sup>.

Entretanto, há relatos na literatura referente aos serviços nos quais a privacidade nas consultas foi identificada pelos usuários como a maior falha no atendimento prestado. Dentre as queixas, pode-se apontar a inexistência de local apropriado para a troca de roupa quando necessário para a realização de exames, bem como o acesso ao consultório por outros profissionais de saúde, durante a consulta, sem a permissão do paciente<sup>9</sup>. Nesses casos, é evidente a necessidade de readequação do espaço físico das unidades de saúde e da sensibilização dos profissionais a respeito deste componente da humanização do atendimento.

Com exceção da limpeza da sala de espera, os demais aspectos referentes ao domínio instalações físicas foram avaliados como inadequados por praticamente metade dos idosos entrevistados. Cabe salientar que é recorrente na literatura as queixas dos usuários acerca das condições precárias de infraestrutura e limpeza dos serviços públicos de saúde<sup>16</sup>. A melhoria desses aspectos, na maioria das vezes, não depende de grandes investimentos em recursos financeiros e tecnológicos<sup>9</sup>. Essa situação remete ao âmbito da cultura e da gestão organizacional em que o usuário é visto como a clientela de baixa renda atendida pelo sistema público de saúde e destituído de prioridade, em detrimento aos espaços em que predominam clientela de renda mais alta<sup>9</sup>.

Ainda sobre a responsividade dos serviços de saúde, há evidências de que as pessoas mais pobres tendem a referir pior capacidade de resposta para os domínios de atendimento rápido, dignidade, comunicação e escolha<sup>28</sup>. O presente estudo não identificou influência de tais fatores na avaliação da unidade pesquisada. Essa contradição pode ser explicada pelo fato de esta investigação ter sido realizada em uma instituição conveniada com a rede pública e



que atende, em sua grande maioria, pacientes de baixas condições aquisitivas, favorecendo a homogeneidade da amostra.

Embora os entrevistados apontem alguns aspectos como passíveis de melhorias, a grande maioria recomenda ou recomendaria o serviço. Resultados semelhantes foram encontrados por Albuquerque<sup>1</sup>, que atribui o elevado percentual de aprovação como provável consequência da confiança no atendimento recebido e nos resultados alcançados.

Este estudo teve como principal fortaleza propiciar ao idoso a oportunidade de avaliar a qualidade do atendimento a ele dirigido. Como possíveis limitações, pode-se considerar a realização do estudo na própria unidade de saúde e a exclusão de usuários que apresentaram impossibilidade de comunicação e incoerência de discurso ou desorientação. Alguns estudiosos indicam a importância de se considerar o viés de gratidão, visto que, em alguns casos, os pacientes emitem uma falsa avaliação positiva do atendimento devido ao receio em perder o direito ao serviço<sup>26</sup>. A influência desse tipo de viés pode ter sido minimizada pelo esclarecimento por parte do entrevistador acerca dos objetivos da pesquisa e pela garantia do sigilo das informações fornecidas.

## CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo sugerem que os profissionais de saúde da unidade pesquisada estão se empenhando na prestação de um atendimento humanizado aos usuários idosos, com vistas à comunicação adequada e sigilo das informações pessoais relatadas mediante a consulta.

No entanto, o atendimento, no que tange à privacidade e às explicações recebidas durante a consulta, foi influenciado pela raça, de forma que os idosos negros tiveram uma menor percepção positiva acerca desses aspectos em relação aos demais pacientes. Esse fato ratifica a importância da discussão referente aos direitos humanos e da luta por um sistema de saúde público igualitário.

Além disso, ficou evidente a importância de se considerar o paciente como sujeito ativo nas discussões a respeito do seu tratamento, de forma a garantir a autonomia dos idosos mediante as decisões inerentes ao seu contínuo assistencial.

Cabe ressaltar que a liberdade de escolher o prestador da assistência e o atendimento rápido foram os domínios que receberam a pior avaliação. Ademais, as instalações físicas foram avaliadas como aquém do esperado pelos idosos. Esses achados reforçam a necessidade de investimentos direcionados para proporcionar adequação da proporção entre demanda e oferta e de estrutura física das unidades às necessidades específicas deste grupo etário.

Sob essa ótica, é necessário restabelecer a coerência entre a situação de saúde, com predomínio nas condições crônicas, e a atuação dos serviços de saúde, que atualmente estão direcionados prioritariamente ao atendimento de condições agudas e para as agudizações de doenças crônicas de forma fragmentada. Para tanto, as Redes Integradas de Atenção à Saúde podem oferecer uma condição estruturalmente mais adequada para efetivar o atendimento integral e racionalizar os custos de forma a otimizar e redirecionar a utilização de recursos para áreas consideradas prioritárias.

Face ao exposto, é imperativo que gestores e autoridades públicas estejam em consonância com a necessidade de um serviço de saúde que atenda a população idosa, considerando as suas peculiaridades.

## REFERÊNCIAS

1. Albuquerque EC. Avaliação da satisfação dos usuários dos Serviços de Saúde do Ambulatório Central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando

- Figueira- IMIP - Recife, PE [dissertação de mestrado profissional]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2010 [citado 11 mar 2013]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010albuquerque-ec.pdf>
2. Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cad Saude Publica*. 2010;16(3):523-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300010>.
  3. Costa VT, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2007 [citado 20 fev 2017];15(1):53-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a08.pdf>
  4. Diógenes TPM, Mendonça KMPP, Guerra RO. Dimensions of satisfaction of older adult Brazilian outpatients with physical therapy. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(4):301-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552009005000038>.
  5. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1494-502. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>.
  6. Gomes S. Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, Fundação Padre Anchieta; 2009 [citado 20 fev 2017]. Disponível em: [http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume2\\_Politicass\\_publicas.pdf](http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume2_Politicass_publicas.pdf)
  7. Gouveia CG, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(3):281-96. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300001>.
  8. Gromulska L, Supranowicz P, Wysocki MJ. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2014;65(2):155-64.
  9. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(12):3343-52. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200019>.
  10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 11 mar 2013]. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)
  11. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Pívaro ABR, Borghi ACS. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):737-45. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400019>.
  12. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saude Soc*. 2014;23(1):265-76. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100021>.
  13. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm*. 2012;33(2):176-85. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200025>.
  14. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):733-40. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>.
  15. Martins AMEBL, Jardim LA, Souza JGS, Rodrigues CAQ, Ferreira RC, Pordeus IA. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(1):71-91. <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010007ENG>.
  16. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Batista AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Publica*. 2010;12(3):402-13. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000300006>.
  17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
  18. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):410-8. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000500013>.
  19. Sampaio SS, Rodrigues FW. Ética e sigilo profissional. *Serv Soc Soc*. 2014;117:84-93. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100006>.

20. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(1):35-44. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>.
21. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).
22. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(6):2753-62. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.
23. Soares JCRS, Camargo Jr KR. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(21):65-78. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>.
24. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(8):2063-70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800017>.
25. Taddeo OS, Lopes Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(11):2923-30. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>.
26. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):599-613. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>.
27. Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008 [citado 20 fev 2017]. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)
28. World Health Organization. The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study. Geneva: WHO; 2005. [citado 11 mar 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/responsiveness/mcss/en/>

---

**Contribuição dos Autores:** Concepção e planejamento do estudo: DSM, RPFJSJ, RDM, ICS. Coleta, análise e interpretação dos dados: DSM, RPFJSJ, RDM. Elaboração ou revisão do manuscrito: DSM, RPFJSJ, ACGES. Aprovação da versão final: DSM, RPFJSJ, ACGES. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: DSM.

**Conflito de Interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.