PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A RESOLUTIVIDADE E A SATISFAÇÃO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO SUDOESTE DA GRANDE SÃO PAULO

RUTH NATALIA TERESA TURRINI

Tese apresentada ao Departamento de
Epidemiologia da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor.

**ORIENTADORA:
PROF. DRA. MARIA LÚCIA LEBRÃO**

**São Paulo
2001**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura: *Lúcia Ferrari*

Data: 18 de novembro de 2001.

41701/2001 doc

RESUMO

Turrini RNT. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Estudou-se a resolutividade e a satisfação do cliente pelos serviços de saúde, segundo a percepção dos moradores da região sudoeste da Grande São Paulo, utilizando os dados de um inquérito domiciliar realizado em 1989/1990. O estudo incluiu o número de moradores que procuraram ajuda para resolver o problema de saúde referido nos quinze dias anteriores à entrevista (1.473), aqueles que referiram internação no último ano (595) e os que referiram hipertensão (1708), diabetes (580), convulsão/ataque (45), problemas cardíacos (518) e problemas respiratórios (642). A capacidade resolutiva qualitativa e quantitativa dos serviços utilizados para as consultas médicas foi superior a 90,0%, enquanto na hospitalização a capacidade resolutiva qualitativa foi de 58,7%. A solução de problemas percebidos pelos moradores foi de 40,9% e a não solução foi de 10,5%. Nas doenças crônicas observou-se que a visita de rotina ao médico foi inferior a 50,0%, exceto no diabetes e convulsão/ataque. O hábito de tomar medicamentos variou conforme a afecção, com melhores valores para o diabetes e convulsão/ataque (70,0%). O principal motivo para a falta de adesão ao tratamento foi "não achar preciso", no caso de não visitar de rotina o médico, e a "ausência de sintomas" quando não tomaram a medicação. O índice de satisfação foi superior a 80,0% tanto nas consultas médicas quanto na hospitalização. As principais dimensões do cuidado mencionadas para a caracterização da (in)satisfação foram o relacionamento interpessoal e a organização dos serviços. Concluiu-se que os serviços utilizados pelos moradores da região de estudo mostraram-se resolutivos, exceto para a adesão ao tratamento nas doenças crônicas. O estudo revelou que os moradores estavam satisfeitos com os serviços utilizados e valorizaram a rapidez do atendimento, a cordialidade e a habilidade técnica dos profissionais.

Descritores: Resolutividade. Satisfação do cliente. Serviços de Saúde. Inquérito Domiciliar. Morbidade Referida.

ABSTRACT

Turrini RNT. **Percepção dos usuários sobre a resolatividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo**. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

The objective of this study was to analyse the health services capability of solving problems and the clients' satisfaction. The data were obtained from a household morbidity survey performed in the southwest region of São Paulo city in 1989/1990. The people included those who referred to morbidity fifteen days prior to the interview and those who sought help to solve their health problems (1.473), those who mentioned hospitalization in the period of one year prior to the interview (595) as well as those who mentioned hypertension (1708), diabetes (580), convulsion (45), cardiac (518) or respiratory (642) conditions. The qualitative and quantitative capabilities of solving problems in the medical care services were superior to 90,0%, whereas in hospitalization services the qualitative measure was 58,7%. The problem was solved in 40,9% of cases and not solved in 10,5% of them. It was found that in chronic diseases, under 50,0% attended doctors (on a routine basis), except in cases of diabetes and convulsion. The use of medicine was irregular according to the diseases, with better results in the diabetes and convulsion groups (70,0%). The main reasons of non-adherence to treatment were "to think it was not necessary" when related to not visiting the doctor and "not having symptoms" when they hadn't taken the medicine prescribed. The satisfaction level was over 80,0% in regard to visits to the doctor as well as to the use of drugs. The main dimensions of care used in the services evaluation were interpersonal relationship and organization of health services. It was possible to conclude that health services helped people to solve most of the problems, although they didn't get to improve the adherence to treatment in the case of chronic diseases. People were satisfied with the services and appreciated shorter waiting time, cordiality and professional skill.

Descriptors: Solving Problems Capability. Satisfaction. Health Services. Household Survey. Morbidity.

ABREVIATURAS E SIGLAS

BENFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar do Brasil

CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

DI - Diagnóstico por Imagem

DIR - Diretoria Regional

ECG - Eletrocardiograma

ERSA - Escritório Regional de Saúde

IAMSPE - Instituto de Assistência Médica dos Servidores Públicos Estaduais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NPEA - População não economicamente ativa

NS-NR - Não sabe / não respondeu

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEA - População economicamente ativa

PPD - Purified protein derivated

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

ERRATA

Pg.35 - 2º parágrafo, 9ª linha - Ao invés de “...a população dos municípios de cada domínio ponderada representou no seu conjunto ...”, leia-se “... a população dos municípios representou no seu conjunto...”

Pg. 71 - último parágrafo - completar “ ... proporcional à sua utilização.”

Pg.75 - 3º parágrafo; pg. 113 - 1º parágrafo e pg 158 - último parágrafo - substituir aderência por adesão.

Pg. 61, 83, 95, 122, 123, 127, 128 e 131 - não pagamento pelo atendimento entenda-se não pagamento direto pelo atendimento.

Pg. 124 - último parágrafo - substituir (512) por (542).

Pg. 125 - 5º parágrafo - substituir WEISS 1980 por WEISS 1988.

Pg. 126 - tabela 4.24 - corrigir na categoria convênios / não 13,3 por 23,3.

Pg. 133 - tabela 4.28 e pg. 136 - tabela 4.29 - a porcentagem é em relação aos números absolutos e não na amostra ponderada.

Pg. 160 - item 4.3.3.6 - substituir por 4.3.3.5

Pg. A-35 -Anexo 2 - na definição de burguesia leia-se “ ... constituída por todos os proprietários de meios de produção ...”. Na 4ª linha substituir empregador por empregado.

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS
LISTA DE GRÁFICOS
LISTA DE TABELAS
APRESENTAÇÃO

	Pg
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Resolutividade.....	11
1.2 Satisfação do cliente.....	16
1.3 Região de Saúde de Itapecerica da Serra.....	23
2 OBJETIVOS	31
3 MATERIAL E MÉTODOS	33
3.1 Local do estudo	34
3.2 Fonte de dados	34
3.3 População de estudo.....	37
3.4 Variáveis de estudo.....	37
3.5 Análise de dados.....	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 Morbidade referida nos últimos 15 dias	43
4.2 Resolutividade e satisfação com a hospitalização no último ano	109
4.3 Doenças crônicas, resolutividade e satisfação.....	140
5 CONCLUSÃO	163
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168
ANEXOS	179
ANEXO 1 - Questionário do inquérito domiciliar	A -1
ANEXO 2 - Classificação da classe social	A -35
ANEXO 3 - Categorias da satisfação do cliente	A -37
ANEXO 4 - Tabela da visita de rotina ao médico para hipertensão.....	A -39
ANEXO 5 - Tabela da visita de rotina ao médico para diabetes	A -40
ANEXO 6 - Tabela da visita de rotina ao médico para afecções cardíacas..	A -41
ANEXO 7 - Tabela da visita de rotina ao médico para afecções respiratórias.....	A -42

ANEXO 8 - Tabela da visita de rotina ao médico para convulsão.....	A -43
ANEXO 9 - Tabela do hábito de tomar medicamentos para hipertensão	A -44
ANEXO 10 - Tabela do hábito de tomar medicamentos para diabetes	A -45
ANEXO 11 - Tabela do hábito de tomar medicamentos para afecções cardíacas.....	A -46
ANEXO 12 - Tabela do hábito de tomar medicamentos para afecções respiratórias.....	A - 47
ANEXO 13 - Tabela do hábito de tomar medicamentos para convulsão	A - 48

LISTA DE FIGURAS

Figura	Título	Pg
1.1	Região sudoeste da Grande São Paulo	24
4.1	Movimentação dos moradores que referiram morbidade na busca de um serviço de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	60
4.2	Movimentação dos moradores, que referiram hospitalização no último ano, na busca de um serviço de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Título	Pg
1.1	Distribuição da população, segundo a faixa etária, região sudoeste da Grande São Paulo 1989/1990	25
1.2	Distribuição da população, segundo a escolaridade do chefe de família, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	27
1.3	Distribuição da população, segundo a classe social do chefe de família, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	28
4.1	Prevalência de morbidade referida (‰), segundo a faixa etária, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	48
4.2	Proporção de entrevistados que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a afecção, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	51
4.3	Distribuição de moradores que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a ajuda procurada e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	53
4.4	Distribuição dos indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo localização do serviço procurado e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	58
4.5	Distribuição da população que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo a satisfação com o atendimento, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	87
4.6	Taxa de hospitalização (‰) por faixa etária, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	110
4.7	Distribuição da população que referiu hospitalização no último ano, segundo município de residência e tipo de serviço de saúde que fez o encaminhamento, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	120
4.8	Distribuição da população hospitalizada no último ano, segundo o motivo pelo qual não pagou a internação e município de residência, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	123
4.9	Coeficientes de prevalência de entrevistados (‰ habitantes) com afecção crônica por faixa etária, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.....	143

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título	Pg
1.1	Distribuição dos municípios do ERSA-12, segundo população, densidade demográfica e área, 1990	23
4.1	Distribuição de entrevistados que referiram problema de saúde e coeficiente de prevalência (por 1000 habitantes) de morbidade referida, segundo município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	44
4.2	Distribuição de moradores que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo o serviço utilizado para resolver o problema e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	55
4.3	Distribuição de entrevistados que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo o tipo de serviço utilizado e o atendimento, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	63
4.4	Distribuição de pessoas encaminhadas, segundo o tipo de serviço procurado e para qual foi encaminhado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	64
4.5	Distribuição de casos encaminhados, segundo o tipo de problema e serviço procurado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	66
4.6	Distribuição de exames solicitados, segundo o serviço de saúde procurado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	72
4.7	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo a resolução do problema e o município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	74
4.8	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo a resolução e a localização do serviço de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	76
4.9	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo a resolução e o tipo de serviço de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	77

4.10	Frequência absoluta na amostra não ponderada e frequência relativa na amostra ponderada de indivíduos que procuram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a resolução e a afecção referida, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	79
4.11	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo resolução e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	81
4.12	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo resolução, variáveis de morbidade e utilização dos serviços, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	83
4.13	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo satisfação do cliente pelo serviço e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	89
4.14	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo satisfação do cliente pelo serviço, variáveis de morbidade e de utilização de serviços, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	91
4.15	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo satisfação do cliente pelo atendimento do profissional e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	93
4.16	Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo satisfação do cliente pelo atendimento do profissional, variáveis de morbidade e de utilização de serviços, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	95
4.17	Distribuição de entrevistados quanto à satisfação pelos serviços de saúde, segundo aspectos utilizados na sua avaliação, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	97
4.18	Distribuição de entrevistados quanto à satisfação pelo atendimento do profissional, segundo aspectos utilizados na sua avaliação, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	103
4.19	Distribuição de diagnósticos de internação e taxa (por 1000 habitantes) de diagnósticos, segundo município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989 / 1990	112

4.20	Distribuição da população que referiu hospitalização no último ano, segundo município de residência e localização do serviço de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	116
4.21	Distribuição de entrevistados que referiram hospitalização no último ano segundo a forma de admissão e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	118
4.22	Distribuição de indivíduos que referiram internação por meio de encaminhamento, segundo localização do serviço de saúde e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	121
4.23	Distribuição da população, segundo grau de satisfação em relação ao atendimento médico e ao serviço de saúde, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	124
4.24	Distribuição da população internada no último ano, segundo satisfação do cliente pelo serviço e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	126
4.25	Distribuição da população internada no último ano, segundo satisfação do cliente pelo serviço, variáveis de morbidade e utilização dos serviços, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	127
4.26	Distribuição da população internada no último ano, segundo satisfação do cliente pelo atendimento do profissional e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	129
4.27	Distribuição da população internada no último ano, segundo satisfação do cliente pelo atendimento do profissional, variáveis de morbidade e utilização dos serviços, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.....	131
4.28	Distribuição de entrevistados quanto à satisfação pelos serviços de saúde, durante a hospitalização, segundo aspectos utilizados na sua avaliação, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	133
4.29	Distribuição de entrevistados quanto à satisfação pelo atendimento do profissional, durante a hospitalização, segundo aspectos utilizados na sua avaliação, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	136
4.30	Prevalência de entrevistados com afecções crônicas, por municípios, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990, por 1000 habitantes ..	141
4.31	Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo diagnóstico feito pelo médico, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.....	144

4.32	Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo visita de rotina ao médico, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	146
4.33	Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo motivo pelo qual não visita o médico regularmente, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	149
4.34	Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo prescrição de medicamentos, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990 .	150
4.35	Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo hábito de tomar medicamentos regularmente, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	151
4.36	Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo motivo pelo qual não tomou medicamentos regularmente, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	155
4.37	Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo forma de obtenção do medicamentos, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990	157

APRESENTAÇÃO

Nas últimas décadas, têm-se investido na implantação de um sistema de saúde que possa dar conta do atendimento da demanda em saúde da população, da equidade de acesso aos serviços e que garanta a racionalização de recursos humanos, materiais, diagnósticos e financeiros.

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde têm sido propostas como uma das maneiras de atingir tais objetivos. Parte das dificuldades na implantação desse modelo assistencial está centrada na resolutividade dos serviços que compõem o sistema de saúde. Embora os serviços tentem investir na melhoria de seu atendimento, tornando-o resolutivo, quando resultado é observado dentro do sistema de saúde, em sua totalidade, sua eficácia passa, muitas vezes, despercebida por não haver uma integração funcional entre os serviços de diferentes níveis de atenção à saúde.

Por ter trabalhado em um hospital-escola pediátrico, de atenção terciária à saúde, vivenciei de perto a dificuldade enfrentada por ele para manter sua especificidade. Uma das questões relaciona-se ao número de leitos no hospital, insuficientes para atender a demanda, por ser de referência nacional, o que já mostra insuficiência de serviços para atender a demanda de patologias de alta complexidade no País. Além disso, deve-se considerar a alteração no perfil de morbidade da população, ocorrida nas últimas décadas, com a crescente sobrevivência de pacientes com patologias complexas em virtude dos avanços tecnológicos e melhorias na qualidade da assistência à saúde. Uma outra questão refere-se ao número de usuários que afluem ao serviço com problemas de diferentes graus de complexidade, muitos deles, com possibilidade de serem resolvidos em serviços de atenção secundária e primária à saúde.

A solução encontrada no referido hospital para reduzir a demanda dos pacientes atendidos no pronto-socorro foi a instituição de um serviço de triagem para avaliar os pacientes, medicá-los, conforme a necessidade, e encaminhá-los aos serviços de atenção básica à saúde, próximos de sua residência, para solucionar o

problema de saúde manifesto no momento ou no caso de uma eventual nova necessidade.

Este tipo de abordagem, na maioria das vezes, gerava insatisfação na clientela que percorria longas distâncias e acordava muito cedo para ir até o hospital, no qual desejava ser atendida e acompanhada. Uma queixa constante dos usuários era que os serviços anteriormente procurados não haviam sido capazes de resolver o problema ou não os tinham atendido. A referência anterior de algum conhecido sobre a qualidade do atendimento também era motivo para irem até o hospital-escola. Por outro lado, os profissionais de saúde atribuíam a alta demanda do pronto-socorro à facilidade de acesso, devido à presença de um terminal de ônibus e, posteriormente, da estação de metrô em frente ao hospital.

Enquanto tal procedimento poderia ajudar a diminuir a demanda do atendimento, no pronto-socorro, de afecções de baixa complexidade, os usuários continuariam insatisfeitos.

Tal situação não deixava de ser conflitante, porque a clientela queria a liberdade de utilizar os serviços que se sentisse motivada em procurar e nem sempre esta escolha relacionava-se à capacidade resolutiva dos serviços de saúde, próximos ao local de moradia.

O inquérito realizado na região sudoeste da Grande São Paulo ofereceu a possibilidade de tentar compreender como a população se movimenta em busca de um atendimento e qual o seu grau de satisfação pelos serviços utilizados.

A solução de um problema de saúde depende, entre outros fatores, do comprometimento do cliente para com o seu tratamento. Como no formulário havia, também, um bloco de perguntas relacionadas às afecções crônicas e ao controle dessas doenças, decidiu-se utilizá-las na análise da solução dos problemas de saúde da população, uma vez que o resultado não depende apenas da competência dos serviços de saúde em resolver o problema, mas, também, do empenho do cliente em seguir o tratamento.

Embora o inquérito tenha sido realizado há dez anos, considerou-se válido continuar a exploração dos dados ainda não analisados. Como em nosso País as ações na área de planejamento da saúde e implementação das propostas são morosas,

acredita-se que as informações obtidas, neste estudo, ainda possam ser úteis para melhor conhecer o comportamento da população em relação à utilização e avaliação dos serviços de saúde, para comparações com futuros inquéritos na região que utilizam a mesma metodologia de coleta dos dados.

As informações resultantes da análise da satisfação do usuário também poderão contribuir na elaboração de instrumentos para avaliação dos serviços de saúde da região, uma vez que este estudo também se propõe a identificar as dimensões do cuidado privilegiadas pelo cliente em seu atendimento.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, estabeleceu-se que a saúde é um direito inerente à cidadania, de responsabilidade do Estado e que deve garantir o atendimento equânime e integral à saúde da população. Para que isto fosse alcançado, o grupo propôs como estratégias a regionalização, a hierarquização, a descentralização administrativa e a gestão social dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1986). Posteriormente, a nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, incorporou esses princípios.

O conceito de regionalização inclui questões relacionadas à estrutura e ao processo organizacional do sistema de saúde. A estrutura compreende três elementos básicos: a delimitação de uma região, o desenvolvimento de uma hierarquia de serviços e a criação de um sistema integrado de autoridade, a fim de assegurar uma coordenação adequada dos serviços. O processo, que por sua vez também depende da estrutura, consiste nas atividades, conexões e comunicações que ocorrem entre os diferentes níveis de serviços e as instituições de saúde da região (ARBONA e ARELLANO 1980).

A regionalização implica, ainda, subdivisão de um território em zonas que se apresentem internamente homogêneas, do ponto de vista das necessidades de saúde da população, e que tenham a capacidade de funcionar de forma relativamente auto-suficiente, ou seja, planejar, organizar e prestar diferentes serviços. Na delimitação dessas regiões, três pontos básicos devem ser observados: o tamanho, os limites políticos e a rede de transportes para atender a demanda, garantir a ajuda das entidades governamentais locais e a acessibilidade da população aos serviços (ARBONA e ARELLANO 1980).

Uma vez determinadas as regiões, os serviços de saúde são hierarquizados de acordo com seus níveis de complexidade, frequência e duração de sua utilização e tamanho da população servida. Nesse tipo de organização, cada nível de atenção à saúde deve atingir um grau de resolução dos problemas de saúde, de acordo com a complexidade tecnológica da rede em seu conjunto (MIR 1992).

Para melhor situar esses níveis, dados norte-americanos de 1970 mostram que, em uma população de 1000 indivíduos, cerca de 720 pessoas procuram assistência

médica ambulatorial, 100 são acometidas de problemas de saúde que necessitam de internação, 10 precisam de atendimento mais complexo em hospitais universitários e o restante não procura ajuda (WHITE 1974).

Os serviços primários, porta de entrada do sistema, constituem o primeiro contato do cidadão com a atenção médico -hospitalar e incluem os serviços gerais de saúde que se oferecem à população. A atenção primária atende, prioritariamente, às doenças indiferenciadas ou de patologias psicossociais, e por isso, este nível deve resolver grande parte das necessidades de saúde das comunidades (NOVAES 1990). Engloba os serviços ambulatoriais, de prevenção, o diagnóstico e tratamento de casos simples, o encaminhamento a outros serviços e a observação de clientes que já receberam tratamentos complexos em níveis superiores de atenção à saúde (ARBONA e ARELLANO 1980).

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), ser porta de entrada do sistema de saúde significa que essas unidades devem ter a capacidade de resolver, pelo menos, 80% dos problemas de saúde da população de sua área programada. Sendo assim, a estrutura dos serviços de saúde precisa se organizar a partir das necessidades de saúde da população (TEIXEIRA 1990). Para Paim, citado por MADUREIRA et al. (1989, p.47), a tecnologia necessária ou adequada à atenção primária, segundo esta perspectiva, passaria a ser definida conforme a estrutura epidemiológica de cada região e, claro, de acordo com a disponibilidade de recursos .

CARVALHO (1987), na análise dos significados atribuídos ao nível primário pelos diferentes países, conclui que apresentam particularidades próprias em cada país e em zonas urbanas, peri-urbanas e rurais dentro de um mesmo país. No entanto, possuem algumas características comuns, como por exemplo, responder às necessidades básicas de saúde dos indivíduos, e incluem atividades curativas, de prevenção da doença, promoção e conservação da saúde, dentro de um contexto de desenvolvimento do indivíduo e da comunidade, contando com a participação desta.

O nível secundário envolve serviços especializados, além de especialidades básicas como clínica médica, obstetria, ginecologia, pediatria e cirurgia geral, podendo oferecer atendimento de oftalmologia, entre outros. Esses serviços possuem,

geralmente, unidades de radiologia e laboratórios clínicos, bem como serviços de urgência (ARBONA e ARELLANO 1980).

Os serviços terciários estão aptos a solucionar problemas de maior complexidade com a utilização de equipamentos e pessoal especializado. Além da hospitalização, desenvolvem atividades de pesquisa e ensino superior na área médica. Compreendem serviços altamente especializados em cardiologia, neurologia, serviços de diagnóstico por imagem mais sofisticados, tratamentos complexos e amplos serviços de urgência, entre outros (ARBONA e ARELLANO 1980).

Embora esses critérios para classificar os serviços, segundo os níveis de atenção à saúde, sejam comumente citados nas publicações científicas, atualmente, são discutíveis. Com a implementação de tecnologias para o diagnóstico e assistência à saúde, a utilização desses parâmetros para caracterizar os hospitais tornou-se inadequada. Mesmo as atividades de ensino e pesquisa são desenvolvidas em qualquer tipo de serviço de saúde que invista no desenvolvimento de recursos humanos, ofereça campos de estágios ou estabeleça parcerias com escolas/universidades.

De modo geral, existe uma relação inversa entre a frequência de uma doença e sua complexidade (OSZLAK et al. 1992), como pode ser observado na descrição dos níveis de atenção à saúde.

Como os serviços de atenção primária à saúde são a porta de entrada do usuário e devem atender à maioria dos casos da comunidade, sua complexidade e sua caracterização, bem como aquela dos demais níveis hierárquicos, vão se diversificar de acordo com as necessidades de saúde da população.

A articulação entre os diferentes níveis requer um sistema de referência e contra-referência, em que são imprescindíveis a comunicação e a interação dinâmica entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Para a referência de casos, devem ser definidos critérios de necessidades, oferecer alternativas viáveis de encaminhamentos, reconhecer e eliminar barreiras que comprometam a articulação, assegurar a continuidade de serviços e avaliar o seu efeito. São necessários normas e procedimentos claros, de “por quem”, “por que”, “como” e “quando” a referência ou contra-referência deve ser realizada, e para isso, cada serviço de saúde precisa conhecer os estabelecimentos disponíveis e sua competência apropriada, nos

diferentes níveis dentro de uma determinada área (NOVAES 1990).

A efetividade do sistema de saúde, assim organizado, é determinada pelos resultados, ou seja, os efeitos na saúde da população, a satisfação do paciente com sua saúde e o grau de cobertura da atenção primária na comunidade (NOVAES 1990).

A resolutividade dos serviços, assim estruturados, pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário até a solução de seu problema. Portanto, se o cliente precisou de outros serviços especializados, a resolutividade abrange também o acesso aos demais serviços.

No campo da saúde, a descentralização política e administrativa foi considerada um instrumento para atingir a meta de saúde para todos, no ano 2000, por vislumbrar melhora na eficiência, impacto e acessibilidade dos serviços a toda a população de acordo com suas necessidades de saúde (OZSLAK et al. 1992).

Os objetivos da descentralização, propostos pela OMS, em 1984, foram: aumentar a capacidade resolutiva dos serviços, ao levar a tomada de decisões para o nível local; reverter à comunidade e aos indivíduos a capacidade de decidir, passando de objetos a sujeitos da preservação de sua saúde; estender a cobertura com equidade e eficiência; aumentar a capacidade de resposta eficiente aos problemas de saúde comunitários; conseguir maior eficiência técnica e social dos serviços; melhorar a organização e prestação dos serviços do sistema de saúde; permitir abertura na participação em busca da qualidade de vida; promover processo de desburocratização das estruturas administrativas atuais e prevenir as tendências à hipertrofia da burocracia; favorecer melhor participação do usuário e da comunidade na tomada de decisões (OZSLAK et al. 1992).

Para JUNQUEIRA e INOJOSA (1990), a descentralização, como modelo de gestão, subordinou-se a uma nova proposta de prestação de serviços de saúde, de organização e de relações entre as redes pública e privada, tendo por norte a necessidade de tornar esses serviços eficazes e colaborar efetivamente para a mudança

do perfil epidemiológico do País.

Segundo TEIXEIRA (1990), há uma tendência a identificar a descentralização dos serviços apenas como modelo de atenção primária, organizado nos municípios e deixando intocados os sistemas prestadores de serviços tradicionais, de maior complexidade e geralmente privatizados. Esta tendência mantém as características do modelo assistencial excedente, de baixa resolutividade.

No desenrolar das políticas de saúde no País, ao longo de sua história, algumas tentativas foram feitas para favorecer a descentralização e a municipalização da saúde, entendida como uma prática político-administrativa sempre pertencente ao processo de descentralização e democratização (SANTOS 1993).

FADUL (1978), quando propôs a municipalização da saúde na década de 60, e que depois foi aprovada na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, já tinha como idéia principal a criação de uma rede flexível, que se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse .

Na década de 70, algumas iniciativas isoladas, em prefeituras insatisfeitas com as deficiências do modelo de saúde hegemônico no país, começaram a implantar modelos alternativos de organização dos serviços voltados para a atenção primária e mais adequados à demanda social e às realidades locais. Seu principal objetivo era estender pelo menos os serviços essenciais a toda a população, principalmente aos segmentos localizados nas periferias urbanas (MULLER NETO 1991).

Reformulações na área da saúde levaram ao início da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Por meio deste, os gestores seriam capazes de definir melhor o papel do município na prestação direta dos serviços de saúde para a população (TANAKA et al. 1991).

Para dar conta das propostas do SUDS, os Escritórios Regionais de Saúde do Estado (ERSA) propuseram-se a assumir uma nova organização de saúde com o objetivo de integrar os serviços em nível local e fazer a descentralização organizacional, ficando o poder de decisão a cargo das regiões (FÁVERO et al. 1995).

Mesmo assim, esse modelo assistencial enfrentou diversos problemas na sua

implantação. Dentre eles, relacionam-se a necessidade de definir um modelo assistencial que supere a dicotomia preventivo/curativo e transforme qualitativamente o padrão de assistência à população; a inclusão nos serviços de atendimento às doenças crônico-degenerativas, ocupacionais, causas externas e meio ambiente; a ampliação da autonomia administrativa e melhor integração das unidades prestadoras de serviços à saúde; a articulação e adequação dos sistemas de informação; a delimitação da competência e atribuições da rede pública para poder redimensionar o papel complementar da rede privada e melhores mecanismos de controle e avaliação (MULER NETO 1991).

Ainda, segundo Muller Neto, a municipalização é vista como estratégia, mas há discordância sobre seu significado operacional, na medida em que não está claro qual é o modelo assistencial e o papel dos três níveis de governo; e falta definir melhor qual é o significado do controle social sobre o sistema.

Para CHURCH e BARKER (1998), a comunidade, por ser mais sensível às condições e necessidades locais, está preparada para determinar a natureza e o propósito dos serviços que recebe e deveria participar na tomada de decisões nos diferentes níveis de gestão do sistema de saúde. No entanto, sua participação não garante espaço para fazer colocações devido à influência dos profissionais de saúde e gestores e dos interesses preponderantes.

Apesar de todas as controvérsias, pode-se dizer que o SUDS cumpriu importante papel de destaque na reforma administrativa do setor saúde. Teve papel político relevante ao propor a descentralização e contribuiu para a viabilização das alterações legais no texto constitucional de 1988, necessárias à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, não foi capaz de alterar o modelo assistencial vigente com seus graves problemas, como a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes, a estrutura inadequada do financiamento do setor, a ausência de integralidade das ações, entre outros (CAMPOS GWS 1990).

A criação do SUS, em 1988, contemplou os mesmos pressupostos do SUDS: universalização, integralidade, hierarquização, resolutividade, regionalização e participação. Favoreceu a consolidação do processo de descentralização, reforçando

o papel do Município no gerenciamento da rede básica de saúde e no controle do setor privado, contratado e conveniado (JUNQUEIRA e INOJOSA 1990; FÁVERO et al. 1995).

Segundo SANTOS (1994), a gestão do desenvolvimento do SUS pressupõe que a descentralização como processo deve chegar até as unidades prestadoras de serviços, incluindo a sua autonomia gerencial; cada unidade prestadora deve assumir sua cobertura populacional e uma área de abrangência que considere os locais de residência e de trabalho, de acordo com os planos estadual e municipal de saúde. Essa cobertura e abrangência serão moldadas pela resolutividade da unidade, pela relação com os usuários e a competência de disputar a preferência da clientela. Os serviços de maior complexidade devem assumir a cobertura dos casos encaminhados pela rede básica de saúde com uma abrangência bem maior, de caráter regional.

A organização dos sistemas de saúde apresenta problemas sérios como hospitais de elevada complexidade, sobrecarregados de casos que poderiam ser resolvidos a custos menores em estabelecimentos mais acessíveis, além das distâncias que muitos clientes percorrem em busca de atendimento, nos grandes centros urbanos; recursos diagnósticos ou terapêuticos subutilizados, em nível de atenção primária, e falta de acesso de determinados clientes a serviços especializados por ineficácia do sistema de referência (SIMÉANT 1984). Esta descrição, embora retrate uma situação de quase duas décadas atrás no Chile, ainda faz parte da realidade do Brasil.

Para se avaliar a qualidade do cuidado fornecido pelos serviços, é importante compreender ou, ao menos, tentar definir o que é qualidade. Segundo RUTSTEIN et al. (1987), qualidade é o efeito do cuidado sobre a saúde do indivíduo e da população. Ela ainda pode ser definida como o máximo que se pode esperar ao melhorar o estado de saúde de um indivíduo, dentro dos limites dos conhecimentos atuais e da capacidade do cliente em melhorar sua saúde, dentro desses mesmos limites (DONABEDIAN et al. 1982; RHEE et al. 1987). Considerando-se a rede de serviços hierarquizados, o bom atendimento também está relacionado aos recursos tecnológicos locais e à sua articulação com os outros níveis de atenção à saúde.

A noção de qualidade envolve dois componentes básicos: definição de saúde

e de mudanças no estado de saúde e especificação do cuidado médico associado a qualquer resultado obtido no estado de saúde (DONABEDIAN et al. 1982). Por outro lado, a definição de qualidade envolve outros dois aspectos: um que visa o aspecto técnico do cuidado e outro que envolve fatores da relação interpessoal entre o cliente e o provedor do cuidado, conforto do cuidado e os princípios éticos que governam a conduta dos assuntos gerais e, em particular, do cuidado à saúde (DONABEDIAN 1985, 1986b). Numa definição mais sistêmica, a qualidade englobaria outras características como as relativas aos profissionais, por exemplo, recrutamento, formação profissional, especialização, aprimoramento, educação continuada, entre outros. (DONABEDIAN, 1986b).

Donabedian, por décadas, discutiu a avaliação da qualidade acreditando ser essencial para a sua análise considerar a estrutura, o processo e os resultados obtidos no cuidado à saúde.

Estrutura-processo-resultado não são atributos da qualidade, mas apenas meios pelos quais as pessoas inferem sobre a qualidade do cuidado. A estrutura é definida como a parte física e organizacional do estabelecimento onde o cuidado é feito, processo é o que é feito para o paciente, e resultado, o que é obtido pelo paciente (DONABEDIAN 1985, 1992).

A análise da estrutura do serviço compreende os objetivos da assistência à saúde, os recursos físicos, materiais, humanos e financeiros. A abordagem desses aspectos, por sua vez, deve considerar a disponibilidade e qualidade dos serviços, a capacitação dos recursos humanos, o impacto das novas tecnologias sobre os papéis profissionais e o aparecimento de profissões na área, e características voltadas a amenidades como limpeza, acesso, estacionamento, entre outros (MALIK 1996; MALIK e SCHIESARI 1998).

O processo do cuidado engloba a competência técnica do provedor e os aspectos interpessoais e humanísticos da relação provedor-paciente. A competência técnica envolve conhecimentos, habilidades, julgamento e, essencialmente, a “ciência” do cuidado à saúde. A dimensão humana do cuidado é a “arte” do cuidado, enfatiza integridade e compaixão por parte de quem dá o cuidado, assim como um respeito mútuo entre o médico e o paciente pela dignidade de ambas as partes (LOHR 1988).

Na prática, a avaliação do processo baseia-se na acurácia de diagnóstico, na adequação do tratamento e condutas, nas relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e da organização com os pacientes e suas famílias, na eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera, entre outros (MALIK 1996).

O resultado pode ser definido como o estado ou condição, individual ou de uma população, atribuída ou atribuível aos cuidados de saúde recebidos. Inclui alterações no estado de saúde, no conhecimento ou comportamento pertinentes ao futuro estado de saúde, satisfação com o cuidado (expressa como opinião ou inferida pelo comportamento) (DONABEDIAN 1986a, 1992).

Os resultados avaliam indiretamente a qualidade do serviço, pois apenas permitem uma inferência sobre a qualidade do cuidado, ou seja, se o cuidado foi bom. Mesmo assim, não se pode afirmar que o mesmo foi de elevada qualidade. Por exemplo, se o paciente morreu, não se pode dizer que o atendimento foi de má qualidade (DONABEDIAN 1992), mas sim evolução natural da doença devido à gravidade ou ao estágio de desenvolvimento.

Além disso, o resultado dependerá de o cliente assumir a responsabilidade pelo autocuidado e, concomitantemente, pelo tratamento, bem como sua cooperação com os profissionais da saúde (DONABEDIAN 1985).

Segundo o mesmo autor, o resultado é o aspecto mais importante dos três elementos a serem considerados na avaliação da qualidade do cuidado, e não trata-se apenas de uma medida de saúde, bem-estar ou qualquer outro estado, é uma mudança no estado atual e futuro de saúde do indivíduo que pode ser atribuída ao cuidado anterior.

É indiferente que se avalie a qualidade por meio dos resultados ou do processo do cuidado, pois tudo depende da credibilidade das informações recebidas para que ocorra mudança de comportamento (DONABEDIAN, 1991). O resultado dessas avaliações está na dependência de quem as faz, o gerente, o médico, outro profissional da saúde ou usuário do serviço, porque os critérios utilizados nesse processo podem ser muito diferentes e incluem conhecimentos técnicos, valores, expectativas, custos, acessibilidade, alcance social e disponibilidade de recursos, entre

outros. A maneira pela qual um indivíduo olha um objeto é muito pessoal e, quando esse olhar é de um gestor da saúde, estão incluídos a filosofia e os objetivos da organização, que não estão presentes nos critérios do usuário.

Considerando as doenças crônico-degenerativas ou aquelas afecções que, por algum motivo, deixaram seqüelas ou incapacidades, a avaliação que o cliente fará do cuidado também sofrerá influências do grau de compreensão e aceitação da sua situação atual de saúde.

A resolutividade dos serviços de saúde e a satisfação do cliente são maneiras de se avaliar os serviços de saúde, a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário.

1.1 RESOLUTIVIDADE

A palavra resolutividade, embora utilizada amplamente na literatura, é um neologismo da língua portuguesa derivado de resolver. Para manter a semelhança com os demais autores (CAMPOS 1988; CAMPOS GWS 1990; GONÇALVES 1994), utilizou-se resolutividade ao invés de resolubilidade, como consta no dicionário Aurélio de FERREIRA (1999).

Para se analisar a resolutividade dos serviços de saúde, alguns conceitos devem ser colocados. CAMPOS (1988) apresenta três acepções para o significado da palavra. A primeira era utilizada na pedagogia e na educação médica para avaliar a capacitação desses profissionais. Desejava-se uma formação que provocasse um impacto na “demanda apresentada a serviços de saúde correntes como resposta racionalizadora ao encarecimento dos custos da atenção médica” (p. 82).

A segunda, surgida com o Plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), de conotação normativa e racionalizadora reduzia o conceito à porcentagem de casos referidos (CAMPOS 1988 p.85).

Apenas para lembrar, o CONASP, criado em 1982, apresentava como diretrizes básicas: prioridade às ações primárias com ênfase na assistência ambulatorial; integração das instituições federais, estaduais e municipais num sistema regionalizado e hierarquizado; racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar e estabelecimento de níveis e limites orçamentários, entre outros

(MULLER NETO 1991).

A terceira derivou da ótica dos trabalhadores da saúde e foi constatada por GONÇALVES (1994), em estudo realizado na década de 80, para analisar as características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Nesse caso, o conceito relaciona-se à resolução final dos problemas trazidos ao centro de saúde e à satisfação dos clientes e do médico. No entanto, para esse autor, a idéia de resolutividade dos serviços deveria passar pelo conceito epidemiológico de eficácia, que considera a relação de associação causal entre o uso de uma determinada tecnologia e as modificações nas características desse evento, seja a nível individual, seja a nível coletivo, por meio de indicadores de incidência ou prevalência, geralmente esquecidos nos relatos de profissionais da saúde (p.189).

Segundo NEMES (1993), no modelo assistencial decorrente das Ações Integradas de Saúde, proposto em 1983, a principal medida de efetividade era dada pela resolutividade. Comenta que:

É difícil encontrar nos documentos oficiais definições precisas sobre essas noções. Esses documentos se referem, com frequência, à capacidade da unidade básica para resolver, no seu nível, a maioria dos problemas de saúde trazidos pelos usuários; à necessidade de adequar os recursos humanos e materiais para uma efetiva incorporação da assistência médica, e à necessidade de integração com a rede hospitalar e laboratorial. A questão **resolutividade** aparece, invariavelmente, em todos os documentos ligados ao incremento de equipamentos médicos (medicamentos, exames subsidiários, aparelhagem de RX etc.) e à necessidade de implementar pronto-atendimento nos Centros de Saúde (p. 107).

A utilização da resolutividade para avaliar a presença de equipamentos médicos nos serviços de saúde, conforme constava desses documentos, contrapõe-se aos pressupostos da hierarquização dos serviços. Nesse enfoque, os serviços de atenção à saúde primária dificilmente seriam considerados resolutivos. Isso mostra que as próprias políticas públicas de saúde incorporaram a palavra **resolutividade**

sem a compreensão clara do seu significado em um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado.

CAMPOS (1988) também ressaltou que, para um serviço típico de saúde pública ser resolutivo, deve conseguir a melhoria dos indicadores epidemiológicos de incidência e prevalência de doenças, bem como a redução e alteração do perfil de mortalidade. Porém, coloca que para os serviços assistenciais, a resolutividade seria o atendimento da demanda que comparece à unidade de saúde, produzindo ações eficazes e satisfatórias aos usuários.

JUNQUEIRA e INOJOSA (1990) vinculam a resolutividade de um serviço à garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência.

Outro ponto importante é que a resolutividade dos serviços de saúde é uma efetiva correlação entre os serviços e os objetivos aos quais estão institucionalmente destinados (CAMPOS 1988).

Como a resolutividade tem sido discutida com diferentes enfoques, mais ou menos abrangentes, poder-se-ia dizer que ela depende de quem avalia e o que se avalia no momento.

Sendo assim, a questão da resolutividade envolve muitos aspectos como, por exemplo, os relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e sócio-econômicos da clientela, entre outros.

A capacidade resolutiva é apontada como o principal indicador de eficácia, de solução dos problemas de saúde, de evitar danos. É geralmente definida como a porcentagem de clientes que não foram encaminhados para atendimento especializado, ou seja, usuários cujos problemas foram resolvidos em determinado nível de atenção à saúde (SIMÉANT 1984; MADUREIRA et al. 1989).

SIMÉANT (1983, 1984) utilizou como marco conceitual, para avaliar a capacidade resolutiva dos serviços na zona rural do Chile, a oferta e a demanda de atenção à morbidade, sendo que esta se apresentaria sob dois aspectos: um deles quantitativo, lembrando que a demanda varia no tempo e no espaço, e outro

qualitativo, que se altera em função da etiologia das necessidades que motivaram a demanda (cirurgia, clínica médica, obstetrícia, pediatria, etc.) e da complexidade dessas necessidades. Este autor refere, ainda, que existem dois tipos de demanda expressa pela comunidade: uma, espontânea, que surge das necessidades percebidas e outra, induzida, decorrente das necessidades de prevenção nem sempre sentidas pela população, mas sim impostas pelo Estado, por meio dos programas de saúde pública.

Toda solicitação de atenção não satisfeita é reprimida e todo paciente atendido, cuja necessidade de atenção não pode ser satisfeita neste nível, é encaminhado a um nível de complexidade maior. A falta de referência significa que o profissional determinou que o paciente pode receber ou recebeu, nesse nível, a melhor resposta diagnóstico-terapêutica para o caso, de acordo com os avanços da ciência e da medicina existentes no país. Isso não significa que o caso clínico foi resolvido ou, menos ainda, que o paciente esteja curado, significa apenas que a necessidade de saúde que motivou a demanda foi satisfeita (SIMÉANT 1984).

Por outro lado, a falta de referência também pode estar relacionada a questões de qualidade técnica do profissional que fez o atendimento ou a dificuldades em se fazer o encaminhamento adequado como, por exemplo, por ausência de serviços especializados na região.

A capacidade resolutiva quantitativa depende sobretudo do número e da distribuição de horas dos profissionais que se podem mobilizar para absorver a demanda onde e quando ela ocorre. A qualidade resolutiva responde ao aspecto qualitativo da demanda e depende da natureza e da complexidade dos recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos na prestação dos serviços. Do grau de capacidade dos recursos humanos e da tecnologia empregada nos serviços de apoio dependerá o grau de complexidade da prestação outorgada (SIMÉANT 1984).

Ao se avaliar a capacidade resolutiva de um profissional de saúde, de um estabelecimento ou de um nível de atenção à saúde consideram-se tanto os aspectos quantitativos quanto qualitativos. O primeiro será avaliado pela taxa do número de clientes atendidos sobre o número de clientes que solicitaram o serviço, e o critério de mensuração será o número de demanda reprimida. O outro será avaliado pelo

resultado do número de casos resolvidos sobre o número de casos atendidos e o critério de medição será o número de clientes encaminhados (SIMÉANT 1984).

Segundo RIBEIRO (1998), o padrão de resolutividade de um serviço está relacionado com a sua capacidade e limites tecnológicos para a realização de consultas/primeiros socorros, diagnóstico e condutas terapêuticas adequadas, tomando como referência desde as enfermidades mais simples até as mais complexas.

Para MADUREIRA et al. (1989), o termo resolutividade traz alguns impasses nas avaliações de serviços, uma vez que não qualifica a demanda aceita e resolvida e aquela encaminhada e não resolvida. Ou seja, o volume de encaminhamentos feitos não reflete a qualidade do serviço. Aquele que só encaminha 5% de sua demanda, porque não tem condições e recursos humanos capacitados para diagnosticar a necessidade real de encaminhamentos, pode ser considerado um ótimo serviço quando, na realidade, pode não sê-lo. Por outro lado, um serviço que encaminha 20% de sua demanda pode ser um bom serviço, de acordo com seus recursos, desde que esteja diagnosticando essa necessidade de encaminhamentos. Um paciente pode ser encaminhado a outro serviço por diversos motivos: necessidade da avaliação de um especialista, de recursos de serviços de apoio ao diagnóstico e/ou terapêuticos não disponíveis nesse nível, porque o paciente assim o quer ou por normas que atendem às políticas de saúde.

CAMPOS (1988) diz que ao se tomar como referência básica a população teoricamente adscrita à uma unidade de saúde e comparando-a com a população que efetivamente a utiliza, pode-se afirmar que tanto maior será a qualidade ou a resolutividade da unidade, quanto maior for a proporção da demanda teoricamente pertencente àquela área que faz uso da unidade. Inversamente, quanto maior a parcela dessa população adscrita que busca serviços fora da área, menor será a resolutividade dessa área. Ainda, segundo esse autor, “existem aqueles a quem não é dada a opção e devem compulsoriamente dirigir-se aos únicos serviços que os podem atender. Se os que podem optar elegem determinado serviço, é porque o serviço escolhido deve ter, segundo a sua percepção, determinada qualidade ou resolutividade para superar às das outras opções possíveis” (p. 113-15).

Nessa perspectiva, para estudar a resolutividade dos serviços de saúde de dois

municípios de Minas Gerais, Janaúba e Bocaiúva, CAMPOS (1988) considerou a mesma equivalente à conjugação entre os indicadores de efetividade (entendida como produto entre eficácia e eficiência) e a satisfação.

Como a percepção do cliente sobre determinado serviço é muito particular, pois não se conhece quais os critérios que o cliente utiliza para definir a qualidade do serviço, também é difícil dizer o que significa para ele, um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde.

Supõe-se que quanto maior a resolatividade de um serviço, mais voltado e preparado está para atender as necessidades de saúde da população, bem como deixar o cliente mais satisfeito.

1.2 SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Para BERWICK (1994), a qualidade da assistência nos serviços de saúde pode ser definida como satisfação das necessidades dos clientes. É para eles que devem ser dirigidas as estratégias na busca da qualidade. Os clientes devem ser ouvidos acerca da avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde, como também a respeito do impacto dos processos de tratamento sobre a saúde.

A satisfação do cliente é uma maneira de se avaliar a qualidade do serviço e do atendimento, cujas informações podem servir para analisar a estrutura, o processo ou o resultado. Além disso, satisfazer o cliente deixa implícita a possibilidade de seu retorno ao serviço quando necessitar de atendimento médico e disseminação de seu agrado para a comunidade, garantindo uma demanda crescente.

A partir do usuário, é possível obter-se um conjunto de conceitos e atitudes relacionados à atenção recebida, com os quais se adquirem informações que beneficiam a organização dos serviços de saúde e os usuários ao serem atendidas as suas necessidades e perspectivas. Esse método representa uma das formas mais rápidas para avaliar os aspectos da qualidade dos serviços e oferece benefícios a um custo relativamente baixo (RAMÍREZ-SÁNCHEZ et al. 1998).

Segundo Vuori, citado por WILLIAMS (1994, p.510), “ a satisfação do paciente deveria ser incluída na contribuição à garantia de qualidade como (...) um atributo da qualidade de cuidado; como um resultado legitimado e desejado. Ou seja,

o cuidado não pode ser considerado de excelente qualidade a não ser que o paciente sinta-se satisfeito”.

A satisfação humana é um conceito complexo que está relacionado a inúmeros fatores que incluem estilo de vida, experiências passadas, expectativas e valores, tanto do indivíduo quanto da sociedade. Por isso, as investigações acabam por buscar as fontes de insatisfação. Como as fontes de insatisfação são muito variadas, a satisfação pode ter várias definições e bem diferentes, segundo as pessoas, e até mesmo pela mesma pessoa, em momentos distintos (CARR-HILL 1992).

O que as pessoas querem dizer quando expressam estar satisfeitas com determinado aspecto do serviço? Segundo WILLIAMS (1994), apesar de a avaliação do paciente ser importante, devemos primeiro compreender como ele avalia, antes que a sua opinião possa ser examinada e interpretada. Ao desconhecer a maneira pela qual o paciente avalia um objeto, as inferências que se fazem sobre os resultados obtidos nos inquéritos de satisfação não sustentam as verdades dos usuários dos serviços.

Segundo Pascoe, citado por CLEARY e McNEIL (1988, p.26), a satisfação consiste de avaliações cognitivas e uma reação emocional à estrutura, ao processo e ao resultado dos serviços oferecidos.

LINDER-PELZ (1982) define satisfação como múltiplas avaliações de diferentes aspectos do cuidado da saúde, os quais são determinados pelas percepções e atitudes individuais, bem como pelos processos de comparação. Nessa definição, identificaram-se cinco variáveis sócio-psicológicas como prováveis determinantes da satisfação com o cuidado da saúde: (1) ocorrência: evento que se caracterizará pela percepção do indivíduo; (2) valor: avaliação, em termos de bom ou ruim, de um atributo ou aspecto do cuidado; (3) expectativa: esperança fundada na probabilidade de certos atributos estarem associados com o evento ou o objeto e o provável resultado desta associação; (4) comparações interpessoais: comparação do encontro atual com todos os outros vivenciados pelo paciente ou relatados por conhecidos e (5) intitulação: crença que o indivíduo possui de que tem o direito de procurar ou clamar por um determinado resultado.

A definição de Linder-Peltz se baseia na teoria psicossocial em que a

satisfação expressa uma atitude, uma resposta afetiva relacionada tanto na crença de que o cuidado possui certos atributos - componentes/dimensões - quanto uma avaliação pelo próprio paciente desses atributos. A satisfação do paciente passa então a ser definida como uma avaliação positiva de diferentes dimensões do cuidado da saúde (SITZIA e WOOD 1997).

Fitzpatrick, citado por SITZIA e WOOD (1997, p. 1833), embora aceite que a satisfação envolva inúmeros componentes, propôs três modelos independentes para defini-la: (1) a necessidade do familiar: as expectativas socialmente condicionadas são o primeiro determinante no grau de satisfação; (2) os objetivos da procura de ajuda: a principal preocupação para a maioria dos pacientes não é a satisfação, mas alguma resolução para seu problema de saúde, ou seja, julga o profissional ou tratamento recebido. Pergunta-se: os cuidados foram úteis para resolver o problema? e (3) importância das necessidades emocionais, uma vez que a maioria dos problemas médicos envolve uma experiência emocional.

O objetivo manifesto do paciente em ter seu problema de saúde resolvido é geralmente acompanhado por um objetivo latente de ter sua ansiedade resolvida. Desde que ele não tem competência para julgar o quanto as atividades técnicas do médico contribuem para o alcance de seus objetivos, os critérios que ele utiliza para avaliar a interação são aqueles relacionados ao grau de suporte emocional que acompanha o curso do tratamento. Portanto, a satisfação imediata do cliente é consequência do modo com que o profissional responde ao problema e não ao conteúdo da resposta (BEN-SIRA 1976).

Medir a satisfação do cliente relaciona-se à compreensão das experiências dele no cuidado à saúde, promoção da cooperação com o seu tratamento e identificação de problemas no cuidado à saúde, bem como sua avaliação (DONABEDIAN et al. 1982). Sabe-se que a satisfação com o cuidado tem grande importância para determinar se o indivíduo procura orientação médica, adere ao tratamento e mantém contato constante com o provedor de cuidado (CARR-HILL 1992). Portanto, a satisfação do cliente pode ser usada para prever se ele seguirá as recomendações dadas, se retornará para dar continuidade ao tratamento e se mudará de serviço de saúde (FITZPATRICK 1991).

As expectativas dos clientes podem ser bem diferentes entre si, pois variam em função da personalidade, contato prévio com o provedor do cuidado, valores sociais e culturais e o contexto onde o cuidado é recebido. O maior custo do serviço também está relacionado à maior insatisfação (CLEARY e McNEIL 1988).

Quando o cliente diz se está satisfeito ou insatisfeito com o cuidado recebido, ele está passando um julgamento sobre a qualidade do cuidado. Na realidade, o que está sendo julgado e em que grau de validade é incerto. Sabe-se, no entanto, que o julgamento do cliente é fortemente influenciado pelas relações interpessoais e, em menor grau, pelos aspectos relacionados ao seu conforto, caracterizados pela hotelaria dos serviços de saúde. A importância dada a esses aspectos também está relacionada a aspectos sócio-econômicos do indivíduo, ou seja, à sua classe social. Apesar dessas incertezas, a opinião do cliente é muito importante para monitorar a qualidade, especialmente se for desejável obter informações sobre a aceitabilidade da interação paciente-profissional e sobre as questões que envolvem o conforto do cliente. O que é feito com a informação e que medidas de intervenção gerarão, é algo pouco conhecido (DONABEDIAN 1991).

Embora nem sempre valorizado pelos gestores ou profissionais da saúde envolvidos no atendimento ao usuário, este, de alguma maneira avalia, a competência técnica do profissional. O cliente pode não ter parâmetros para avaliar todas as etapas da execução de determinado procedimento, no entanto, conhece algumas delas como, por exemplo, a realização de exame físico de ouvido quando o cliente refere dor de ouvido.

CALNAN et al. (1994) reuniram citações da literatura de modo a apresentar algumas vantagens em se utilizar a percepção do cliente para avaliar a qualidade do cuidado:

- os pacientes constituem uma fonte importante de informações sobre acessibilidade ou eficácia do cuidado (Donabedian);
- a opinião do paciente influencia diretamente sua adesão ao tratamento e a continuidade da interação médico-paciente e, conseqüentemente, os resultados do cuidado (Pascoe);
- a medida da percepção do paciente constitui uma abordagem positiva para a

- avaliação do cuidado, em contraste com aqueles enfoques negativos que buscam medir processos inadequados ou resultados indesejáveis (Rosenthal e Shannon);
- comparado a outros métodos de avaliação da qualidade é barato, não depende da qualidade dos registros médicos e é mais sensível às diferenças na qualidade do cuidado do que indicadores como taxas de mortalidade ou de complicações (Rosenthal e Shannon).

Os estudos que avaliam a satisfação dos clientes mostram resultados muito particulares em função do grupo estudado e das metodologias utilizadas.

WARE e SNYDER (1975) observaram que a satisfação do paciente correlacionava-se com a sua percepção sobre a consulta, ou seja, o procedimento em si, a interação médico-paciente, assim como a acessibilidade e disponibilidade dos serviços médicos.

LOCKMAN (1983) também valoriza esses aspectos ao afirmar que a satisfação do paciente não é necessariamente uma somatória de efeitos, mas poderia, pelo menos em parte, ser devida a uma interação de efeitos entre diferentes aspectos da relação médico-paciente e do estabelecimento em que estas interações ocorrem.

O estudo de ROMM e HULKA (1979) mostrou uma associação estatística significativa entre satisfação e informações comunicadas pelo médico no modelo de regressão multivariada.

WILLIAMS e CALNAN (1991), ao encaminharem questionários por correio a 735 pessoas moradoras de Canterbury e Thanet (UK), obtiveram, na análise de regressão multivariada passo a passo de seu estudo, os seguintes fatores preditivos para a satisfação geral dos clientes com o atendimento: recebimento de informações, competência técnica, habilidades pessoais do médico e credibilidade.

No estudo de JUNQUEIRA e AUGÉ (1996), em seis unidades municipais de Guarulhos (São Paulo), os motivos atribuídos à satisfação referem-se, principalmente, ao bom atendimento (38,6%) e ao fato de os médicos serem mais atenciosos (12,0%). Os insatisfeitos queixaram-se de falta de confiança nos serviços, demora no atendimento e negligência dos profissionais.

O tipo de instrumento utilizado para se medir a satisfação do cliente é muito importante. Os procedimentos mais utilizados têm sido a aplicação de questionários,

no momento da alta hospitalar ou após a consulta, para serem respondidos no local ou em casa e, posteriormente remetê-los por correio, contatos telefônicos com o cliente ou questionários enviados pelo correio (*follow-up*) e caixa de sugestões (BROWN et al. 1993).

Segundo FRENCH (1981), quando os inquéritos são feitos depois de decorrido um determinado tempo da consulta, questões relacionadas à memória do indivíduo interferem nas respostas e pode ocorrer um aumento no número de opiniões que expressam uma gratidão pelo atendimento recebido.

Por outro lado, quando a avaliação é feita no dia da entrevista, a carga emocional experimentada pelo usuário, resultante de uma combinação de expectativas, sofrimento pelo problema de saúde e sua interação com o ambiente, também pode interferir na avaliação com resultados, possivelmente, diferentes daqueles que se obteriam, se o inquérito fosse realizado em casa e o cliente tivesse retornado às suas atividades habituais.

Uma das maneiras de coleta de dados sobre a percepção dos clientes quanto aos serviços de saúde é pelos inquéritos domiciliares. Esse procedimento, realizado por intermédio de uma amostra representativa de determinada população, é considerado uma importante fonte de informação para o conhecimento da situação de saúde dos indivíduos, demanda, utilização e acesso aos serviços de saúde, fornecendo subsídios ao planejamento e à avaliação dos mesmos (CAMPOS CEA 1990; CESAR e TANAKA 1996).

Segundo MEDINA (1978), os inquéritos permitem conhecer os diversos componentes da saúde: as características da morbidade e da atenção médica, os motivos pelos quais as pessoas procuram um serviço ou deixam de fazê-lo, o tipo de serviços de saúde utilizados, o nível de satisfação pela atenção recebida, a frequência de automedicação, os custos e as características populacionais e do atendimento.

WHITE (1985) é mais específico ao apontar como função desse tipo de levantamento de dados, estabelecer prioridades, auxiliar na tomada de decisões, analisar o alcance dos resultados e fazer comparações feitas entre o antes e o pós-intervenções e entre áreas geográficas.

Para CAMPOS (1988), existem alguns problemas relativos aos inquéritos

populacionais que devem ser contornados. Primeiramente, os episódios vinculados a eventos mórbidos tendem a desaparecer da memória dos informantes se o tempo abrangido pela pesquisa for longo. A experiência tem mostrado que o período máximo de informação confiável está em torno de 15 dias. Depois disso, dificilmente podem ser obtidos dados confiáveis. Em segundo lugar, há a questão de quem presta a informação. Se a unidade amostral do inquérito for o domicílio e não a pessoa, a prática indica que o melhor informante é a dona-de-casa, a mãe, pelo menos nas regiões rurais, onde o trabalho feminino tem importância diferenciada do masculino em termos de formação familiar. No caso de cartões de imunizações e de atendimento de pré-natal, é possível se validar as informações, sem que se cometam erros grosseiros.

Contrapondo-se a CAMPOS (1988), segundo CAMPOS CEA (1990), as informações sobre a utilização dos serviços de saúde são menos afetadas pela memória. Nesse caso, os períodos de recordação poderiam estender-se a seis meses para as consultas médicas ou até um ano para as internações.

Como os inquéritos domiciliares são procedimentos que requerem tempo, disponibilidade de pessoal e recursos financeiros, dificilmente são realizados. As informações disponíveis sobre satisfação do cliente geralmente são fruto de questionários distribuídos ao cliente por ocasião da alta hospitalar ou de seu comparecimento à consulta médica, ou ainda, de informações coletadas nas caixas de opinião distribuídas nos serviços de saúde. Nos Estados Unidos e em certos países da Europa, alguns serviços de saúde utilizam-se com frequência de acompanhamentos por telefone como, por exemplo, o verificado no estudo de PERNEGER et al. (1997) que avaliaram a satisfação dos usuários pelo serviço de emergência utilizado. No Brasil, esse tipo de seguimento não é feito de rotina. Alguns estabelecimentos o utilizam para acompanhar o paciente quando há alguma intercorrência no atendimento.

Os dados de resolatividade dos serviços de saúde são obtidos a partir de estudos de demanda ou por meio de análise dos relatórios de produtividade dos serviços como, por exemplo, número de consultas realizadas, de agendamentos, de procedimentos realizados, extensão de cobertura vacinal e dados de

morbimortalidade.

1.3 REGIÃO DE SAÚDE DE ITAPECERICA DA SERRA

A região do ERSA-12 abrangia, na época da coleta de dados, sete municípios: Taboão da Serra, Itapecerica da Serra, Embu, Embu-Guaçu, Juquitiba, Cotia e Vargem Grande Paulista. Esses municípios localizam-se próximos um do outro e quase todos fazem divisa com o município de São Paulo, com exceção de Juquitiba e Vargem Grande Paulista (Figura 1.1).

As distâncias desses municípios ao marco zero do município de São Paulo, na Praça da Sé, variam de 15 km para Taboão da Serra até 70 km para Juquitiba, com uma média de 35 km. A área ocupada por esses municípios está representada na Tabela 1.1, assim como a população de cada um deles. Os dados de Vargem Grande Paulista serão mostrados juntamente com os de Cotia. Isso foi feito porque, até 1981, Vargem Grande Paulista pertencia a Cotia e, no período de estudo, ainda possuíam um sistema de saúde em comum. Atualmente, a área ocupada por Itapecerica da Serra é menor porque foi criado um novo município, São Lourenço da Serra, que ocupou parte de seu território na divisa com Juquitiba (FUNDAÇÃO SEADE 1993; BUSTAMANTE 1997).

Tabela 1.1 - Distribuição dos Municípios do ERSA -12, segundo população, densidade demográfica e área, 1990.

Município	População	Densidade Demográfica (hab./km ²)	Área (km ²)
Juquitiba	18 936	34,43	550
Embu-Guaçu	33 946	198,51	171
Itapecerica da Serra + São Lourenço da Serra	88 844	270,87	328
Cotia + Vargem Grande Paulista	114 408	323,19	354
Embu	148 207	2 179,51	68
Taboão da Serra	151 949	7 597,45	20
Total (ERSA-12)	556 290	373,10	1491

Fonte: Fundação Seade, 1993.

Figura 1.1- Região sudoeste da Grande São Paulo

O ERSa 12 possuía, na sua abrangência, desde municípios com características rurais (Jquitiba) até outros com características nitidamente urbanas (Taboão da Serra) (VIEIRA 1992).

A seguir, apresentam-se dados sócio-demográficos da população amostrada, cujas informações foram extraídas da análise dos dados do formulário utilizado no inquérito populacional (ANEXO 1).

A população da região sudoeste da Grande São Paulo era jovem, sendo que 46,1% (3844) possuíam idade inferior a 20 anos, 34,0% (2547) tinham entre 20 e 39 anos, 15,6% (2367) entre 40 e 59 anos e 4,3% (1441), acima de 60 anos de idade (Gráfico 1.1).

Gráfico 1.1 - Distribuição da população da região sudoeste da Grande São Paulo, ERSa-12, segundo a faixa etária, 1989/1990.

Embora em alguns municípios como Embu-Guaçu e Jquitiba, a proporção de pessoas do sexo masculino tenha sido um pouco maior, 50,8% (5.229) dos indivíduos eram do sexo feminino.

A amostra expandida apresentou uma pirâmide populacional de configuração semelhante àquela obtida com os dados do censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1991 (CESAR 1997).

De acordo com o censo demográfico de 1991 (FUNDAÇÃO IBGE 1994), a população dessa região era constituída de cerca de 50,0% de pessoas do sexo

feminino e ao redor de 46,0% de menores de 20 anos, valores estes quase iguais aos obtidos para a amostra expandida do inquérito realizado.

Quase metade dos chefes de família (51,5%) nasceu na área urbana e apenas 10,0% (1.585) eram nascidos na região do estudo. Juquitiba foi o município com o maior número de chefes de família nascidos no local (32,3%) e Taboão da Serra, o menor, com apenas 2,0%. Os demais, 11,3% (1015) eram nascidos no município de São Paulo, 15,9% (1778), em outras regiões do estado de São Paulo, 35,2% (2712), em estados da Região Nordeste, 19,3 % (1747), em estados da Região Sudeste, exceto São Paulo, 5,5% (518), em estados da Região Sul, 0,5% (45), em estados da Região Centro-Oeste, menos de 0,1% (5) em estados da Região Norte do País e 2,3% eram estrangeiros (307).

Da população amostrada, 78,7% (7.251) residiam em áreas de alta densidade populacional. Somente 23,4% (2976) da população residia na região há mais de 20 anos. Entre os municípios, Cotia (34,0%) e Juquitiba (47,3%) foram aqueles em que se observou a maior proporção de moradores antigos na região. O inverso foi constatado em Taboão da Serra (18,8%) e Embu (15,3%). Na época do inquérito, Cotia foi o município para onde afluíram menos migrantes. Apenas 3,8% da população vivia na região há menos de um ano.

Como a maioria da população nasceu em outros estados do País e o tempo de residência no local não é longo, conclui-se que a taxa de migração no local é elevada.

O crescimento urbano nessa região foi intenso entre a década de 70 e 80, devido à proliferação de favelas e domicílios precários, construídos em terrenos sem saneamento básico e/ou arruamento. Essa forma de adensamento populacional foi mais proeminente em Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra, justamente por serem áreas mais próximas ao município de São Paulo. Além disso, mudanças na legislação passaram a considerar áreas com características rurais como urbanas. O crescimento populacional em Cotia decorreu, também, da construção de conjuntos residenciais destinados à população de estratos sócio-econômicos mais elevados (GATTÁS 1996).

Ainda em relação aos chefes de família, 86,8% (8005) exerciam atividade no mercado de trabalho e mais da metade trabalhava em outro município (55,9%).

Juquitiba e Cotia possuíam a maior proporção de chefes trabalhando no próprio município de residência, 75,9% e 62,8%, respectivamente. Taboão da Serra e Embu foram os municípios onde se encontrou grande parte dos chefes trabalhando em outra cidade (69,3% e 67,5%), o que os caracterizava como cidades dormitórios.

A presença das Rodovias Regis Bittencourt e Raposo Tavares, que atravessam a região, a facilidade de acesso ao transporte coletivo, a proximidade e as melhores opções de trabalho no município de São Paulo contribuíram para esse deslocamento. O município de Juquitiba, por ser o mais distante, possuía a maior parte da população que trabalhava no próprio município e muitas pessoas, em ocupações ligadas às atividades agrícolas (GATTÁS 1996).

A análise da escolaridade do chefe de família revelou que um grande número deles possuía o curso primário. Dos entrevistados, 8,7% (1046) eram analfabetos, 54,6% (5.692) tinham o curso primário, incluídos os que sabiam apenas ler e escrever, 24,4% (2.007), o curso ginásial, 7,5% (646), o curso colegial/técnico e 4,8% (387), o curso universitário (Gráfico 1.2). Dado que o grau de escolaridade influencia o acesso e as oportunidades no mercado de trabalho, essa população se caracteriza por indivíduos que possuíam uma baixa renda.

Gráfico 1.2 - Distribuição da população da região sudoeste da Grande São Paulo, ERSA-12, segundo a escolaridade do chefe de família, 1989/1990.

Enquanto os dados de escolaridade são de fácil compreensão, quando se trata de estabelecer variáveis para analisar a condição sócio-econômica dos indivíduos, a

questão é mais difícil. Os dados sobre renda são pouco confiáveis e, neste inquérito, sua utilização não foi possível porque a moeda em circulação, por ocasião da coleta de dados, passou por uma seqüência de desvalorizações e mudança de denominações até chegar à atual, o Real.

Optou-se por utilizar o conceito de classe social, segundo a versão modificada de Bronfman e Tuirán (LOMBARDI et al. 1988), pois os dados que configurariam as classes sociais já estavam consolidados no banco de dados. Tais classes foram construídas tomando como referência o lugar que o indivíduo ocupa no sistema de produção e sua relação com os meios de produção (ANEXO 2).

Sendo assim, a classe social mais numerosa foi a proletária constituída de 9,4% (981) de subproletários, 33,9% (3065) de proletários típicos e 36,8% (3294) de proletários não típicos. Apenas 1,1% (82) da população eram burgueses, 14,1% (1493), pequenos burgueses tradicionais e 4,6% (367), novos pequenos burgueses (Gráfico 1.3).

Gráfico 1.3 - Distribuição da população da região sudoeste da Grande São Paulo, segundo classe social do chefe de família, 1989/1990.

Segundo CESAR (1997), a distribuição da população estudada, segundo a escolaridade dos chefes de família, mostrou concentração de escolaridades mais baixas na classe proletária. Esse dado foi evidenciado quando se verificou que 92,2% dos analfabetos, 83,1% daqueles com curso primário, 81,3% das pessoas com curso

ginasial e 81,5% daqueles com curso colegial pertenciam às classes que agregavam os proletários.

Quanto ao tipo de moradia, 94,7% (9.436) residiam em casas, 1,3% (205), em barracos e 3,4% (150) em apartamentos. Os apartamentos localizavam-se em apenas dois municípios, Taboão da Serra (12,2%) e Cotia (0,8%). O local com a maior concentração de barracos foi Jujutiba (6,1%). Dos domicílios amostrados, 60,1% (6.251) deles estavam quitados. A maior chance de construir uma casa também é um dos fatores que contribuem para o deslocamento das pessoas dos grandes centros urbanos para áreas mais periféricas.

Os domicílios eram construídos de blocos (55,3%) e de tijolos (40,5%). O revestimento externo foi observado em 67,0% (6.327) dos domicílios e o revestimento interno em 82,8% (7.929). O piso era de tijolo ou cimento em 46,3% (5.110) dos domicílios, em 33,4% (2.647), de assoalho, taco ou carpete, em 17,6% (1.783), de ladrilhos. O telhado de cerâmica foi encontrado em 37,0% (4.393) das moradias, de laje em 34,8% (2.490) e de fibra de cimento em 27,9% (2.929). Não havia forro em 48,8% (4.884) das residências e em 38,8% (3.116) era de estuque ou de laje. A instalação sanitária era interna e unifamiliar em 84,8% (7.921) dos domicílios. Esses achados revelam a simplicidade na construção da maioria das casas em decorrência do poder aquisitivo dos entrevistados.

O sistema público de esgotos era deficitário em toda a região. A fossa negra ainda era predominante (36,3%) em relação ao sistema público de esgotos (29,7%). Quase metade da população fazia uso da fossa negra em Embu (49,1%), Embu-Guaçu (51,6%) e Jujutiba (53,6%). O local com maior número de domicílios ligados ao sistema público de esgotos era Taboão da Serra (52,7%). A fossa séptica e seca também eram bastante utilizadas (21,5%), principalmente em Itapeceirica da Serra (63,3%). Cotia utilizava, principalmente, o sistema público de esgotos (36,9%) e a fossa negra (36,1%). Os locais onde mais se observaram esgotos correndo a céu aberto foram Embu (16,9%) e Jujutiba (11,9%).

Em relação ao abastecimento de água, 88,9% da população era suprida por rede pública interna.

A coleta de lixo em dias alternados era feita em 61,1% (5.506) dos domicílios.

Em Embu-Guaçu, Juquitiba e Embu, esse tipo de coleta era menos freqüente, com 46,7% (781), 38,5% (709) e 36,5% (645), respectivamente. Nos domicílios de Embu-Guaçu, 24,9% (451) da coleta era feita diariamente e, em Juquitiba, 34,4% (650) era coletado uma vez por semana, o que indica precariedade no saneamento básico da região.

O número médio de cômodos por habitação foi de 3,9 e a mediana de 4. O número médio de moradores por domicílio foi de 5,1 e a mediana de 5 pessoas.

Quanto ao tipo de assistência médica que a população poderia utilizar, 64,9% (6.980) recorriam aos serviços do SUS, 25,7% (1.928), ao convênio da empresa, 4,7% (416), ao plano de saúde privado e o restante, outros tipos de planos/seguro de saúde. Cotia e Taboão da Serra foram os locais onde mais entrevistados possuíam plano de saúde privado, 7,5% (144) e 6,5% (83), respectivamente.

Juquitiba, justamente por ser o município mais distante de São Paulo e com características rurais, foi onde se concentrou a menor proporção de indivíduos com convênio-empresa (5,6%).

Os serviços de saúde existentes nessa região, por ocasião do inquérito domiciliar, estavam distribuídos de forma irregular. Embu e Embu-Guaçu não possuíam hospitais. Taboão da Serra tinha dois hospitais privados, um deles com 45 leitos com fins lucrativos, 0,3 leito/1.000 habitantes e o outro, também privado e contratado pelo SUS, porém em fase de descredenciamento que, por não existir mais, não permitiu a recuperação do número de leitos oferecidos. Itapecerica da Serra possuía um hospital privado de 272 leitos com fins lucrativos, 3,1 leitos/1.000 habitantes. Cotia possuía dois hospitais, num total de 196 leitos (142 leitos com fins lucrativos e 54 leitos filantrópicos) e oferecia 1,7 leitos/1.000 habitantes. Um deles é um hospital-escola muito ligado à comunidade (FUNDAÇÃO SEADE 1993). Em Juquitiba havia um hospital municipal novo, com 24 leitos, 1,3 leitos/1.000 habitantes, referido pela população de estudo, cadastrado no Datasus¹, a partir de dezembro de 1990. O hospital de Juquitiba e o hospital-escola de Cotia eram conhecidos também como Unidades Mistas por estarem acoplados a um centro de saúde.

¹ Consulta feita no site www.datasus.gov.br

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Estudar a resolutividade dos serviços de saúde e a satisfação dos seus usuários na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, em 1989/1990, a partir de um banco de dados de um inquérito populacional.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a resolutividade dos serviços de saúde pela percepção dos usuários, segundo variáveis sócio-demográficas, de morbidade e de utilização dos serviços.
- Identificar a capacidade resolutiva quantitativa e qualitativa dos serviços procurados pelos entrevistados.
- Descrever a resolutividade dos serviços de saúde segundo a adesão ao tratamento, no grupo que referiu uma afecção crônica, por meio da visita ao médico e hábito de tomar medicação.
- Descrever a satisfação dos usuários com os serviços de saúde e o atendimento dos profissionais, segundo variáveis sócio-demográficas, de morbidade e de utilização dos serviços.
- Identificar as dimensões do cuidado priorizadas pelos usuários para avaliar os serviços de saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

É um estudo epidemiológico de corte transversal. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Municípios pertencentes ao Escritório Regional de Itapequerica da Serra (ERSA-12), no ano de 1989/1990: Embu, Itapequerica da Serra, Embu-Guaçu, Taboão da Serra, Juquitiba, Cotia e Vargem Grande Paulista.

3.2 FONTE DOS DADOS

Para a análise da resolutividade e da satisfação, a partir da percepção dos usuários, utilizaram-se as informações constantes em um banco de dados obtido de um inquérito domiciliar sobre “Morbidade referida e utilização dos serviços de saúde no ERSA-12, 1989/1990”, realizado entre julho de 1989 e junho de 1990, na região sudoeste da Grande São Paulo (CESAR et al. 1996). Desse estudo, foram retiradas as informações sobre os problemas de saúde, o uso de serviços de saúde e as condições de vida da população local, ainda inéditos.

Apesar de um banco de dados pronto dispensar a fase de coleta de informações, ele apresenta algumas dificuldades, no momento da análise, relacionadas ao tema a ser estudado. As variáveis investigadas no inquérito nem sempre atendem aos anseios do pesquisador, o que acaba por limitar a criatividade na análise dos dados e na compreensão do fenômeno estudado.

A amostra representativa da população residente em cada um dos municípios que compõem a região estudada foi obtida pela técnica de “amostragem de área” com várias etapas de sorteio, descritas a seguir (CESAR et al. 1996).

No inquérito, inicialmente, cada um dos municípios foi considerado como um conjunto de setores e subsetores censitários e, posteriormente, cada grupo foi dividido em dois estratos com base na densidade domiciliar. Nessa divisão, o estrato 1 foi constituído por setores ou subsetores censitários com maior número de domicílios

por km² e o estrato 2 foi composto por setores ou subsetores com pequena concentração de domicílios. Depois dessa estratificação, sortearam-se 30 setores ou subsetores em cada município, no qual 70,0% de domicílios pertenciam ao estrato 1 e 30,0%, ao estrato 2.

Numa segunda etapa, sortearam-se os quarteirões no estrato 1 e os domicílios no estrato 2. Para o estrato 1, houve uma terceira etapa de sorteio em que se selecionaram os domicílios nos quarteirões já sorteados. Assim, constituiu-se uma amostra probabilística composta pela população civil, urbana, não institucionalizada e residente na área de estudo.

Foram estabelecidos domínios amostrais (por sexo e grupo etário) com um número fixo de 200 indivíduos a serem entrevistados em cada domínio (alfa = 5,0% e beta = 7,0%). Para que se obtivesse uma taxa de 80,0% de cobertura e resposta, foram sorteados 250 indivíduos, em cada domínio, para obter-se aproximadamente as 200 entrevistas. Esses domínios foram: menores de 1 ano; de 1 a 6 anos; de 7 a 19 anos; de 20 a 49 anos masculino; de 20 a 49 anos feminino; 50 anos ou mais masculino e 50 anos ou mais feminino. A amostra, não sendo equi-probabilística, exigiu que, para a análise dos dados, se utilizasse um fator de correção para ponderação. Após a ponderação e ajuste, a população dos municípios de cada domínio ponderada, representou, no seu conjunto, a população da área estudada. O planejamento da amostra permitiu a análise individual de cada município e também dos diferentes grupos etários da população.

O inquérito domiciliar compreendeu 10.199 entrevistas de um total de 10.796 domicílios selecionados para a entrevista. A perda de 5,4% ocorreu devido à recusa (1,7%), à ausência no domicílio (2,4%) e a outros motivos (1,3%).

O formulário utilizado no inquérito (ANEXO 1) foi organizado em 14 blocos. Os temas estudados foram: morbidade referida para os 15 dias anteriores à entrevista; problemas e procuras; tratamento; hospitalização nos 15 dias anteriores à entrevista; outros motivos para procurar o serviço; hospitalização no último ano; referência de doença crônica ou de deficiência física; teste CAGE-indicativo de alcoolismo; consumo de medicamentos nos três dias anteriores à entrevista; uso de serviços odontológicos; uso de serviços materno-infantis (pré-natal, parto e puericultura);

imunizações; condição sócio-econômica dos chefes de família; caracterização da habitação e direito previdenciário.

Para o presente estudo, selecionaram-se as questões dos seguintes blocos:

- bloco 3: morbidade referida, utilização dos serviços e forma de solução dos problemas de saúde referidos (questões nº 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33);
- bloco 6: informações sobre os motivos da internação nos últimos doze meses e aspectos relacionados à hospitalização (questões nº 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59);
- bloco 7: doenças crônicas e seu controle, dentre elas a hipertensão arterial, diabetes, convulsão, problemas cardíacos e respiratórios (questões nº 66, 68, 70, 71, 73, 74, 76, 77);
- bloco 14: condição sócio-econômica do chefe de família (questões nº 140, 141, 145).

As questões excluídas dos blocos selecionados referiam-se ao tipo de medicamentos utilizados, problemas de saúde mental, deficiências físicas, gastos com serviços de saúde, percepção da doença e perguntas sobre a inserção do indivíduo no mercado de trabalho, remuneração salarial, bens de consumo e atividades de cultivo e criação de animais. Essas informações não eram de interesse para a análise da resolatividade e satisfação do cliente e, além disso, algumas delas já foram tema de estudo de outros pesquisadores.

As informações obtidas das questões selecionadas já estavam digitadas na planilha do *Software Statistical Package for the Social Science for Windows*, versão 7.5 (SPSS).

Além desses dados que constavam do banco de dados pronto, outras informações foram coletadas diretamente dos formulários das entrevistas, mantendo-se o anonimato dos entrevistados. Eram informações sobre o motivo da satisfação e/ou insatisfação do usuário com os serviços de saúde que não haviam sido digitadas na planilha por serem respostas a perguntas abertas. Localizaram-se 97,4% (1.435) dos formulários dos entrevistados que referiram morbidade nos últimos 15 dias e 98,3% (585) daqueles que referiram hospitalização no último ano. Todas as

informações das perguntas abertas de interesse desses formulários foram transcritas para uma análise qualitativa.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Fizeram parte do presente estudo os dados dos indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: todos aqueles que referiram morbidade nos quinze dias anteriores à entrevista e procuraram ajuda para resolver seu problema de saúde (n=1.473), pessoas que estiveram hospitalizadas no último ano (n=595) e aqueles que relataram doenças crônicas (hipertensão/ n=1.708; diabetes/ n=580; convulsão ou ataque/ n=45; problemas cardíacos/ n= 518; problemas respiratórios/ n= 642). Cada grupo foi analisado separadamente.

3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.4.1 Demográficas e sócio-econômicas

As variáveis a seguir foram utilizadas para a descrição e análise dos dados de todas as pessoas incluídas neste estudo.

- **Sexo:** masculino e feminino.
- **Idade:** segundo as faixas etárias, menores de 1 ano, 1 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 99 anos. Na ocorrência de caselas nulas ou com um número muito pequeno de indivíduos para a análise, o número de categorias foi reduzido.
- **Escolaridade do chefe de família:** analfabeto (nunca frequentou escola e não sabe ler e escrever), primário (cursou, no mínimo, a 1ª série ou as demais até a 4ª série - inclui também os indivíduos que, embora tenham declarado não ter frequentado a escola, referiram saber ler e escrever), ginásial (cursou, no mínimo, a 5ª série do 1º Grau ou as demais até a 8ª série), colegial/técnico (cursou o 2º Grau completo ou incompleto ou ainda cursos técnicos de nível médio completos ou incompletos), universitário (cursou o 3º Grau completo ou incompleto).
- **Classe social do chefe de família:** burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado,

conforme o conceito de classe social operacionalizado por LOMBARDI et al. (1988) que utilizam na classificação, o lugar que o indivíduo ocupa no sistema de produção historicamente determinado, a relação com os meios de produção, o papel na organização do trabalho e a magnitude e forma em que recebem parte da riqueza social de que dispõem (ANEXO 2).

- ***Condição no mercado de trabalho do chefe de família:*** segundo definição no manual do entrevistador. População economicamente ativa (PEA) - pertenciam a este grupo aqueles que desenvolviam uma atividade remunerada ou não, estavam em atividade ou afastados por motivo de doença ou estavam aposentados mas exerciam uma atividade. População não economicamente ativa (NPEA) - constituída pelos desempregados, e outros que não exerciam qualquer atividade, como aposentados, donas de casa e estudantes.
- ***Município de residência:*** Taboão da Serra, Itapecerica da Serra, Embu, Embu-Guaçu, Juquitiba, Cotia (incluindo Vargem Grande Paulista).
- ***Tipo de assistência médica do chefe de família:*** convênio da empresa, SUS (IAMSPE, INAMPS e aqueles sem vínculo previdenciário), plano de saúde privado, outros planos/seguros de saúde (sindicato ou associações de categorias). Para algumas análises, o grupo com plano de saúde privado foi incluído em **outros**, devido ao reduzido número de indivíduos na referida categoria.

3.4.2 Variáveis para caracterizar a morbidade nos últimos 15 dias

- ***Morbidade referida nos últimos quinze dias:*** codificada de acordo com a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS 1978).
- ***Limitação da atividade:*** para avaliar a gravidade do problema, sim/não.
- ***Intervalo de tempo para procurar ajuda:*** até 2 dias, de 3 a 5 dias, 6 dias ou mais, definidos a partir da análise da tabela de frequências.
- ***Quem procurou para resolver o problema:*** médico, outros profissionais da área da saúde (farmacêutico, enfermeiro, fisioterapeuta, dentista, psicólogo) e outros (parente, amigo, vizinho, benzedor e curandeiro).
- ***Realização de exames:*** sim/não.

- ***Tipos de exames realizados***: de sangue, de fezes, de urina, radiografias, ultrassom, outros exames de Diagnóstico por Imagem (DI), eletrocardiogramas (ECG), endoscopias, Papanicolau, PPD (teste tuberculínico) e outros (ginecológicos, biópsias, exame de próstata, etc.).
- ***Local de realização dos exames***: no próprio município de residência, ERSA-12 e outros municípios.
- ***Tipo de serviços para realização dos exames***: Unidade Básica de Saúde (incluindo Centro de Saúde, Posto de Saúde e Posto de Atendimento Sanitário), hospital, clínica/ambulatório (incluiu também convênio da empresa e médico particular), laboratório.
- ***Realização de outros tratamentos***: tratamentos sequenciais ao atendimento médico que incluíram inalação, fisioterapia, fonoaudiologia, massagem e tratamento caseiro.
- ***Resolução do problema***: sim / sim, parcialmente/está em tratamento / não, foi encaminhado para especialista / não.

3.4.3 Variáveis para caracterizar a hospitalização no último ano

- ***Motivo da internação***: codificada de acordo com a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS 1978).
- ***Tempo de internação***: até 15 dias e mais de 15 dias, definidos a partir da análise da tabela de frequências.
- ***Tempo de espera para conseguir a internação***: até 12 horas, de 1 a 24 dias, mais de 24 dias, definidos a partir da análise da tabela de frequências.

3.4.4 Variáveis relacionadas à utilização dos serviços (tanto para a morbidade referida quanto para a hospitalização no último ano)

- ***Tipo de serviço***: Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde, Posto de Saúde, Posto de Atendimento Sanitário), hospital, clínica/ambulatório (incluiu também convênio da empresa e médico particular), pronto-socorro e outros .

- **Localização do serviço de saúde:** próprio município de residência, ERSA-12, outros municípios.
- **Meio de locomoção para acesso ao serviço:** carro, táxi, ônibus, ambulância e à pé.
- **Atendimento no próprio serviço:** sim / sim, com internação / sim ou não com encaminhamento / não.
- **Serviço de referência:** para onde foi encaminhado, Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde, Posto de Saúde, Posto de Atendimento Sanitário), hospital, pronto-socorro, clínica/ambulatório.
- **Pagamento pelo atendimento:** sim (integralmente ou parcialmente) / não.
- **Prescrição de medicamento:** sim/não.
- **Forma de obtenção do medicamento:** gratuito/compra/outros (não obteve).
- **Satisfação do cliente com o serviço:** gostou (ótimo e bom)/não gostou (mais ou menos, ruim).
- **Satisfação do cliente com o atendimento do profissional:** gostou (ótimo e bom)/não gostou (mais ou menos, ruim).
- **Motivo da (in)satisfação:** perguntas abertas.

3.4.5 Variáveis para descrever os problemas crônicos

- **Problema crônico:** codificado de acordo com a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1978).
- **Diagnóstico feito pelo médico:** sim/não.
- **Visitas ao médico ou serviço de saúde de rotina:** sim / não, só quando tem problema / não.
- **Motivo pelo qual não visita o médico rotineiramente:** não acha preciso, é muito longe, não gosta de ir ao médico, não tem tempo, é caro, acha que não resolve e outros.
- **Prescrição de medicamentos para o problema crônico:** sim/não.
- **Tomou algum medicamento regularmente no último mês:** sim/não.

- ***Motivo pelo qual não tomou medicamentos***: não teve sintomas, os remédios eram caros, resolveu não tomar, o remédio não estava fazendo efeito, teve complicações, o médico suspendeu, outros.
- ***Forma de obtenção do medicamento***: gratuita, compra e outros (não obteve e outros).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A população de estudo foi descrita segundo as características sócio-demográficas e econômicas.

A análise dos dados foi feita utilizando-se a frequência absoluta e a porcentagem na amostra ponderada.

Para os dados de morbidade, utilizou-se o coeficiente de prevalência por 1.000 habitantes, uma vez que a amostra era representativa da população.

Para as respostas a perguntas abertas sobre a satisfação do cliente, foi utilizada a análise de conteúdo descrita por BARDIN (1977), que define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo e das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Por tratar-se de um inquérito domiciliar, a análise de conteúdo foi classificatória, examinando-se as respostas que exploraram os atributos utilizados pelos indivíduos para caracterizar a satisfação e a insatisfação em relação aos serviços de saúde.

Após leitura flutuante das respostas, procedeu-se à identificação dos temas abordados pelos entrevistados para a posterior construção de categorias. Cada categoria representou um componente da satisfação ou insatisfação.

As categorias definidas por meio desse procedimento foram: organização dos serviços, hotelaria, recursos humanos, relação interpessoal, diagnóstico e/ou tratamento e iatrogenia. O ANEXO III contém exemplos de respostas incluídas em cada categoria.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS

4.1 MORBIDADE REFERIDA NOS 15 DIAS ANTERIORES À ENTREVISTA

4.1.1 Apresentação do grupo que referiu um problema de saúde

Dos 10.199 entrevistados, 26,5% (3.191) deles referiram algum episódio de doença nos quinze dias anteriores à entrevista. Destes, 80,2% (2.559) referiram apenas um evento, 16,1% (514), dois episódios e uma minoria, três (3,1%) e quatro (0,6%). Pelo fato de grande número de moradores ter referido apenas um caso de doença, todas as análises desse bloco serão feitas apenas para o primeiro episódio referido.

Assim, o coeficiente de prevalência nesses casos foi de 265,2/mil pessoas na amostra ponderada para toda região do ERSA-12 (Tabela 4.1), um valor bem inferior ao coeficiente de 939,6 ‰ encontrado no estudo de morbidade na população urbana de Botucatu (SP), em 1983/1984 (LEBRÃO et al. 1991). Como os coeficientes não foram padronizados, não se pode dizer que a prevalência de morbidade na população do inquérito, na região do ERSA-12, foi baixa.

No entanto, a prevalência de morbidade referida de 265,2‰, aqui encontrada, foi superior à observada por CAMPOS (1988), em estudo realizado em duas cidades de Minas Gerais, com menos de 100 mil habitantes, Janaúba e Bocaiúva, com, respectivamente, 97,0‰ e 131,0‰ habitantes de morbidade referida. As comparações devem ser cautelosas, pois as condições sócio-econômicas e a qualidade de vida interferem no processo saúde-doença da população, além do modo como a população percebe os seus problemas de saúde. As diferenças metodológicas dos diversos estudos realizados também são fatores agravantes, como ressaltaram KROEGER (1983), WHITE (1985) e ROSS e VAUGHAN (1984). Nas análises feitas por esses autores, destacam-se aspectos relacionados ao informante, ao entrevistador, à memória de fatos passados, à forma como foi elaborada a pergunta, à percepção individual de problema de saúde, à gravidade da afecção, à validação da informação, à standardização da população, entre outros.

Tabela 4.1 - Distribuição de entrevistados que referiram problema de saúde e coeficiente de prevalência (por 1.000 habitantes) de morbidade referida, segundo município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MORBIDADE REFERIDA**	MUNICÍPIOS																				
	Taboão			Embu			Itapeccerica			Embu-Guaçu			Juquitiba			Cotia			TOTAL		
	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.
1- D. Infeciosas e Parasitárias	7	3,2	7,3	18	2,8	7,6	33	9,2	19,8	9	3,3	7,1	35	5,2	18,5	18	4,3	12,4	120	4,3	10,8
2 - Neoplasmas	-	-	-	1	0,3	0,8	-	-	-	2	0,4	0,9	-	-	-	-	-	-	3	0,1	0,3
3 - D. Glândulas Endócrinas, Nutrição e Metabolismo e Transtornos Imunitários	1	0,1	0,2	3	0,4	1,1	3	0,7	1,5	5	0,9	2,0	3	0,5	1,8	1	0,3	1,4	16	0,4	0,9
4- D. Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	1	0,4	0,9	2	0,6	1,6	1	0,1	0,2	1	0,3	0,7	7	1,0	3,5	3	1,0	3,0	15	0,6	1,5
5- Transtornos Mentais	-	-	-	1	0,3	0,8	-	-	-	1	0,3	0,7	2	0,3	1,2	11	0,1	0,2	5	0,1	0,3
6- D. Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos	10	2,9	6,5	21	4,2	11,5	14	1,9	4,0	29	5,8	12,5	26	3,5	12,6	25	4,2	12,0	125	3,6	9,1
7- D. Aparelho Circulatório	25	3,9	8,9	39	4,3	11,7	22	3,5	7,5	37	5,0	10,7	37	4,4	15,9	39	4,7	13,4	199	4,2	10,7
8- D. Aparelho Respiratório	104	36,5	82,4	176	34,9	95,2	156	30,5	65,8	158	38,8	83,0	215	30,7	109,8	210	42,3	122,1	1019	36,4	92,3
9- D. Aparelho Digestivo	25	9,7	22,0	50	9,4	25,7	30	7,1	15,3	30	6,8	14,5	52	7,5	26,9	32	5,4	15,5	219	8,0	20,3
10- D. Aparelho Geniturinário	9	4,0	9,1	20	5,0	13,7	17	4,4	9,5	13	2,5	5,3	44	6,3	22,6	20	4,6	4,6	123	4,5	11,4
11 - Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério	-	-	-	1	0,3	0,9	-	-	-	-	-	-	1	0,1	0,5	-	-	-	2	0,1	0,3
12 - D. Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	11	3,5	8,0	3	0,6	1,8	13	2,5	5,4	10	2,9	6,1	25	3,5	12,5	11	1,6	4,6	73	2,1	5,3
13 - D. Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	38	8,2	18,5	64	7,0	19,1	57	10,2	21,9	39	5,1	11,0	60	6,9	24,7	44	5,3	15,1	302	7,2	18,3
15 - Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal	-	-	-	-	-	-	1	0,1	0,1	1	0,1	0,1	-	-	-	2	0,1	0,3	4	0,0...	0,0...
16- Sintomas, Sinais e Afeções Mal Definidas	71	22,8	51,0	172	27,7	75,1	119	27,1	58,6	105	25,2	53,6	189	28,2	99,9	132	23,1	67,2	788	25,3	63,8
17- Lesões e Envenenamentos	15	4,8	10,9	9	2,2	6,0	12	2,7	5,9	10	2,6	5,6	13	1,9	6,9	13	3,0	8,5	72	3,1	7,9
Total	317	100,0	236,1	580	100,0	282,0	478	100,0	226,9	450	100,0	221,3	709	100,0	367,6	551	100,0	307,9	3085	100,0	265,2

* porcentagem na amostra ponderada

** Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão

Entre os municípios da região estudada, o maior coeficiente de morbidade foi observado em Juitiba (367,6‰) e o menor, em Embu-Guaçu (221,3‰), e as principais afecções referidas foram as doenças respiratórias (36,4%) com um coeficiente de prevalência de 92,3 ‰, seguidas pelos sinais e sintomas mal definidos (25,2%), com 63,8 ‰.

A maior frequência de afecções respiratórias também foi observada em outros estudos, tanto em áreas urbanas quanto rurais (SIMEANT 1983; SIMEANT 1984; TANAKA e ROSENBERG 1990; LEBRÃO et al. 1991).

As doenças respiratórias mais citadas foram as pneumonias e as gripes com 52,2% (607) dos casos e as infecções respiratórias agudas de vias aéreas superiores com 35,0% (330), enquanto nas doenças do aparelho digestivo, 68,2% (138) dos problemas pertenciam às doenças de esôfago, estômago e duodeno, sobretudo as afecções do estômago; 15,4% (29) classificaram-se na categoria das doenças de boca, glândulas salivares e maxilares.

Dos entrevistados que referiram doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 51,1% (139) deles mencionaram dorsopatias e 44,1% (147) reumatismos, excluindo dorso. É difícil saber porque houve referência a tantos problemas nesse grupo, se foi devido à atividade de trabalho dos entrevistados ou o fato de a região ser serrana, exigindo maior esforço das pessoas na locomoção a pé.

Embora as doenças infecciosas tenham sido a sexta afecção mais referida, quando computados todos os municípios, em Itapeçerica da Serra, elas foram a quarta mais mencionada (9,2%), com um coeficiente de prevalência de 19,8 ‰ habitantes, quase o dobro do verificado para a região do ERSA-12, de 10,8 ‰ pessoas. Também foi elevada a prevalência em Juitiba, provavelmente, em razão das precárias condições de saneamento básico da região, com grande concentração de barracos, esgoto a céu aberto em vários locais e um terço da população referindo coleta de lixo apenas uma vez por semana, fatos propiciadores da proliferação de roedores e insetos.

Porém, verificou-se uma incoerência na constatação de que o município de Embu possuía o maior número de locais com esgoto a céu aberto e um coeficiente de morbidade para as doenças infecciosas entre os mais baixos (7,6‰). A frequência de

coleta de lixo mencionada pelos moradores do Embu pode ter sido o diferencial positivo em relação às doenças infecciosas. É possível que a população residente em Embu tenha melhor conhecimento sobre as medidas de higiene e saneamento básico, importantes para a prevenção de doenças infecciosas.

Para quase todos os tipos de problemas referidos, o município de Juititaba apresentou os maiores coeficientes de prevalência. Como esse município possuía a menor densidade populacional, provavelmente os serviços de saúde eram mais dispersos, o que dificultaria o acesso da população e, portanto, estaria mais distante das informações sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Além disso, tinha características rurais e quase o dobro de analfabetos com relação aos demais municípios da região.

Em Itapeçerica da Serra, a alta prevalência de doenças infecciosas pode estar relacionada ao fato de que, na época do estudo, São Lourenço da Serra ainda estava anexado a esse município. Porém, ao contrário do município de Itapeçerica da Serra, a região hoje pertencente a São Lourenço da Serra, em 1986, tinha apenas um centro de saúde (FUNDAÇÃO IBGE 1988) e, por ser próximo, também, de Juititaba, deveria ter algumas características em comum com este. Itapeçerica da Serra, por ocasião do inquérito, possuía em sua região interiorana mais próxima a Juititaba, uma realidade em saúde mais precária, do ponto de vista de saneamento básico e rede de serviços de saúde.

Os problemas referidos levaram à limitação da atividade parcial ou total para 29,5% (1.018) dos entrevistados que referiram morbidade. O absenteísmo foi elevado, uma vez que 12,0% (386) disseram ter faltado à escola ou ao trabalho em decorrência da afecção referida.

Ainda, para a população do ERSA-12 que referiu morbidade (3.191 pessoas), identificou-se que 53,6% (1.632) dos sinais e/ou sintomas iniciaram-se até 15 dias antes da entrevista e em 23,9% (886), o processo mórbido começara há mais de um ano (variação de 1 a 63 anos).

Como um quarto da população apresentou sintomas há mais de um ano, supõe-se que grande número de pessoas entrevistadas era portador de uma doença crônica. Esses problemas exigem maior envolvimento da pessoa no seu tratamento ou

controle da doença com mudanças em seu estilo de vida. Como o grupo acometido, em sua maioria, possuía baixo poder aquisitivo e escolaridade mínima, provavelmente, estes são problemas de difícil solução, seja por fatores inerentes ao próprio indivíduo, seja pelas necessidades de investimento na área de educação e acesso a melhores condições de trabalho.

Ao se verificar a idade dos indivíduos que mencionaram algum problema, nesse período, constatou-se que 43,6% (1.129) tinha idade inferior a 20 anos e, apenas 6,7% (588), 60 anos ou mais. No entanto, ao se calcular os coeficientes, observou-se situação inversa, com um coeficiente de prevalência de 251,4‰ para os jovens, enquanto os idosos apresentaram 403,4‰, o que é de fácil compreensão pelo acúmulo de afecções entre os mais velhos. Os valores entre os municípios variaram pouco e, somente em Juquitiba, houve maior referência de morbidade na população com idade igual ou superior a 60 anos (10,4%), com um coeficiente de prevalência nesse grupo de 723,8‰, enquanto a prevalência para toda a região do ERSA-12 foi de 401,3‰.

A prevalência de morbidade foi maior nos dois extremos de idade (Gráfico 4.1), ou seja, para as crianças menores de um ano e para aqueles com idade nas faixas de 70 a 79 anos e 90 a 99 anos, respectivamente, 407,1‰ (324), 440,1‰ (163) e 443,2‰ (7), resultado comumente encontrado nos estudos de morbidade, confirmando a necessidade dos programas de saúde voltados para as crianças e idosos. Cabe lembrar que, na época do inquérito, não havia políticas voltadas para o idoso (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE 1998).

Gráfico 4.1- Prevalência de morbidade referida (%), segundo a faixa etária, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

Observou-se que a proporção de pessoas que referiu morbidade diminui até os 19 anos e depois começa a aumentar e, mais gradativamente, com o avançar da idade após os 40 anos.

A maior parte das pessoas era do sexo feminino (57,6%), com um coeficiente de prevalência de morbidade referida de 300,6‰ mulheres e para os homens de 228,7‰. A maioria dos entrevistados pertencia à classe dos proletários típicos e não típicos (70,8%), seguindo a mesma configuração demográfica de toda a população do inquérito.

4.1.2 População que referiu morbidade e procurou ajuda

Dos 3.191 entrevistados que referiram morbidade no inquérito do ERS-12, 1.473 (47,7%) disseram ter procurado algum tipo de ajuda para resolver o seu problema. CAMPOS (1988) também observou procura de ajuda para resolver os

problemas de saúde inferior a 50,0%: 41,4% em Janaúba (MG) e 47,3%, em Bocaiúva (MG). Segundo o autor, há um grande número de problemas, cuja gravidade é tão pequena que não chega a gerar demanda de serviços e a resolução se daria por automedicação ou com recursos de pessoas mais experientes da comunidade.

Segundo BRANNON e FIEST (2000 p.88), as pessoas tendem a procurar um serviço de saúde, não porque tenham problema sério, mas porque casualmente alguém diz que aparentam estar doentes.

Por outro lado, questões de acesso ao serviço de saúde, como número de serviços, capacidade de atender a demanda, condições financeiras de pagar o atendimento, necessidade de faltar ao trabalho, também podem interferir na decisão para a procura de atendimento médico.

Também a forma empregada na pergunta pode influir na resposta obtida, haja vista o estudo realizado com idosos no Município de São Paulo¹, no qual 97,6% deles procuraram um serviço de saúde quando estiveram “doentes”, diferentemente deste inquérito em que a questão se referia a “problema de saúde”.

4.1.2.1 Características sócio-demográficas

As características sócio-demográficas desta população de estudo seguiram o mesmo perfil daquela do inquérito e da morbidade referida.

A ajuda foi procurada por pessoas de todas as faixas etárias. Embora as crianças menores de um ano tenham representado apenas 5,9% (242) da população estudada, o coeficiente de prevalência de morbidade com procura de ajuda, nesse grupo, foi de 307,6‰ habitantes, o maior quando comparado às demais faixas etárias. O menor coeficiente de morbidade com procura de ajuda foi observado no grupo de 10 a 19 anos, com prevalência de 87,6‰ habitantes (15,6%). Esta faixa é, sabidamente, de pouca utilização de recursos por doenças. Nas demais faixas etárias, o coeficiente de morbidade com procura de ajuda oscilou entre 100 e 190‰ pessoas, com os maiores valores entre aqueles de idade mais avançada.

¹ Estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento). “Condições de saúde dos idosos na América Latina e Caribe”, 2000, OPAS/FSP. Resultados preliminares.

O número de mulheres que procurou ajuda foi de 57,3% (819), com um coeficiente de prevalência de 135,6‰ e para o sexo masculino, de 104,3‰. A diferença entre os coeficientes de morbidade para os sexos, quando houve procura de ajuda, foi menor do que a observada nos coeficientes de morbidade quando não se leva em conta se procurou ou não ajuda, o que mostra que apesar de as mulheres referirem mais problemas de saúde, na procura de ajuda, os valores dos coeficientes se aproximam.

Com relação aos chefes de família, estes eram predominantemente proletários e tinham até o curso primário completo ou incompleto, sendo que a maior frequência de analfabetos (12,6%) foi observada em Juquitiba. A proporção deles que tinha uma ocupação no mercado de trabalho foi de mais de 80,0% para todos os municípios, exceto Embu-Guaçu (77,7%).

Dos entrevistados, 64,1% (1.020) dependiam do SUS para o atendimento em saúde, 27,7% (309) tinham um plano de saúde ligado a empresas e 7,8% (93), outros tipos de cobertura. Juquitiba foi o único município onde o número de pessoas com convênio-empresa foi inferior a 5,0%. Este é o município mais distante de São Paulo e, portanto, com menores ou nenhuma possibilidade de ser um município dormitório, com as pessoas vindo para a capital em busca de trabalho, ao contrário das outras que são mais próximas. Confirmando esse raciocínio, em Taboão da Serra, um município dormitório, encontrou-se a menor frequência de pessoas que utilizavam os serviços do SUS (56,0%).

Este perfil populacional constituído por um grande número de entrevistados, com baixa escolaridade do chefe de família, proletários, dependentes do SUS pode influenciar no padrão de utilização dos serviços de saúde.

4.1.2.2 Características da morbidade que motivou a procura de ajuda

A procura de ajuda diferiu conforme o tipo de acometimento (Gráfico 4.2), pois quando se observa a procura do serviço de saúde segundo o tipo de afecção referida, vê-se que ela supera os 50,0% e chega a até 100,0% para determinados problemas de saúde, como as complicações da gravidez, parto e puerpério e de algumas afecções originadas no período perinatal.

Gráfico - 4.2. Proporção de entrevistados que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a afecção, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990

Além desses, os problemas que mais motivaram a procura de serviços de saúde foram os neoplasmas, doenças do aparelho geniturinário, doenças da pele e tecido subcutâneo, doenças infecciosas e parasitárias, transtornos mentais e doenças do sistema nervoso central e órgãos dos sentidos.

É interessante verificar que a procura de ajuda entre os entrevistados com doenças das glândulas endócrinas, da nutrição, do metabolismo e transtornos imunitários e com doenças do aparelho circulatório girou em torno de 60,0%, apesar de abrangerem um elevado número de doenças crônicas. A procura de ajuda na totalidade dos casos de complicações da gravidez, parto e puerpério poderia ser resultado dos programas de saúde materna implantados nos serviços de atenção primária à saúde. As afecções originadas no período perinatal geralmente já são acompanhadas pelo médico desde o nascimento do bebê.

Dos entrevistados, 60,4% buscaram ajuda até 48 horas após o começo dos sinais e sintomas. Embora os quadros fossem agudos, não se caracterizavam como de urgência, uma vez que somente 17,7% procuraram auxílio com menos de 24 horas do início do quadro sintomático.

4.1.2.3 Tipo de ajuda procurada

O principal profissional procurado para resolver o problema de saúde foi o médico (76,0% / n=1.173). O segundo, com 11,2% (139), foi um profissional da saúde não médico, sendo que destes, 98,5% (122) se dirigiram ao farmacêutico. Um grupo de moradores procurou outra pessoa (12,8%) e, neste caso, 95,0% (142) deles recorreram a amigos ou parentes. A opção pelo médico foi a preferida em todos os municípios (Gráfico 4.3). No entanto, Cotia foi o local onde menos se procurou um médico para resolver o problema de saúde, se comparado aos demais. Nesse município, 24,4% dos entrevistados buscaram orientações de amigos ou vizinhos e 14,5% recorreram ao farmacêutico.

Gráfico 4.3 - Distribuição de moradores que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a ajuda procurada e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

Para compreender melhor esse fenômeno seria preciso que no formulário constasse uma pergunta do porquê desta escolha.

A procura de ajuda para resolver os problemas de saúde poderia estar relacionada ao modo com que o indivíduo percebe a doença. Mas, uma vez reconhecida a necessidade de ajuda, o que fez a pessoa optar pelo farmacêutico ou pelo amigo/vizinho é desconhecido, não podendo nem mesmo ser atribuído, neste estudo, exclusivamente à escolaridade dos chefes de família, dado que CESAR (1997) relata, em sua análise, que a menor procura pelo médico esteve entre os universitários. É possível que o indivíduo considerasse o seu problema muito simples para ter de ir até o local de um serviço de saúde, tivesse dificuldade em despendar tempo para ser atendido ou confiasse nas pessoas próximas procuradas.

STRATMANN (1975) acredita que o preenchimento das necessidades de saúde do indivíduo é um processo aleatório. A decisão na utilização de determinado serviço de saúde é o elo final na cadeia de decisões que começa com a percepção do indivíduo quanto a problemas relacionados à necessidade biológica. Subseqüentemente, as decisões envolvem a percepção da pessoa quanto a: (1) se a necessidade requer cuidado médico, (2) que tipo de cuidado é necessário, (3) se o

benefício do cuidado é superior ao tempo e dinheiro gastos na sua obtenção, (4) se os benefícios decorrentes desse cuidado são maiores que aqueles para atender necessidades como de alimentação e vestuário ou moradia e, (5) se a decisão é tomada considerando os gastos das economias feitas em cuidados médicos, ao invés de outra coisa que poderia lhe trazer maior satisfação pessoal.

4.1.2.4 Serviços de saúde utilizados

4.1.2.4.1 Tipos de serviço

O serviço de atenção primária à saúde foi a principal porta de entrada no sistema, o que é desejável. No entanto, este resultado pode ter sido influenciado pelo reduzido número de hospitais na região e, até mesmo, a ausência deles em determinados municípios como Embu e Embu-Guaçu, limitando a escolha do usuário. Entre as clínicas e ambulatórios não foi possível saber quantos deles atendiam especialidades.

Na análise feita por CESAR (1997), com os dados deste mesmo inquérito, o autor observou que a escolha das Unidades Básicas de Saúde (UBS) predominou nas populações de baixa escolaridade e o inverso ocorreu para clínicas/ambulatórios e outros serviços, levando a supor que a maior escolaridade pode estar relacionada a um melhor poder aquisitivo, ou seja, quem possuía um convênio pode ter optado pela utilização de clínicas/ambulatórios ou pago pela consulta médica. Dos entrevistados classificados na classe da burguesia, 95,0% (6) deles utilizaram uma UBS para resolver o seu problema de saúde. Esse resultado poderia ser atribuído ao reduzido número de entrevistados inseridos nessa categoria ou à facilidade de acesso a esse tipo de serviço. Com relação aos proletários, os diferentes serviços foram utilizados de modo uniforme.

De modo geral, as UBS, os hospitais e as clínicas/ambulatórios foram os serviços de saúde mais utilizados (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 - Distribuição de moradores que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo o serviço utilizado para resolver o problema e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE															
	UBS		Hospital		Clínica / Amb.		PS		Empresa		Outros		NS-NR		TOTAL	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Taboão da Serra	50	35,5	34	28,3	34	31,5	2	1,4	1	0,3	5	1,4	2	1,6	128	100,0
Embu	90	36,7	54	23,9	33	17,4	34	16,1	5	3,4	4	2,5	-	-	220	100,0
Itapeçerica da Serra	59	26,1	51	25,2	55	22,4	39	19,2	4	3,4	6	3,7	-	-	214	100,0
Embu – Guaçu	146	67,4	11	5,4	33	20,6	1	1,0	3	2,3	4	3,3	-	-	198	100,0
Juquitiba	84	35,6	140	56,7	17	7,0	2	0,7	-	-	-	-	-	-	243	100,0
Cotia	61	31,6	38	23,1	59	31,6	16	7,7	6	5,1	5	0,9	-	-	185	100,0
Total	490	35,6	328	25,3	231	24,2	94	9,7	19	2,8	24	2,1	2	0,3	1188	100,0

N = n° absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Pelo número reduzido de hospitais na região do ERS-12, as UBS foram mais procuradas nos municípios de residência, enquanto os hospitais o foram na Capital. O tipo de serviço disponível em cada município parece ter contribuído na determinação do perfil dos estabelecimentos de saúde procurados; porém, é difícil conhecer o motivo que determinou a preferência das pessoas na procura dos serviços de saúde. Pode ser que os entrevistados tenham se dirigido diretamente aos serviços que, de antemão, sabiam poder atendê-los.

Uma pergunta no formulário sobre o motivo da escolha de determinado serviço ajudaria a compreender a escolha dos serviços utilizados.

Para os moradores de Embu-Guaçu, a utilização das UBS chegou a 67,4%, provavelmente por não ter hospitais e, em Juquitiba, o hospital foi o serviço de saúde mais procurado (56,7%). Neste município, o hospital municipal, por ser novo, deve ter gerado curiosidade na população para conhecê-lo, além da tendência da população em procurar esse tipo de serviço. Além disso, como o hospital está acoplado a um centro de saúde poder ter havido um viés, no qual os entrevistados utilizaram o serviço de atenção primária à saúde, porém se referiram a ele como hospital. A

utilização do hospital é de difícil análise, pois há duas formas de o usuário ser atendido nesse estabelecimento, pelo pronto-socorro ou pelo ambulatório.

Entre os residentes de Taboão da Serra e Cotia, houve grande procura por ambulatórios/clínicas e os moradores de Cotia também foram os que mais utilizaram os serviços conveniados a empresas. Não se pode atribuir esta tendência ao fato de o indivíduo ter direito ao convênio da empresa porque a frequência desse tipo de plano de saúde oscilou pouco entre os moradores dos diversos municípios da região estudada, com exceção de Juquitiba. Mesmo para os demais planos e seguros de saúde privados, apenas em Taboão da Serra havia maior número de pessoas com acesso a esse tipo de assistência à saúde.

Os prontos-socorros foram mais procurados pelos moradores do Embu e Itapequerica da Serra (cerca de 15,0%). Como é freqüente, principalmente nas áreas periféricas, as pessoas procurarem uma UBS e não encontrarem um médico, a população tende a procurar o pronto-socorro, pois sabe que ali deverá sempre haver um médico de plantão. Além disso, os prontos-socorros são estabelecimentos que tem atendimento contínuo nas 24 horas, diferentemente das UBS que têm expediente diurno e a consulta deve ser marcada previamente.

Geralmente, os casos atendidos nos prontos-socorros são agudos e, muitas vezes, de fácil resolução, embora se observe uma tradicional má utilização dos atendimentos de emergência. Em estudo realizado em 89 serviços de emergência para descrever a população que procura esses serviços, observou-se que cerca de metade das visitas requeriam cuidados não classificados como de emergência (MacLEAN et al. 1999).

O estudo de JUNQUEIRA e AUGÉ (1996), com usuários de unidades municipais de Guarulhos (SP), revelou que 64,0% da população tinha até o primeiro grau incompleto, caracterizava-se por ser de baixa renda e os serviços mais procurados também foram as UBS (30,5%), hospitais (26,0%) e Unidades de Pronto-atendimento (23,3%). Constataram que a população entrevistada tinha clara preferência pelos Prontos Atendimentos por serem atendidos no mesmo dia.

Neste inquérito, a distribuição de morbidade por tipo de serviço utilizado foi bastante heterogênea para todos os serviços, não tendo sido possível atribuir a

utilização dos serviços a determinadas afecções.

No estudo de STRATMANN (1975), para avaliar dentre os componentes relativos à conveniência, ao tempo, ao custo, à qualidade ou aos aspectos psicológicos, qual deles exercia papel de destaque na escolha do indivíduo pelo serviço de saúde, o autor observou que 40,0% das pessoas escolhiam a qualidade do serviço.

Este inquérito na região do ERSA-12 não permite tais conclusões, justamente porque o motivo da escolha não foi explorado.

4.1.2.4.2 Localização dos serviços

Os serviços utilizados para o atendimento localizaram-se principalmente no próprio município de residência (54,8%), e uma grande parte (35,5%) utilizou serviços na cidade de São Paulo. Verificou-se que quanto mais próximo o município da cidade de São Paulo, maior o número de pessoas que procuraram um atendimento na capital.

No estudo de SOUSA (1996), com uma população de perfil semelhante ao deste inquérito, realizado em Itacarambi (MG), também se observou que mesmo após a implantação de um modelo assistencial, segundo os princípios do SUS, 59,2% dos entrevistados já haviam procurado um serviço de saúde fora do município de residência. A mudança de modelo assistencial demanda tempo pela mudança de cultura de utilização dos serviços e, também, ações que estejam em coerência com as necessidades de saúde da população.

Este processo está atrelado à necessidade de a população reconhecer esses serviços como capazes de resolver seu problema de saúde e de oferecer um atendimento de qualidade. Mesmo assim, aqueles que possuem condições financeiras para pagar pelo atendimento ou um plano de saúde continuarão a utilizar os serviços de saúde conforme sua escolha.

Juquitiba, Embu-Guaçu e Cotia foram os municípios onde os moradores mais utilizaram os recursos do próprio local de moradia, respectivamente, 89,7% (216), 77,2% (158) e 70,6% (144) (Gráfico 4.4), provavelmente por serem os mais distantes da capital, com exceção de Cotia. Vale lembrar que, nesse município, havia um

serviço vinculado ao ensino, o que poderia sugerir maior preocupação com a qualidade do atendimento. A distância de São Paulo parece influir também na maior ou menor utilização dos recursos de saúde do próprio município.

Gráfico 4.4 - Distribuição dos indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo localização do serviço procurado e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

Os moradores do Embu foram os que mais utilizaram recursos externos ao seu município de residência no ERSA-12, principalmente os de Taboão da Serra e Cotia, quando comparados aos demais, o que poderia mostrar ser o mais deficitário em termos de disponibilidade para o atendimento das necessidades de saúde da população quantitativa e/ou qualitativamente. Embora também fizesse divisa com Itapequerica da Serra, nesta cidade, os moradores do Embu procuraram pelos serviços de saúde que atendiam convênios privados ou de empresa.

As populações de Taboão da Serra, Itapequerica da Serra e Embu foram aquelas que mais utilizaram os serviços de saúde do município de São Paulo. Na capital, os serviços mais procurados localizavam-se no ERSA-8 (38,2%), que compreendia os bairros de Santo Amaro, Capela do Socorro, Parelheiros; ERSA-1

(25,6%) que incluía Barra Funda, Santa Cecília, Santa Efigênia, Consolação, Cerqueira César, Jardim Paulista, Bela Vista, Liberdade, Aclimação, Vila Mariana, Cambuci, Sé, Brás, Bom Retiro, Pari, Moóca, Ibirapuera, Indianópolis e o ERSA-2 (24,7%), Lapa, Vila Madalena, Perdizes, Jardim América, Pinheiros. Essas regiões eram as mais próximas do local de estudo e as que apresentavam a maior oferta de serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

A Figura 4.1 dá idéia da movimentação dos entrevistados em busca de um serviço de saúde a partir do município de residência.

Por essa figura percebe-se que a população da maior parte dos municípios da região estudada seguiu a direção das rodovias e que, com exceção de Jujutiba, os moradores, quando utilizaram serviços do ERSA-12, fizeram-no em relação aos municípios vizinhos, provavelmente determinado pela facilidade de acesso ou pela qualidade de atendimento percebida pelo usuário.

Um grande número de entrevistados foi a pé (31,5%) ou de ônibus (40,4%) ao serviço de saúde, sendo que destes, 79,0% (332) tomaram apenas um ônibus. A condução própria foi usada por 21,2% (230) dos indivíduos. Por esses resultados pode-se inferir que a facilidade para chegar aos serviços de saúde também influenciou na escolha do serviço. No entanto, ao se verificar o meio utilizado pelos usuários segundo o tipo de serviço, observa-se que não houve influência na escolha e a frequência de cada meio de locomoção foi similar entre os diferentes serviços.

Embora não se saiba a respeito da proximidade da residência ao serviço de saúde, esse não parece ser o fator principal da escolha do serviço, pois há linhas intermunicipais frequentes para a Capital, além da presença de rodovias que cruzam alguns municípios da região e facilitam o acesso à cidade de São Paulo.

A ida ao serviço de saúde a pé ou com apenas um ônibus foi mais frequente entre aqueles que utilizaram os serviços do próprio município de residência ou da região do ERSA-12. Como os municípios mais vizinhos a São Paulo são cidades-dormitório, a população desses municípios que trabalha em São Paulo pode ter optado pelos serviços da Capital, justamente por serem próximos ao local de trabalho.

Figura 4.1- Movimentação dos moradores na busca de um serviço de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990

4.1.2.4.3 Forma de pagamento

A maioria dos atendimentos não foi paga (91,6%) e o número de pagamentos parcial ou integral pelo atendimento foi maior entre os entrevistados que utilizaram clínicas/ambulatórios. Os motivos apresentados para o não pagamento do atendimento foram em 67,2% (810) dos casos porque foram atendidos pelo SUS, 25,0% (180) pelo convênio da empresa, 0,6% (13) utilizaram o plano de saúde privado e, os demais (4,6%), outros tipos de planos/seguros de saúde. Em Juquitiba, em decorrência das atividades agrícolas desenvolvidas pelos entrevistados, encontrou-se a maior proporção de clientes utilizando os serviços dos SUS (95,1%) e, em Cotia e Taboão da Serra, a maior utilização de serviços conveniados a empresas, 31,8% e 25,5%, respectivamente. Segundo CESAR (1997), a maior cobertura do setor público correspondeu aos entrevistados com chefes de família com escolaridade até o curso ginásial, justamente o grupo mais freqüente dentre os entrevistados. Estes resultados caracterizam o grande contingente de pessoas que necessita dos serviços públicos para atender às suas necessidades de saúde.

4.1.2.5 Resolutividade do serviços de saúde

Segundo a OMS, um serviço que é porta de entrada do sistema de saúde deveria ser capaz de resolver pelo menos 80,0% dos problemas de saúde (TEIXEIRA 1990). Se considerarmos este “resolver” como a capacidade resolutiva qualitativa, os serviços utilizados pelos entrevistados parecem atingir a meta, embora nem todos fossem um serviço de atenção primária à saúde.

A maioria dos entrevistados que procurou um serviço de saúde foi atendida no próprio local da procura (93,5%). O valor encontrado corresponde à capacidade resolutiva qualitativa dos serviços utilizados pelos entrevistados. O número de encaminhamentos para especialistas ou outros serviços foi considerado pequeno (2,7%), assim como aqueles encaminhados para internação após a consulta (1,6%). O volume de encaminhamentos, neste inquérito, foi menor que o encontrado por outros autores como: SIMEÁNT (1983), na região metropolitana de Santiago (Chile), com 11,0% de encaminhamentos feitos, CAMPOS (1988), 3,9% em Janaúba e 6,9% em Bocaiúva (MG) e HALAL et al. (1994), 5,1% em Pelotas (RS).

A análise por município de residência mostrou que o número de encaminhamentos entre os moradores de Embu-Guaçu foi maior (5,5%) e o valor encontrado se aproxima daqueles observados por CAMPOS (1988) e HALAL et al. (1994). Entre os residentes de Cotia, o número de encaminhamentos foi o menor de todos (0,2%). Provavelmente, esses valores estiveram relacionados à infra-estrutura dos serviços de saúde de cada município. A diferença entre os dois municípios esteve focada no tipo de serviços utilizados pela população local. Os moradores de Cotia utilizaram menos UBS e mais hospitais e clínicas/ambulatórios, o que teria contribuído para a menor necessidade de encaminhamentos.

CESAR (1997), na análise dos dados por escolaridade do chefe de família, encontrou maior proporção de encaminhamentos para aqueles de baixa escolaridade, com uma variação entre 6,7% para os analfabetos e nenhum para os de nível universitário, o que indicaria diferentes graus de resolutividade dos diversos serviços de saúde utilizados.

Dos entrevistados, 2,2% (23) não foram atendidos e não havia perguntas no formulário utilizado no inquérito para aprofundar esta questão. Embora pequena, houve uma demanda reprimida nos serviços utilizados pela população, principalmente nas UBS. Devido a este resultado, considerou-se que a capacidade resolutiva quantitativa dos serviços utilizados pelos entrevistados foi de 97,8%.

SIMEÁNT (1983), ao estudar a capacidade resolutiva quantitativa nos serviços da área central metropolitana de Santiago (Chile), encontrou 100,0% de resolutividade. Já nos resultados obtidos nos serviços da área rural, em Lebu (Chile), a resolutividade foi de 88,0% (SIMEÁNT 1984), indicando uma falha na cobertura da população nessa área.

Pela tabela 4.3, observa-se que tanto a capacidade resolutiva quantitativa quanto a qualitativa diferem em função do tipo de serviço utilizado.

Tabela 4.3 - Distribuição de entrevistados que procuraram ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo o tipo de serviço utilizado e o atendimento no serviço, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

TIPO DE SERVIÇO	FOI ATENDIDO NESSE SERVIÇO									
	Não		Sim		Sim, com internação		sim/não, foi encaminhado		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
UBS	16	5,5	455	91,5	2	0,1	17	2,9	490	100,0
Hospital	6	0,8	290	92,3	23	5,6	9	1,3	328	100,0
Clínica / Ambulat.	1	0,0...	221	97,7	1	0,4	5	1,9	228	100,0
PS	-	-	86	90,5	1	0,4	7	9,2	94	100,0
Empresa	-	-	19	100,0	-	-	-	-	19	100,0
Outros	-	-	17	99,4	1	0,6	-	-	18	100,0
NS-NR	-	-	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0
Total	23	2,2	1090	93,5	28	1,6	38	2,7	1179	100,0

N = n° absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Embora o número de entrevistados que procuraram os serviços de saúde oferecidos pelas empresas tenha sido pequeno em relação aos demais serviços utilizados pela população da região, a resolutividade desse tipo de serviço foi de 100,0%. As clínicas e ambulatórios foram o segundo serviço mais resolutivo, resultado esperado pois, geralmente, quando as pessoas utilizam este tipo de serviço ou médicos particulares já estão se dirigindo a um especialista. A maior proporção de casos que necessitaram uma internação foi observada entre os moradores que utilizaram um hospital, supondo-se que aqueles que o procuraram tinham percepção da gravidade do problema de saúde.

A equipe do pronto-socorro foi aquela que mais encaminhou clientes, seja com ou sem atendimento. Para os não atendidos, o encaminhamento pode ter ocorrido pela falta de profissional médico para atendê-lo, enquanto que aqueles encaminhados após o atendimento poderiam requerer uma assistência tal que o serviço não tivesse infra-estrutura para oferecê-la. Ao profissional do pronto-socorro não cabe resolver os problemas de saúde não emergenciais mas, apenas, encaminhar a clientela após o primeiro atendimento.

O maior número de encaminhamentos foi feito para os hospitais (55,4%), em seguida para os ambulatorios/clínicas (20,1%), para as UBS (14,8%) e os prontos-socorros (9,7%) (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 - Distribuição de pessoas encaminhadas, segundo o tipo de serviço procurado pelo entrevistado e para qual foi encaminhado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

SERVIÇO DO	SERVIÇO PARA ONDE FOI ENCAMINHADO									
	UBS		Hospital		Clínica/ Ambulat.		Pronto - socorro		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
ATENDIMENTO										
UBS	2	5,2	12	91,7	-	-	1	3,1	15	100,0
Hospital	2	43,4	4	30,3	2	26,3	-	-	8	100,0
Clínica/Ambulat.	-	-	3	43,5	2	56,5	-	-	5	100,0
Pronto-socorro	1	29,5	4	40,9	-	-	1	29,5	6	100,0
NS-NR	-	-	1	32,1	1	67,9	-	-	2	100,0
Total	5	14,8	24	55,4	5	20,1	2	9,7	36	100,0

N = n° absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Esse perfil mostra que, apesar da procura de serviços pela população sem discriminação de complexidade do ponto de vista técnico do problema referido, há tentativa dos serviços de seguirem o modelo de hierarquização da assistência nos atendimentos feitos. Porém, nem sempre a percepção do indivíduo sobre o seu problema permite a compreensão desse modelo. Os moradores do Embu e Taboão da Serra foram os que mais utilizaram serviços que os encaminharam para UBS, 28,0% (2) e 20,0% (2), respectivamente.

Os tipos de serviços de saúde que mais encaminharam casos para os hospitais foram as UBS e as clínicas/ambulatorios, com mais de 90,0% dos casos que necessitaram de tal procedimento. Assim como ocorre na contra-referência, os hospitais também remeteram um considerável número de pessoas (43,4%) às UBS, mostrando que mesmo a população tendo procurado um hospital para resolver o seu problema, quando este foi considerado de baixa complexidade, o serviço orientou o paciente a procurar uma UBS. Os casos encaminhados para ambulatorios e clínicas

subentendem a necessidade de um especialista para resolver o problema, enquanto aqueles dirigidos aos hospitais e prontos-socorros sugerem uma maior urgência clínica ou incapacidade para avaliação no local de atendimento.

A procura de um serviço de maior complexidade para atender casos simples acaba alterando o perfil de atendimento a que se propuseram determinados serviços de saúde. LEMME et al. (1991) caracterizaram muito bem essa situação em seu estudo, em um hospital universitário (HUPE), no Rio de Janeiro. Segundo os autores, a demanda espontânea com patologias de pouca complexidade e a inexistência de mecanismos de contra-referência, com absorção inadequada de clientela, vêm transformando o perfil do referido hospital, gerando assim um racionamento na oferta de consultas iniciais, com insatisfação na porta de entrada, e cristalizando na população motivos para a não utilização da unidade.

Como a população da região do ERSA-12 utilizou tanto serviços públicos quanto privados e de diferentes graus de complexidade, não se conseguiu estabelecer um fluxo hierarquizado e regionalizado no sistema de saúde da região que mostrasse integração entre as unidades. Em poucas situações observou-se o encaminhamento de clientes de Postos de Saúde para Centros de Saúde em função da necessidade de especialista, como, por exemplo, oftalmologista. Esse dado parece coerente com o desenho modular organizacional dos serviços preconizado pelo SUS, em que é atribuído aos Centros de Saúde, o papel de apoio às unidades mais simples. Mesmo estudos que se propuseram a verificar a referência e contra-referência não encontram a integração proposta pelo SUS (ARAÚJO 1988).

Sabe-se que por ocasião do estudo não havia para os serviços da região um sistema de referência e contra-referência estabelecido.

Embora os hospitais orientem os pacientes a procurarem a UBS mais próxima da residência, na maioria das vezes, se desconhece a capacidade desses serviços em atender a demanda e, até mesmo, os casos para lá encaminhados.

A maioria dos clientes foi encaminhada para serviços localizados no município de São Paulo (72,1%), o que denota a dificuldade dos serviços locais em referir os clientes para serviços de maior complexidade na própria região, por ausência dos mesmos ou por falta de serviços conveniados com o SUS. Apenas 16,1% foram

encaminhados para outros serviços do próprio município e 11,3%, para serviços na própria região do ERSA 12.

ARAÚJO (1988), ao estudar a rede pública de serviços de saúde em parte do Estado da Bahia, em 1980, observou, também, encaminhamentos feitos para outros municípios. Segundo o autor, esses encaminhamentos realizados para unidades situadas em outros municípios, poderiam ser indicativos de baixa capacidade resolutive e distribuição inadequada dos serviços. Seria possível ainda, que os serviços pertencentes ao setor privado estivessem absorvendo essa demanda não atendida nas unidades da rede pública.

Analisando-se a morbidade referida dos casos encaminhados, verificou-se que a maioria pertencia às doenças dos aparelhos respiratório e digestivo (Tabela 4.5).

Tabela 4.5 - Distribuição de casos encaminhados, segundo o problema* referido e serviço procurado pelo entrevistado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PROBLEMAS DE SAÚDE ENCAMINHADOS												Total	
	Sist. Nerv e Órg. Sentidos		Apar. Circulat.		Apar. Respirat.		Ap. Digest.		Ap. Genitur.		Sist. Osteom.		Sinais e sintomas mal definidos	
	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**	N	%**
PROCURADO														
UBS	4	29,8	3	5,3	5	48,8	1	3,8	2	11,3	1	1,0	-	16 100,0
Hospital	-	-	1	20,9	2	17,6	1	20,9	-	-	-	-	4 40,6	8 100,0
Clinica/ ambulatório	-	-	-	-	2	60,7	1	14,8	-	-	-	-	1 24,5	4 100,0
Pronto - Socorro	-	-	2	6,6	1	2,3	3	53,9	-	-	1	25,4	1 11,8	8 100,0
Total	4	12,9	6	7,0	10	29,2	6	25,2	2	4,9	2	9,8	6 11,0	36 100,0

N = nº absoluto na amostra não ponderada

* Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão

** percentagem na amostra ponderada

As principais afecções encaminhadas foram diferentes entre os tipos de serviços utilizados. Não se sabe dizer se havia incapacidade desses serviços em atender tais casos ou se houve maior afluxo de pessoas com essas afecções para tais serviços.

A UBS foi o único serviço que encaminhou casos de afecções relativas ao sistema nervoso e órgãos dos sentidos, além do maior número de doenças respiratórias. As clínicas/ambulatórios também referiram elevada proporção de indivíduos com afecções respiratórias.

Verificou-se que os clientes que procuraram um hospital e, posteriormente, encaminhados, foram os que mais referiram afecções classificadas como sinais e sintomas mal definidos. Não há referências, neste inquérito, sobre o motivo da referência desses pacientes, se por necessidade de procedimento mais complexo, falta de equipamentos ou investigação diagnóstica.

4.1.2.5.1 Prescrição de medicamentos

A maioria dos clientes entrevistados teve medicamentos prescritos em decorrência do atendimento recebido (85,7%) e este resultado está de acordo com outros estudos que revelam elevado índice de prescrição de medicamentos resultantes da consulta médica, geralmente acima de 75,0% (CAMPOS 1988, MADUREIRA et al. 1989; TANAKA e ROSENBERG 1990; SOUSA 1996; LEYVA-FLORES et al. 1998). A maior proximidade de valores se observou em relação ao estudo de CAMPOS (1988), onde aproximadamente 85,0% das consultas médicas em Janaúba e Bocaiúva (MG) resultaram em prescrição de medicamentos. Já no estudo de HALAL et al. (1994), em serviços de atenção primária à saúde, em Pelotas (RS), apenas 55,7% das consultas resultaram em prescrição de medicamentos.

Estas diferenças devem estar relacionadas ao tipo de problemas de saúde apresentados pela população do referido e às condutas terapêuticas.

Segundo MADUREIRA et al. (1989), o índice de prescrição de medicamentos é um bom indicador para avaliar a prática médica e a qualidade do serviço de saúde. Para esses autores, a diminuição na prescrição de medicamentos refletiria maior utilização de orientações sobre a própria patologia, orientações nutricionais, fisioterapia, com melhor vínculo do paciente ao serviço.

Poucos obtiveram o medicamento gratuito (29,1%), muitos os compraram (62,9%) e alguns não os conseguiram (3,9%). Tendo em vista que a população era basicamente constituída de proletários, o baixo fornecimento de medicação pelos

serviços utilizados poderia interferir na solução do problema. Conquanto, as UBS sejam programadas para fornecer a medicação ao cliente, os outros serviços, também utilizados pelo grupo estudado, não oferecem a medicação gratuitamente aos usuários, a não ser que disponham de amostras grátis cedidas pelos laboratórios farmacêuticos.

A obtenção dos medicamentos gratuitamente nos serviços de saúde, descrita nos diferentes estudos, reflete a sua organização e os recursos disponíveis para fornecê-los à população. Por essa razão, os resultados encontrados podem ser muito diferentes. CAMPOS (1988) encontrou duas realidades distintas: em Janaúba, 5,4% obtiveram os medicamentos no serviço utilizado e 71,6% compraram todos os medicamentos, enquanto, em Bocaiúva, 24,0% obtiveram os medicamentos prescritos e apenas 15,% tiveram de comprar todos os medicamentos. SOUSA (1996), em Itacarambi (MG), observou que 40,0% dos clientes obtiveram todos os remédios prescritos. E, no estudo de LEMME et al. (1991), embora a prescrição de medicamentos tenha sido menor a deste inquérito, 34,0% receberam a medicação do hospital. Os autores também acreditam que este tipo de situação traz implicações na qualidade e resolutividade do atendimento, no que diz respeito à oferta de medicamentos à clientela atendida que, por sua condição sócio-econômica, pode não ter como arcar com os custos de compra. Ainda segundo os autores, a longo prazo, o não fornecimento de medicamentos pode provocar insatisfação tardia, o que levará o paciente a considerar o seu problema não resolvido e o incentivará a procurar outra unidade.

A partir do momento em que o sistema de saúde não é constituído apenas de serviços públicos, o ideal seria que a população tivesse uma renda que lhe possibilitasse comprar os medicamentos.

Outra forma de obtenção de medicamentos seria por meio dos planos ou seguros de saúde, porém esta informação não foi obtida pelo formulário do inquérito. LEYVA-FLORES et al. (1998) na *Encuesta Nacional de Salud en Mexico – II* (1994) observaram que menos da metade dos usuários com seguro público de assistência obtiveram o medicamento gratuito, inversamente àqueles com algum seguro social não público nos quais a maioria obteve os medicamentos sem

pagamento direto.

Algumas empresas de planos de saúde mantêm parcerias com determinadas farmácias que oferecem descontos na compra de medicamentos aos seus conveniados.

4.1.2.5.2 Tratamento seqüencial dos problemas de saúde

Pelo número de pessoas que receberam prescrição de medicação e pelos poucos tratamentos seqüenciais referidos pela população, concluiu-se que a terapêutica esteve pautada na utilização de fármacos. Em 21,0% (39) dos casos atendidos, foi indicado tratamento seqüencial, ou seja, tratamentos complementares à terapêutica medicamentosa e que incluíram basicamente fisioterapia (54,5%), inalação (22,1%) e outros (23,4%). Considerando-se que mais de 35,0% das afecções referidas eram doenças do aparelho respiratório, principalmente pneumonias e gripes, parece que houve pouca indicação de tratamento seqüencial. Foi prescrita inalação a 1,4% (9) das pneumonias referidas e este procedimento só foi indicado nas UBS.

A fisioterapia foi indicada a 23,0% (12) dos entrevistados que referiram dorsopatias ou reumatismos e os serviços em que foi prescrito este tipo de tratamento eram todos clínicas/ambulatórios. Pelo exposto, embora esses problemas tenham sido a quarta afecção mais referida, os serviços públicos locais não tiveram como atender à demanda desse tipo de tratamento. Como muitos desses problemas decorrem, geralmente, da postura física adotada pela pessoa na atividade que desenvolve e do estresse da vida quotidiana, a fisioterapia e outras terapias complementares seriam de grande valia para o alívio dessa sintomatologia e reduziriam a prescrição de sintomáticos, além de favorecerem a solução do problema e melhorarem a qualidade de vida do indivíduo.

O tratamento caseiro também foi pouco prescrito, ou seja, para menos de 0,1% dos entrevistados. A orientação sobre a inalação caseira para as mães das crianças com afecções respiratórias é prática comum entre os profissionais de saúde que, no entanto, apesar da simplicidade não foi mencionada pelos entrevistados. As orientações sobre dietas também não foram citadas, embora se saiba que são abordagens importantes, principalmente, nos casos de problemas relacionados ao aparelho digestivo e circulatório.

Quanto ao local onde esses tratamentos foram realizados, 57,4% (22) o foram no próprio serviço do atendimento, 22,5% (7), em outro local e 20,1% (3) não foram realizados. Além disso, os serviços localizaram-se fora da área de estudo, com exceção de um. O tratamento foi pago por 14,8% (4) dos clientes e, dentre os entrevistados que não pagaram pelo tratamento, 43,4% (8) tinham convênio da empresa e 55,9% (16) foram atendidos pelo SUS. Esses resultados sugerem que os profissionais dos serviços locais não prescrevem tratamentos sequenciais porque não têm o hábito de fazê-lo ou não há no estabelecimento infra-estrutura para oferecê-los à população atendida ou mesmo por falta de um serviço para onde encaminhá-los. Como outras orientações também não foram mencionadas, supõe-se que as atividades de promoção à saúde e controle das doenças foram pouco desenvolvidas nesses locais, mesmo com a referência de doenças infecciosas, do aparelho circulatório e digestivo entre os entrevistados.

4.1.2.5.3 Realização de exames complementares

Para complementar a avaliação clínica, foram solicitados exames a 25,1% (281) dos entrevistados. Este número foi baixo se comparado aos resultados obtidos por CAMPOS (1988), em Janaúba (35,0%) e Bocaiúva, MG, (34,0%) e por MADUREIRA et al. (1989), num Centro de Saúde Escola, em Paulínia, SP, (54,0%), embora se desconheça os problemas de saúde desses grupos. No entanto, o resultado obtido neste inquérito foi superior ao encontrado por HALAL et al. (1994), em Pelotas, RS, (19,4%), cuja diferença poderia relacionar-se ao fato de estes autores terem estudado somente serviços de assistência primária à saúde. As características demográficas da clientela atendida e a estrutura organizacional dos estabelecimentos de saúde também poderiam justificar as diferenças encontradas.

Para MADUREIRA et al. (1989), o uso da solicitação de exames para subsidiar a prática clínica está diretamente ligado ao acesso que o serviço de saúde tem para a realização deles e inversamente relacionado ao nível de qualidade do profissional envolvido com essa prática.

A análise desses mesmos dados feita por CESAR (1997), segundo a faixa etária, mostrou que a solicitação de exames aumentava conforme a idade do cliente,

chegando a 34,5% dos indivíduos atendidos com 50 e mais anos de idade.

O número total de exames realizados foi de 430 distribuídos da seguinte maneira: 28,3% de sangue, 20,9% de fezes, 18,7% de urina, 15,4% de radiografias, 5,0% de eletrocardiogramas e 11,7% de outros tipos de exames, sendo que estes incluíram alguns procedimentos como biópsias e broncoscopias. A média de exames por pessoa foi de 1,5, sendo que 65,8% realizaram somente um exame, 20,3%, dois, 10,7%, três, 1,4%, quatro e 1,8%, cinco exames. Pelo tipo de exames solicitados, os problemas de saúde poderiam ser considerados simples ou, então, os outros exames eram necessários, porém difíceis de serem obtidos.

As radiografias pedidas em relação ao número de problemas respiratórios referidos, dentre eles os casos de pneumonia, pareceu baixo e foram solicitadas a 6,2% (23) dos entrevistados que referiram doença do aparelho respiratório. Os eletrocardiogramas foram pedidos a 5,7% (9) das pessoas que referiram afecções do aparelho circulatório e a 3,3% (7) dos que mencionaram sinal ou sintoma mal definido relacionado a esses problemas.

Exames mais específicos foram pouco mencionados, apesar de alguns entrevistados referirem ter doença crônico-degenerativa. A não solicitação de exames que envolvem elevada tecnologia deve estar relacionada à falta de um serviço público de referência que pudesse atender à demanda e ao poder aquisitivo dos usuários. Poucos entrevistados tinham convênio de saúde privado e, além disso, exames sofisticados não eram frequentemente cobertos por essas empresas.

As endoscopias representaram 1,4% dos exames pedidos, apesar de as doenças do aparelho digestivo terem sido a terceira mais mencionada. Elas foram pedidas para 4,2% (2) das pessoas que referiram afecção do sistema digestivo e a 1,0% (2) dos que informaram sinal ou sintoma mal definido relacionado a esse sistema.

A frequência de solicitação de exames por tipo de serviço foi diretamente proporcional à sua. (Tabela 4.6).

Tabela 4.6 - Distribuição de exames solicitados, segundo o serviço de saúde procurado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

TIPO DE EXAMES	TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE PROCURADO															
	UBS		Hospital		Clínica / ambulat.		Pronto - Socorro		Amb. empresa		Outros		NS - NR		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Sangue	57	39,3	38	23,5	22	25,0	3	2,0	-	-	7	10,4	-	-	127	100,0
Fezes	40	40,2	16	21,2	13	26,9	6	6,7	-	-	3	5,0	-	-	78	100,0
Urina	32	30,2	21	26,2	18	34,5	4	5,4	1	0,6	3	2,1	1	1,0	80	100,0
Raios-X	9	20,1	22	38,1	9	20,0	4	10,3	-	-	6	11,5	-	-	50	100,0
Ultrassom	4	32,7	4	11,7	3	55,6	-	-	-	-	-	-	-	-	11	100,0
Outros DI	2	11,0	1	89,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0
ECG	14	51,8	7	41,7	3	4,6	1	1,9	-	-	-	-	-	-	25	100,0
Endoscopia	-	-	1	2,4	3	54,0	-	-	-	-	1	43,6	-	-	5	100,0
Papanicolau	1	1,7	-	-	5	86,8	-	-	1	11,5	-	-	-	-	7	100,0
PPD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
Outros	5	10,0	6	74,2	3	8,4	-	-	-	-	3	7,4	-	-	17	100,0
NS-NR	-	-	10	69,6	-	-	-	-	-	-	-	-	5	30,4	15	100,0
Total	164	31,8	126	28,6	79	26,9	18	4,6	2	0,4	24	7,3	6	0,4	419	100,0

N = nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Verificou-se que alguns exames foram mais solicitados quando o atendimento foi realizado em clínicas/ambulatórios, como por exemplo a ultra-sonografia, a endoscopia e o exame de Papanicolau. Pouquíssimas foram as UBS que solicitaram exame de Papanicolau, apesar de fazer parte do programa de prevenção de câncer ginecológico. Paradoxalmente, verificou-se que outros exames de diagnóstico por imagem mais sofisticados e, geralmente, solicitados por médicos especialistas, como urografia excretora e mapeamento ósseo, foram pedidos em atendimentos feitos em UBS, tentando-se resolver problemas de maior complexidade num serviço de atenção básica à saúde, ao invés de se encaminhar o usuário a um especialista. Situações como esta ocorrem porque, muitas vezes, o médico contratado para um serviço de atenção primária é um especialista que assume o atendimento no local, quando os casos atendidos têm afinidade com sua especialidade, ao invés de encaminhar o paciente, desvirtuando a orientação do serviço.

Os exames foram realizados, principalmente, no próprio município de residência (42,6%) e em São Paulo (48,6%). Os moradores de Juititaba e Embu-Guaçu realizaram os exames, principalmente, no próprio município de residência, 71,6% e 61,8%, respectivamente, justamente onde mais utilizaram os serviços para as consultas. Entre os residentes do Embu, cerca de metade dos exames foi realizada no próprio município ou em serviços da região do ERSA-12, com cerca de 25,0% cada.

Os principais tipos de serviços utilizados para a realização dos exames foram as UBS (38,1%), os hospitais (29,7%), as clínicas/ambulatórios (26,0%) e os laboratórios (8,9%). A utilização da UBS para a realização dos exames foi maior em Embu-Guaçu (59,9%) e Juititaba (43,7%) por serem o tipo de serviço utilizado pelos entrevistados para resolverem os problemas de saúde.

Seguindo o mesmo perfil das consultas médicas, a maioria das pessoas também não pagou pelos exames (83,8%) e os principais motivos apresentados foram utilização de serviços do SUS (56,2%) e conveniados com a empresa (35,8%).

4.1.2.5.4 Solução dos problemas de saúde segundo a percepção do entrevistado

Entre os entrevistados, observou-se que 44,5% (527) deles tiveram a afecção resolvida e 35,5% (544) ainda estavam em tratamento. Apenas 1,2% (15) das pessoas foram encaminhadas a um especialista e 12,3% (213) não tiveram seu problema resolvido (Tabela 4.7).

Tabela 4.7 - Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo a resolução do problema e o município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS													
	Sim		Em tratamento		Sim, parcial/e		Não. foi encaminhado		Não		NS-NR		Total	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Taboão da Serra	61	50,0	57	36,3	11	6,1	3	2,3	11	5,3	-	-	143	100,0
Embu	70	35,6	104	40,6	17	7,0	3	0,9	35	13,9	4	2,0	233	100,0
Itapeccerica da Serra	100	48,8	92	31,4	3	1,7	1	0,8	41	16,4	2	0,9	239	100,0
Embu-Guaçu	71	39,1	92	40,0	18	6,3	3	0,6	34	13,8	2	0,2	220	100,0
Juquitiba	110	38,6	106	33,1	32	9,5	2	0,6	51	17,7	2	0,5	303	100,0
Cotia	115	47,9	93	31,5	18	6,0	3	0,8	41	13,8	-	-	270	100,0
Total	527	44,5	544	35,5	99	5,8	15	1,2	213	12,3	10	0,7	1408	100,0

N = n° absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Esperar-se-ia que o número de casos não resolvidos, porém encaminhados, fosse superior ao número de casos não solucionados. Mesmo assim, a não solução de problemas referidos neste inquérito foi menor do que a observada na *Encuesta Nacional de Salud II* do México, em 1994, onde 20,7% dos entrevistados disseram que não tiveram seu problema resolvido (RÁMIREZ-SÁNCHEZ et al. 1998).

A solução de problemas referida pela população de Itacarambi (MG), no estudo de SOUSA (1996), foi de 68,7%, bem maior do que a encontrada neste estudo (44,5%). No entanto, o levantamento de Sousa abrangeu os episódios mórbidos ocorridos até dois anos antes da entrevista e, portanto, seria de esperar pelo tempo decorrido maior número de casos solucionados e menor número de pessoas em tratamento.

Por outro lado, os resultados do inquérito do ERSA-12 mostram maior solução de problemas com relação aos achados de CAMPOS (1988), que encontrou, em Bocaiúva e em Janaúba (MG), solução de problemas em torno de 33,0%. A proporção de entrevistados em tratamento foi muito próxima, em ambos os estudos. No entanto, a frequência de usuários que continuava com o problema foi maior em

Janaúba e em Bocaiúva: cerca de 25,0%. Outro aspecto a lembrar é que muitos dos moradores do ERSA-12 procuraram serviços do município de São Paulo, que conta com uma infra-estrutura muito melhor que a da região de estudo, enquanto, no estudo de Campos, a maioria utilizou serviços do próprio município.

Os dados de TANAKA e ROSENBERG (1990), obtidos em dois serviços de saúde de assistência integrada, na zona oeste do município de São Paulo, também revelaram elevada proporção da clientela que referiu melhora do problema de saúde (75,0%) e a maioria atribuiu o fato à medicação recebida. A melhora do problema não significa necessariamente que tenha sido resolvido e talvez pudesse ser comparada à somatória dos problemas resolvidos e parcialmente resolvidos do inquérito do ERSA-12. Mesmo assim, o valor chegaria somente a 50,0% de casos solucionados ou melhorados.

Somando-se o número de pessoas que tiveram seu problema parcialmente ou não resolvido tem-se que 16,5% da população não encontrou solução definitiva para o seu problema. Esse grupo deveria merecer mais atenção pelo risco de serem portadores de doenças crônico-degenerativas, além de estarem mais sujeitos a complicações e internações hospitalares.

Os casos não resolvidos poderiam ser aqueles que necessitavam de encaminhamentos a especialistas. No entanto, outros fatores poderiam estar envolvidos como falta de competência profissional no diagnóstico e/ou tratamento, ou não aderência do cliente ao tratamento e orientações oferecidas para a cura ou controle da doença. A aderência está relacionada a fatores inerentes ao paciente ou até mesmo sócio-econômicos e culturais. Além disso, foi constatado que, apesar de a maioria da população ter pouca escolaridade e pertencer à classe do proletariado típico e não típico, poucos foram aqueles que obtiveram a medicação gratuita nos serviços utilizados.

Pela tabela anterior, também observa-se que a menor proporção de casos resolvidos foi encontrada entre os moradores de Itapecerica da Serra, justamente onde havia o maior número de pessoas ainda em tratamento.

A maior parte dos encaminhamentos ocorreu entre os moradores de Taboão da Serra (2,3%) e a menor, entre moradores de Juquitiba e Embu-Guaçu (0,6%). Tal

diferença poderia ser atribuída ao fato de Taboão da Serra estar mais próximo dos serviços de saúde da capital e, assim, ser possível encaminhar o paciente para São Paulo.

Observou-se que a solução dos problemas de saúde de moradores que procuraram recursos no próprio município de residência foi de 41,1% (247), um pouco menor do que os que procuraram um serviço em outra cidade da região do ERSA-12 e maior dos que vieram em busca de solução nos estabelecimentos da capital (Tabela 4.8).

Tabela 4.8 - Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo a resolução do problema e a localização do serviço de saúde utilizado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO	RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS													
	Sim		Em tratamento		Sim, parcial/e		Não, foi encaminhado		Não		NS-NR		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Próprio município	247	41,1	300	39,8	54	7,8	9	2,0	100	9,1	5	0,2	720	100,0
ERSA-12	40	49,6	31	28,1	4	4,6	-	-	16	17,7	-	-	91	100,0
São Paulo	91	36,8	135	46,8	12	4,0	5	1,2	39	10,8	1	0,4	283	100,0
Outros locais	11	47,1	11	43,5	3	4,0	1	1,6	2	2,2	1	1,6	29	100,0
Total	389	40,9	477	40,8	78	6,0	15	1,5	157	10,5	7	0,3	1123	100,0

N = nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Como a proporção de entrevistados que referiu ainda estar em tratamento foi maior entre aqueles que buscaram um serviço fora da região de estudo, é possível que possuíssem afecção que já sabiam que não poderia ser solucionada nos serviços de sua cidade. O mesmo raciocínio se aplica ao maior número de casos não resolvidos entre aqueles que procuraram um serviço de saúde em outras cidades. Conseqüentemente, o menor número de casos não resolvidos foi observado no próprio município de residência.

No entanto, como a entrevista abordou os problemas de saúde dos quinze dias anteriores pode não ter havido tempo para que os sinais e sintomas desaparecessem, independente do tipo de afecção e sua complexidade.

Se o sistema de saúde nos municípios fosse bem estruturado, é possível que a clientela se sentisse mais confiante em procurar os serviços locais para que fosse posteriormente encaminhada a instituições que tivessem os recursos necessários para solucionar os problemas de saúde mais complexos.

Segundo as informações dos entrevistados, os serviços de saúde que menos solucionaram problemas de saúde foram os hospitais e prontos-socorros com mais de 10,0% de casos não solucionados (Tabela 4.9). Por outro lado, evidencia-se maior índice de solução de problemas, juntamente com os serviços básicos de saúde.

Tabela 4.9 - Distribuição de indivíduos que procuraram ajuda, dentre aqueles que referiram problema de saúde, segundo a resolução do problema e o tipo de serviço de saúde procurado, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS														
TIPO DE	Sim		Em tratamento		Sim, parcial/e		Não, foi encaminhado		Não		NS-NR		Total	
SERVIÇO	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
UBS	168	43,1	198	41,0	33	5,2	6	1,1	63	9,6	1	0,0	469	100,0
Hospital	98	44,1	120	39,9	22	2,2	4	2,0	49	11,1	3	0,6	296	100,0
Clínica / Ambulatório	73	34,7	108	46,0	15	9,2	3	0,5	25	9,3	2	0,3	226	100,0
Pronto – Socorro	36	43,0	35	30,5	5	10,7	-	-	13	15,4	1	0,4	90	100,0
Empresa	6	40,3	7	38,5	2	9,5	1	5,3	2	6,4	-	-	18	100,0
Outros	8	36,5	9	46,1	1	0,6	-	-	5	16,8	-	-	23	100,0
NS-NR	1	14,6	-	-	-	-	1	85,4	-	-	-	-	2	100,0
Total	390	40,9	477	40,8	78	6,0	15	1,5	157	10,5	7	0,3	1124	100,0

N = n° absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

O estudo de LEMME et al. (1991) revela que 45,0% dos entrevistados que procuraram o hospital consideraram seu problema resolvido. Esse valor foi muito próximo àquele referido pelas pessoas deste inquérito que utilizaram o hospital para resolver seu problema de saúde.

Um dado importante na análise da solução do problema é saber se os entrevistados que tiveram medicamentos prescritos, os tomaram. No entanto, esta

informação não foi coletada, bem como o motivo atribuído à solução do problema. Outros estudos, porém, abordaram esta questão. No estudo de HALAL et al. (1994), em Pelotas (RS), 86,3% dos indivíduos que tomaram a medicação tiveram seu problema resolvido ou melhorado, enquanto apenas 37,5% daqueles que não tomaram os medicamentos obtiveram melhora do problema. Em Janaúba (MG), a população atribuiu a solução do problema à cura espontânea (24,2%), ter sido bem atendido (17,5%) e ter seguido a prescrição médica (13,3%) (CAMPOS 1988). Já em Bocaiúva (MG), a solução do problema mostrou sequência diferente de motivos, prescrição de medicamentos (28,9%), cura espontânea (15,2%) e ter sido bem atendido (8,5%). Em ambas as cidades, a menção da qualificação do profissional como justificativa para a não solução do problema foi inferior a 4,0%. Quando a pergunta foi invertida, ou seja, porque o problema de saúde não foi resolvido, identificaram-se as seguintes razões: ainda estar em tratamento, não ter sido bem atendido e a falta de solução para o problema de saúde (CAMPOS 1988). No estudo de SOUSA (1996), em Itacarambi (MG), os principais motivos citados para a não solução do problema de saúde foram a falta de medicamentos (19,9%), estar ainda em tratamento (11,0%) e a falta de equipamentos hospitalares (9,1%).

Neste inquérito, no ERSA-12, não se pode afirmar que aqueles que disseram ainda estar em tratamento perceberiam este fato como a não solução do problema. Entretanto, mais de 30,0% dos indivíduos ainda estavam em tratamento por ocasião da entrevista. Como menos de um terço das pessoas obteve os medicamentos gratuitos, houve baixa solicitação de exames complementares e prescrição de tratamentos sequenciais, poder-se-ia inferir que aspectos relacionados à infraestrutura dos serviços e à qualificação dos recursos humanos estariam envolvidos com a não solução dos problemas de saúde da população. Há também uma parcela de motivos atribuída a fatores inerentes ao indivíduo, como sua percepção da doença e a co-participação no tratamento.

O maior número de casos não resolvidos era de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, basicamente outros transtornos do dorso e não especificados e outros transtornos dos tecidos moles (Tabela 4.10).

Tabela 4.10- Frequência absoluta na amostra não ponderada e frequência relativa na amostra ponderada de indivíduos que procuram ajuda para resolver o problema de saúde, dentre os que referiram morbidade, segundo a resolução do problema e a afecção referida, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

AFECÇÃO REFERIDA*	RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS													
	Sim		Em tratamento		Sim, parcial/e		Não, foi encaminhado		Não		NS-NR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1- D. Infecciosas e Parasitárias	45	62,2	22	22,6	5	5,5	-	-	5	7,2	1	2,6	78	100,0
2- Neoplasmas	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
3 – D. Glândulas Endócrinas, Nutrição e Metabolismo e Transtornos Imunitários	2	38,9	4	38,2	1	7,9	-	-	3	15,0	-	-	10	100,0
4– D. Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	3	36,4	3	59,2	-	-	-	-	1	4,4	-	-	7	100,0
6– D. Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos	25	29,9	28	48,2	2	1,4	1	0,8	10	19,7	-	-	66	100,0
7– D. Aparelho Circulatório	22	25,2	61	58,7	9	2,6	1	0,3	16	11,5	1	1,7	110	100,0
8– D. Aparelho Respiratório	218	50,6	169	31,3	43	8,3	1	0,6	51	8,2	5	1,0	487	100,0
9– D. Aparelho Digestivo	29	38,9	33	35,3	3	4,9	3	3,7	19	17,2	-	-	87	100,0
10– D. Aparelho Geniturinário	21	33,1	31	53,0	2	0,4	-	-	16	13,5	-	-	70	100,0
11 – Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
12– D. Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	14	33,5	13	48,4	2	2,5	-	-	8	13,5	-	-	37	100,0
13– D. Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	15	16,3	48	35,7	12	13,3	2	2,9	34	31,2	2	0,6	113	100,0
15– Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
16– Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	119	50,0	118	2,3	18	2,8	4	1,7	46	13,0	1	0,2	306	100,0
17– Lesões e Envenenamentos	13	62,2	14	26,4	1	5,7	2	1,9	4	3,8	-	-	34	100,0
Total	527	44,6	544	35,5	99	5,8	15	1,1	213	12,3	10	0,7	1408	100,0

* Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão

O segundo grupo de doenças menos resolvidas pertencia ao sistema nervoso e aos órgãos dos sentidos, principalmente afecções do olho e ouvido que necessitavam de um especialista. O terceiro grupo, também com mais de 15,0% dos casos não resolvidos, foi o das doenças do aparelho digestivo, prioritariamente outras doenças e afecções dos dentes e de suas estruturas de sustentação e transtornos da função gástrica. São escassos os serviços de saúde que oferecem atendimento odontológico gratuito à população e isso não se restringe à região do estudo. Além disso, os transtornos da função gástrica requerem, muitas vezes, uma endoscopia para melhor avaliação do caso e neste inquérito este exame foi pouco solicitado.

A maior frequência de casos resolvidos, por ocasião da entrevista, era de doença infecciosas e parasitárias, provavelmente porque são, geralmente, de fácil diagnóstico e o tratamento é simples. Além disto, 90,0% dos casos atendidos eram de doenças infecciosas intestinais, que comumente são afecções agudas que melhoram com a medicação prescrita e orientações de higiene e saneamento.

A resolução do problema também foi descrita, segundo as variáveis sócio-demográficas (Tabela 4.11).

Os moradores de Taboão da Serra, Itapecerica e Cotia foram aqueles que mais tiveram seu problema de saúde resolvido, 54,8%, 48,8% e 38,6%, respectivamente. Este resultado possivelmente se relaciona ao tipo de serviço utilizado, qualidade do serviço e, também, aos problemas de saúde apresentados pelas pessoas.

Para as pessoas cujos chefes de família tinham maior escolaridade, ou seja, com grau colegial e universitário, observou-se maior porcentagem de problemas resolvidos e entre os analfabetos maior frequência de casos não resolvidos. Ao se considerar a classe social do chefe de família não se verificou essa diferença nos extremos da classe para a resolução de problemas. Desta forma, não se pode inferir que os de maior escolaridade tinham maior renda familiar e, portanto, o acesso facilitado a melhores serviços. Pressupõe-se que a escolaridade esteja relacionada à devida compreensão das orientações médicas recebidas e à melhor forma de expressão dos sinais e sintomas durante as consultas.

Tabela 4.11 - Distribuição da população que procurou ajuda para resolver seu problema de saúde, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a resolução do problema e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	RESOLUÇÃO DO PROBLEMA										TOTAL	
	Sim		Em tratamento		Sim, parcial/e		Não, foi encaminhado		Não		NS-NR	
	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência												
Taboão da Serra	61	(54,8)	57	(36,3)	11	(6,1)	3	(2,3)	11	(0,5)	-	143 100,0
Embu	70	(35,6)	104	(40,6)	17	(7,0)	3	(0,9)	35	(13,9)	4	233 100,0
Itapeccerica da Serra	100	(48,8)	92	(31,4)	3	(1,7)	1	(0,8)	41	(16,5)	2	239 100,0
Embu-Guaçu	71	(39,0)	92	(40,0)	18	(6,3)	3	(0,6)	34	(13,8)	2	220 100,0
Juquitiba	110	(38,6)	106	(33,1)	32	(9,5)	2	(0,6)	51	(17,7)	2	303 100,0
Cotia	115	(47,9)	93	(31,6)	18	(6,0)	3	(0,8)	41	(13,7)	-	270 100,0
Escolaridade												
Analfabeto	50	(46,7)	53	(19,7)	13	(13,0)	-	-	25	(20,2)	2	143 100,0
Primário	261	(44,4)	297	(35,1)	47	(4,1)	12	(1,9)	127	(13,5)	7	751 100,0
Ginasial	123	(42,7)	118	(39,1)	23	(6,3)	2	(0,9)	38	(10,6)	1	305 100,0
Colegial / técnico	49	(54,1)	37	(30,6)	11	(6,0)	-	-	10	(9,3)	-	107 100,0
Universitário	26	(60,9)	8	(19,3)	5	(17,0)	1	(0,8)	3	(2,0)	-	43 100,0
Faixa Etária												
1 dia a 9 anos	226	(51,4)	179	(33,4)	32	(4,6)	1	(0,6)	59	(8,5)	4	501 100,0
10 a 29 anos	141	(48,9)	92	(32,4)	15	(7,2)	2	(0,4)	39	(11,1)	-	289 100,0
30 a 49 anos	73	(37,3)	80	(37,8)	17	(4,8)	4	(2,7)	43	(17,1)	1	218 100,0
50 a 69 anos	67	(22,0)	160	(49,1)	27	(7,9)	8	(2,5)	57	(17,9)	3	322 100,0
70 a 99 anos	20	(30,1)	33	(40,8)	8	(8,0)	-	-	15	(19,2)	2	78 100,0
Sexo												
Masculino	254	(47,6)	233	(34,3)	44	(6,0)	7	(1,0)	81	(10,3)	3	622 100,0
Feminino	273	(42,1)	311	(36,5)	55	(5,7)	8	(1,3)	132	(13,9)	7	786 100,0
Classe Social												
SP	46	(49,1)	54	(35,4)	7	(4,3)	3	(0,4)	20	(10,5)	1	131 100,0
PT	172	(47,7)	135	(24,7)	30	(5,5)	2	(0,6)	78	(19,8)	4	421 100,0
PNT	150	(39,1)	210	(42,9)	32	(5,0)	7	(2,5)	71	(10,2)	2	472 100,0
NPB	30	(63,3)	7	(16,8)	4	(16,8)	1	(0,8)	4	(2,3)	-	46 100,0
PBT	92	(54,0)	69	(29,3)	21	(6,8)	2	(0,4)	23	(9,5)	1	208 100,0
B	4	(54,8)	4	(42,7)	1	(2,5)	-	-	-	-	-	9 100,0
Condição no mercado de trabalho												
PEA	429	(45,9)	408	(33,2)	81	(6,2)	11	(1,2)	164	(12,7)	8	1101 100,0
NPEA	78	(43,6)	105	(36,8)	18	(6,5)	4	(1,8)	40	(11,0)	2	247 100,0
Tipo de Assistência Médica												
Convênio da empresa	114	(44,1)	121	(36,5)	23	(9,2)	5	(1,5)	38	(8,7)	-	301 100,0
Plano saúde privado	23	(45,8)	27	(48,2)	3	(1,0)	-	-	3	(5,0)	-	56 100,0
Outros convênios	11	(53,6)	14	(27,9)	3	(2,8)	1	(9,4)	3	(6,3)	-	32 100,0
SUS	365	(45,5)	355	(32,5)	69	(5,3)	9	(0,8)	161	(14,8)	8	967 100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

A frequência de solução dos casos, segundo o sexo, foi semelhante para ambos, assim como em relação à condição do chefe de família no mercado de trabalho.

Em relação à faixa etária, observou-se maior solução de problemas de saúde, entre os entrevistados com idade inferior a 29 anos. A explicação poderia residir no fato de as afecções que, geralmente, acometem as crianças e os adultos jovens, serem agudas e de mais fácil resolução, quando comparadas às doenças crônico-degenerativas que incidem em pessoas de idade mais avançada.

O tipo de assistência médica utilizado não mostrou variações quanto à solução dos problemas de saúde. No entanto, aqueles que foram atendidos pelo SUS foram os que mais mencionaram não terem tido o seu problema resolvido (14,8%).

A análise da solução dos problemas de saúde, segundo a utilização dos serviços e de morbidade também mostrou resultados semelhantes entre as categorias (Tabela 4.12).

Os entrevistados com doenças respiratórias, infecciosas e sinais e sintomas mal definidos obtiveram um resultado positivo para a solução do problema em mais de 50,0% dos casos.

Os entrevistados que não pagaram pelo atendimento tiveram o maior número de problemas resolvidos e também a maior frequência de não solução do problema. Como não ter pago pelo atendimento abrangeu tanto os usuários atendidos pelo SUS quanto aqueles com plano de saúde privado ou convênio da empresa, não se pode afirmar que os serviços do SUS resolviam menos os problemas de saúde.

O grupo que não teve exames pedidos apresentou a maior porcentagem de solução de problemas. Este resultado apenas sugere que muitas afecções eram de fácil resolução e que algumas exigiram maior tempo de tratamento, pois a frequência de pessoas em tratamento, nesse grupo, chegou a 54,2% (151).

A solução de problemas foi similar para o tipo de serviço utilizado e sua localização. Para a não solução de casos verificou-se que 15,7% daqueles que procuraram outros tipos de serviço, incluindo prontos-socorros, e 17,7% dos que utilizaram os serviços do ERSA-12 disseram não ter tido seu problema solucionado.

Tabela 4.12 - Distribuição da população que procurou ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a resolução do problema, variáveis de morbidade e utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	RESOLUÇÃO DO PROBLEMA													
	Sim		Em tratamento		Sim, parcial/e		Não, foi en- caminhado		Não		NS-NR		TOTAL	
	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Morbidade referida														
D.Ap.Respiratório	218	(50,6)	169	(31,3)	43	(8,3)	1	(0,6)	51	(8,2)	5	(1,0)	487	100,0
Sinais e sintomas	119	(50,0)	118	(32,3)	18	(2,8)	4	(1,7)	46	(13,0)	1	(0,2)	306	100,0
D.Infecciosas	45	(62,1)	22	(22,6)	5	(5,5)	-	-	5	(7,2)	1	(2,6)	78	100,0
D.Ap. Digestivo	29	(38,9)	33	(35,3)	3	(4,9)	3	(3,7)	19	(17,2)	-	-	87	100,0
Outros capítulos	116	(28,2)	202	(41,9)	30	(4,9)	7	(9,4)	92	(15,2)	3	(0,4)	450	100,0
Localização do serviço														
Próprio município	247	(41,1)	300	(39,8)	59	(7,8)	9	(2,0)	100	(9,1)	5	(0,2)	720	100,0
ERSA-12	40	(49,6)	31	(28,1)	4	(4,6)	-	-	16	(17,7)	-	-	91	100,0
Outros municípios	102	(37,6)	146	(46,6)	15	(4,0)	6	(1,3)	41	(10,0)	2	(0,5)	312	100,0
Tipo de serviço														
UBS	168	(43,2)	198	(40,9)	33	(5,3)	6	(1,0)	63	(9,6)	1	(0,0.)	469	100,0
Hospital	98	(44,1)	120	(39,9)	22	(2,2)	4	(2,1)	49	(11,1)	3	(0,6)	296	100,0
Clínica/Ambul.	79	(36,2)	115	(43,8)	17	(9,5)	4	(1,1)	27	(9,3)	2	(0,1)	244	100,0
Outros (inclusive PS)	44	(41,9)	44	(33,2)	6	(9,0)	-	-	18	(15,7)	1	(0,2)	113	100,0
Pagamento pelo atendimento														
Sim	24	(32,1)	39	(51,7)	7	(7,6)	1	(0,5)	7	(7,6)	1	(0,5)	79	100,0
Não	365	(41,6)	436	(39,8)	71	(6,0)	14	(1,6)	150	(10,8)	6	(0,2)	1042	100,0
Pedido de exames														
Sim	60	(28,8)	151	(54,2)	23	(4,0)	3	(0,3)	44	(12,7)	-	-	281	100,0
Não	328	(44,7)	327	(36,6)	54	(6,6)	12	(2,0)	113	(9,8)	6	(0,3)	840	100,0
Prescrição de medicamentos														
Sim	347	(42,3)	439	(43,2)	62	(4,8)	7	(0,9)	118	(8,5)	7	(0,3)	980	100,0
Não	42	(32,9)	36	(24,6)	16	(13,9)	8	(5,4)	39	(23,2)	-	-	141	100,0
Forma de obtenção do medicamento														
Gratuito	118	(45,6)	145	(39,9)	18	(5,1)	4	(1,4)	34	(8,0)	2	(0,0.)	321	100,0
Compra	204	(40,8)	272	(46,0)	43	(5,3)	3	(0,8)	63	(7,0)	2	(0,1)	584	100,0
Outros	23	(41,9)	20	(32,8)	1	(0,3)	-	-	21	(22,8)	3	(2,2)	68	100,0
Demora para procurar o serviço														
Até 2 dias	342	(50,5)	279	(30,5)	54	(6,4)	4	(0,6)	115	(10,9)	8	(1,1)	802	100,0
De 3 a 5 dias	101	(45,3)	102	(37,3)	17	(5,8)	5	(2,5)	37	(9,1)	1	(0,0.)	263	100,0
6 dias ou mais	71	(26,3)	140	(47,7)	22	(4,0)	6	(2,0)	56	(20,0)	-	-	295	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

A solução de problemas para os que receberam prescrição médica foi maior em relação ao grupo complementar, mas manteve-se abaixo dos 50,0%. Não há como dizer se as pessoas atendidas que não receberam uma receita de medicamentos

necessitavam desse tipo de terapêutica. Poderiam ser casos mal diagnosticados ou que se solucionariam com orientações e mudanças de hábitos na vida do indivíduo, porém de difícil incorporação na prática diária. Além disso, para algumas pessoas a prescrição de medicamentos pode exercer efeito psicológico que favorece a cura. O estudo de HALAL et al. (1994) revelou que a resolução do problema esteve associada à disponibilidade de medicamentos. Quem recebeu a medicação no próprio serviço referiu maior solução ou melhora do problema. O mesmo se verificou para quem pode comprar toda a medicação.

Para a forma de obtenção de medicamentos, os resultados da solução do problema variaram pouco entre as categorias. Porém, observou-se que, para quem não obteve o medicamento ou o conseguiu de outra forma que não a explicitada, 22,8% deles não teve seu problema de saúde solucionado.

É nítido que entre os entrevistados que procuraram ajuda com menos de cinco dias do início dos sintomas houve maior solução de problemas de saúde. A resolução dos problemas para quem procurou o serviço com seis dias ou mais foi de apenas 26,3% (71). No entanto, esse dado inclui aqueles que apresentavam sinais e sintomas há mais de 1 ano.

A rapidez na procura do serviço reforça a relação entre a solução do problema e o quadro agudo da afecção ou indica uma sintomatologia inespecífica que motiva o cliente a procurar um serviço apenas com a piora dos sintomas, exigindo, assim, maior tempo para a sua resolução. Muitos sinais e sintomas se mesclam com quadros psicossomáticos relacionados a hábitos de vida e mecanismos de *coping* que, mais do que uma consulta ou medicação, requerem uma alteração de todo um modo de viver e retardam a solução do problema.

Dentre os indivíduos que referiram ter tido seu problema de saúde parcialmente resolvido, apenas 5,0% (4) procuraram outro tipo de ajuda para resolver seu problema. Entre aqueles que disseram que o problema não foi resolvido, 8,8% (17) procuraram outro tipo de ajuda. Essa desistência em solucionar o problema de saúde poderia ser sinal de descontentamento com os serviços de saúde disponíveis, por questões de acesso e de recursos humanos e materiais do serviços ou qualificação técnica dos profissionais.

Para os entrevistados que responderam ter tido seu problema parcialmente resolvido ou não tê-lo resolvido e que referiram não ter procurado outro tipo de ajuda, perguntou-se como conseguiram solucionar seu problema de saúde. Nessa análise, observou-se que 84,5% (255) das pessoas continuavam com a queixa, 3,3% (15) delas se automedicaram, 3,8% (11) fizeram um tratamento caseiro e 1,3% (2) evoluíram para a cura espontânea. Entre os moradores do Embu, 90,4% (46) continuavam com o problema e, em Juquitiba, observou-se maior proporção de indivíduos que se automedicaram (13,3%). Pela baixa densidade demográfica e reduzido número de serviços de saúde, a população de Juquitiba utilizaria mais outras alternativas como a automedicação para não ter de se deslocar para outros municípios.

Se a automedicação como alternativa para suprir um problema de saúde não resolvido com o atendimento médico se mostra eficaz, isto sugere que alguns serviços não possuem capacitação técnica adequada para atender determinados problemas de saúde. Este também é um dos fatores que contribuem para a perda da confiabilidade nos serviços de saúde. Não gostar do serviço ou do atendimento também exerce efeito psicológico negativo sobre o paciente que passa a duvidar da eficácia do atendimento recebido.

O modo como se resolveu o problema de saúde também foi perguntado aos entrevistados que referiram não ter procurado qualquer tipo de ajuda para solucionar o problema. Nesse grupo, 38,3% (742) ainda apresentavam os sinais e os sintomas, 10,1% (155) se curaram espontaneamente, 32,1% (419) se automedicaram, 15,9% (228) fizeram uso de tratamento caseiro e 3,2% (50) utilizaram outros tratamentos. Em Juquitiba quase metade dos entrevistados (54,1%) continuavam com o problema e os moradores de Itapecerica da Serra apresentaram a menor proporção de indivíduos que ainda estavam com o problema (23,4%). Entre os moradores de Taboão da Serra, a automedicação chegou a 40,8% (66). A maior utilização de tratamentos caseiros foi observada entre os residentes de Itapecerica da Serra (23,0%), Embu-Guaçu (22,8%) e Taboão da Serra (20,6%).

O número de entrevistados que persiste com os sinais e sintomas, após a consulta médica, e aqueles que se automedicaram é elevado. A automedicação pode

levar desde ao aparecimento de efeitos colaterais até a banalização dos medicamentos. O risco deste procedimento, principalmente com relação aos antimicrobianos, está na possibilidade de se selecionarem cepas bacterianas multi-resistentes na comunidade, interferindo posteriormente no tratamento, seja das infecções comunitárias como daquelas hospitalares. Por outro lado, na prática diária, a utilização de analgésicos e antitérmicos sem prescrição médica é muito comum. Portanto, a automedicação é motivo de preocupação quando se trata da utilização de medicamentos que deveriam ser vendidos apenas com prescrição médica ou quando se consomem esses medicamentos sintomáticos com muita frequência, porque podem mascarar graves problemas de saúde.

O número de pessoas que se utilizaram de tratamentos caseiros mostra que parte dos casos era de simples e fácil solução, com medidas passadas de uma geração a outra e disseminadas na comunidade. Cabe lembrar que a maior parte da população é migrante de regiões desprovidas de maiores recursos na área da saúde e onde a medicina popular é muito praticada. Embora não investigado, o motivo para deixar de procurar ajuda relaciona-se também à percepção que o indivíduo tem da doença e à falta de serviços de saúde próximos ou recursos financeiros para a utilização de um serviço privado de assistência à saúde. Experiências anteriores mal sucedidas com os serviços de saúde podem contribuir para o retardo na procura de ajuda para resolver o problema de saúde.

O número de casos de pessoas que continuam com o problema de saúde deve ser motivo de preocupação, pois podem ser portadoras de doenças crônicas que procurarão um serviço somente num estágio avançado ou quando já tiverem algumas complicações instaladas, o que vai demandar maior necessidade de recursos para a solução do problema. Além disso, podem interferir na qualidade de vida do próprio indivíduo.

4.1.2.6 Satisfação do cliente

Um elevado número de entrevistados não informou se ficou satisfeito com o serviço ou com o atendimento profissional, correspondendo a 26,7% (353) e 26,5% (347) dos entrevistados que procuraram ajuda para resolver o problema de saúde. Por

algum motivo, o cliente não quis ou não pôde responder a esta pergunta. Pressupõe-se que o usuário não tenha gostado do serviço e tenha preferido omitir sua opinião por sentir-se mais seguro na eventualidade de necessitar recorrer ao mesmo serviço de saúde. É possível também que estes entrevistados simplesmente não tinham uma opinião formada sobre o serviço utilizado ou atendimento recebido. Além disso, a metodologia empregada nas coletas de dados pode favorecer a ausência de resposta. WENSING et al. (1994), revendo 40 publicações de 1980 a 1991 de relatos de pacientes sobre os serviços de saúde, identificaram que o tipo de escala e a metodologia utilizada para realizar o questionário (técnica, tempo e lugar) afetaram o grau de insatisfação expressado pelos clientes, nos estabelecimentos estudados, bem como a porcentagem de ausência de resposta.

Aqueles que emitiram uma opinião, ficaram satisfeitos (muito bom e bom) tanto com o atendimento do profissional quanto com o atendimento do serviço, 86,0% e 81,4%, respectivamente (Gráfico 4.5).

Gráfico 4.5 - Distribuição da população que referiu problema de saúde, segundo a satisfação com o atendimento do profissional e atendimento do serviço, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

Os valores obtidos condizem com a literatura que aponta índices gerais de satisfação superiores a 70,0% (TANAKA e ROSENBURG 1990; LEMME et al.

1991; HALAL et al. 1994; ROGERS et al. 2000), o que gera dúvidas sobre a sensibilidade do método empregado nesses inquéritos para estabelecer diferenças nas atitudes dos pacientes, adequação da dimensão do cuidado selecionada para a avaliação e habilidade para discriminar entre satisfeito e insatisfeito (DONABEDIAN 1986b). Segundo SITZIA e WOOD (1997), os elevados índices de satisfação que geralmente são relatados em todas as esferas do cuidado à saúde sugerem que a maioria dos pacientes é realmente bem atendida ou que as suas expectativas são baixas.

Dos município da região do ERSA-12, os moradores de Embu-Guaçu foram aqueles que menos gostaram do atendimento do profissional e 77,3% dos clientes o avaliaram como muito bom ou bom. Quanto à opinião sobre os serviços, os índices de satisfação para os moradores de cada município girou em torno de 70,0%, com exceção de Taboão da Serra, onde 91,9% dos clientes disseram que o atendimento foi muito bom ou bom.

4.1.2.6.1 Satisfação do cliente com o serviço de saúde

Procurou-se descrever a satisfação pelos serviços de saúde segundo as variáveis sócio-demográficas (Tabela 4.13).

Na comparação entre os municípios, constatou-se que os moradores de Taboão da Serra apresentaram maior índice de satisfação pelos serviços utilizados (91,9%). Como os entrevistados também utilizaram serviços de saúde de outros municípios não se pode inferir que os serviços de saúde de Taboão da Serra fossem de melhor qualidade. Presume-se que os critérios utilizados por esses moradores para avaliar os serviços eram similares ou até mesmo muito inexpressivos, uma vez que muitos utilizaram termos inespecíficos para qualificar os serviços (atendeu, cuidou ou tratou bem).

Para a faixa etária, a diferença observada foi o menor índice de satisfação (70,0%) para os entrevistados com idade entre 10 e 29 anos. Já pelo sexo, os dados de satisfação foram muito semelhantes.

Tabela 4.13 - Distribuição da população que procurou ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a satisfação pelo serviço de saúde e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Município de residência	Taboão da Serra	111	91,9	11	7,8	1	0,3	123	100,0
	Embu	169	77,9	38	20,4	2	1,7	209	100,0
	Itapecerica da Serra	147	75,9	50	23,2	2	1,8	199	100,0
	Embu-Guaçu	150	80,5	35	19,5	-	-	185	100,0
	Juquitiba	196	83,9	31	13,3	6	2,8	233	100,0
	Cotia	132	71,6	36	25,4	3	3,0	171	100,0
Escolaridade	Analfabeto	103	76,7	18	22,9	1	0,4	122	100,0
	Primário	500	80,3	102	17,8	7	2,0	609	100,0
	Ginasial	183	79,2	58	20,3	3	0,4	244	100,0
	Colegial / técnico	57	75,5	13	20,7	2	3,7	72	100,0
	Universitário	27	93,0	2	1,6	1	5,5	30	100,0
Faixa Etária	1 dia a 9 anos	334	83,8	93	16,8	2	0,6	429	100,0
	10 a 29 anos	136	70,0	51	28,1	5	1,9	192	100,0
	30 a 49 anos	140	82,2	21	13,7	5	4,1	166	100,0
	50 a 69 anos	236	88,1	32	11,2	1	0,7	269	100,0
	70 a 99 anos	59	89,1	4	10,2	1	0,7	64	100,0
Sexo	Masculino	392	81,1	85	16,9	6	2,1	483	100,0
	Feminino	513	79,3	116	19,4	8	1,2	637	100,0
Classe Social	SP	87	74,9	23	25,1	-	-	110	100,0
	PT	277	81,0	53	17,5	3	1,5	333	100,0
	PNT	317	78,7	78	20,0	6	1,3	401	100,0
	NPB	27	92,5	3	2,0	1	5,5	31	100,0
	PBT	111	75,4	27	20,5	3	4,1	141	100,0
	B	3	64,6	1	35,4	-	-	4	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	701	79,1	165	19,1	13	1,8	879	100,0
	NPEA	170	85,5	27	13,5	1	1,0	198	100,0
Tipo de Assistência Médica	Convênio da empresa	211	84,4	37	14,1	4	1,5	252	100,0
	Plano saúde privado	36	74,6	8	25,3	-	-	44	100,0
	Outros convênios	17	86,8	4	13,2	-	1,0	21	100,0
	SUS	615	77,5	144	20,6	10	1,9	769	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

Alguns estudos não mostraram qualquer associação da satisfação com idade, sexo, escolaridade e classe social após a visita médica (ROMM e HULKA 1979; GREENLEY e SCHOENHERR 1981). Os autores, DiMATTEO e HAYS (1980), relataram positiva correlação entre a idade do paciente e a satisfação, ressaltando que embora positiva, a correlação foi baixa e o número de idosos na amostra estudada era muito pequeno.

Na escolaridade, os entrevistados com chefe de família com grau universitário tiveram maior porcentagem de satisfação (93,0%), enquanto, nas demais categorias, a satisfação girou em torno de 70,0%.

Diferentemente para o observado na escolaridade, os chefes de família pertencentes à classe da burguesia apresentaram menor índice de satisfação pelos serviços (64,6%), mas o número de entrevistados foi muito pequeno.

Mesmo a condição no mercado de trabalho mostrou maior porcentagem de entrevistados satisfeitos quando classificados como população não economicamente ativa.

A Tabela 4.14 mostra a distribuição da satisfação pelos serviços segundo e variáveis de morbidade referida e de utilização os serviços.

Os entrevistados que utilizaram serviços fora da área de estudo referiram maior satisfação pelos serviços que os demais (85,3%), assim como quem procurou clínicas/ambulatórios (84,6%). Sendo assim, supõe-se que os serviços da capital, segundo o referencial da população deste inquérito, seriam melhores que os da região do ERSA-12.

Aqueles que pagaram pelo atendimento apresentaram maior frequência de satisfação (83,7%). O mesmo não se verificou entre os entrevistados que tinham um plano de saúde privado (74,7%), que mostraram um resultado muito próximo aos atendidos pelo SUS (77,5%).

Pelos dados acima, verifica-se que apesar de muitos serviços privados investirem na estrutura física e recepção do hospital, os resultados das avaliações de pacientes SUS e conveniados foi muito semelhante.

Tabela 4.14 - Distribuição da população que procurou ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a satisfação pelos serviços de saúde, variáveis de morbidade e de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Morbidade referida	D.Ap.Respiratório	282	81,2	68	18,0	2	0,8	352	100,0
	Sinais e sintomas	202	81,2	43	18,7	1	0,1	246	100,0
	D.Infecciosas	47	83,2	13	16,8	-	-	60	100,0
	D.Ap. Digestivo	57	77,5	11	20,6	2	1,9	70	100,0
	Outros capítulos	317	78,4	66	18,2	9	3,4	392	100,0
Localização do serviço	Próprio município	572	78,6	137	19,3	10	2,1	719	100,0
	ERSA-12	67	70,7	23	29,2	1	0,2	91	100,0
	Outros municípios	265	85,3	41	13,5	3	1,2	309	100,0
Tipo do serviço	UBS	369	77,6	96	22,1	3	0,3	468	100,0
	Hospital	244	78,6	55	21,4	-	-	299	100,0
	Clínica/Ambul.	203	84,6	29	10,1	13	5,3	245	100,0
	Outros (inclusive PS)	87		21	21,0	-	-	108	100,0
Pagamento do atendimento	Sim	66	83,7	8	12,3	4	4,0	78	100,0
	Não	837	79,7	193	18,9	10	1,4	1040	100,0
Pedido exame	Sim	240	87,6	37	11,8	2	0,6	279	100,0
	Não	661	77,5	164	20,6	12	1,9	837	100,0
Prescrição de medicamentos	Sim	786	79,7	178	18,7	12	1,6	976	100,0
	Não	117	81,7	23	16,8	2	1,5	142	100,0
Forma de obtenção do medicamento	Gratuito	264	79,9	53	18,0	5	2,1	322	100,0
	Compra	471	80,9	108	18,0	5	1,0	584	100,0
	Outros	49	69,3	15	26,2	2	4,5	66	100,0
Resolução do problema	Sim	319	83,0	61	16,3	3	0,7	383	100,0
	Está em tratamento	386	80,4	85	17,5	5	2,1	476	100,0
	Sim, parcialmente	65	82,2	13	17,8	-	-	78	100,0
	Não, foi encaminhado	13	87,9	1	2,9	1	9,2	15	100,0
	Não	111	63,7	40	33,3	5	3,0	156	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

Receber a medicação gratuitamente do serviço de saúde também não foi motivo para observar diferenças na porcentagem de satisfação.

Os índices de satisfação entre os entrevistados, segundo a afecção referida, também variaram pouco.

Como era esperado, os entrevistados que referiram não ter tido seu problema resolvido apresentaram menor porcentagem de satisfação pelos serviços (63,7%).

A frequência relativa da satisfação pelos serviços de saúde para quem teve um exame pedido foi maior. É comum na crença popular crer que bons serviços são aqueles que pedem exames e prescrevem medicamentos.

4.1.5.6.2 Satisfação com o atendimento profissional

A Tabela 4.15 apresenta a distribuição de entrevistados, segundo a satisfação pelo atendimento do profissional e variáveis sócio-demográficas.

Entre os municípios, a variação foi pequena, exceto para os moradores de Embu-Guaçu que mostraram o menor índice de satisfação (77,5%).

A satisfação pelo atendimento profissional, por sexo e por condição no mercado de trabalho do chefe de família, foi muito semelhante. No entanto, ao se considerar a idade dos entrevistados, aqueles com idade superior a 70 anos ficaram mais satisfeitos que os demais (92,7%). Há uma política de priorizar o atendimento de pessoas idosas em todos os serviços independente se forem da saúde. As pessoas tendem a ser mais atenciosas com as pessoas idosas e estas, por sua vez, sentem-se gratas quando alguém lhes dá atenção porque, geralmente, são solitárias e as pessoas não tem paciência no trato com pessoas idosas.

Todos os entrevistados com curso universitário referiram satisfação pelo atendimento do profissional. O segundo grupo mais satisfeito foi o de analfabetos (89,6%).

Esta tendência dos extremos de categoria ficarem mais satisfeitos poderia decorrer do fato de que, entre aqueles de maior escolaridade, há maior possibilidade de escolha do profissional, seja pelo julgamento, seja pelo poder aquisitivo e, naqueles com menor escolaridade, a satisfação pode ser apenas por ter conseguido o atendimento.

Tabela 4.15 - Distribuição da população que procurou ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a satisfação pelo atendimento do profissional e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELO ATENDIMENTO							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Município de residência	Taboão da Serra	104	83,3	11	9,1	8	7,5	123	100,0
	Embu	181	82,0	28	17,2	1	0,8	210	100,0
	Itapecerica da Serra	169	86,5	29	13,2	1	0,2	199	100,0
	Embu-Guaçu	147	77,5	38	22,5	-	-	185	100,0
	Juquitiba	204	87,9	26	10,9	3	1,3	233	100,0
	Cotia	155	87,0	21	13,0	-	-	176	100,0
Escolaridade	Analfabeto	111	89,0	10	10,7	1	0,3	122	100,0
	Primário	505	81,3	97	16,8	7	1,9	609	100,0
	Ginasial	208	86,3	33	10,5	4	3,2	245	100,0
	Colegial / técnico	68	79,4	7	13,9	1	6,7	76	100,0
	Universitário	31	100,0	-	-	-	-	31	100,0
Faixa Etária	1 dia a 9 anos	366	86,0	59	11,6	6	2,4	431	100,0
	10 a 29 anos	159	82,1	31	14,8	2	3,1	192	100,0
	30 a 49 anos	137	80,7	28	18,2	1	1,1	166	100,0
	50 a 69 anos	239	88,0	30	10,5	2	1,5	271	100,0
	70 a 99 anos	59	92,7	4	4,9	2	2,4	65	100,0
Sexo	Masculino	406	84,4	73	13,2	7	2,3	486	100,0
	Feminino	554	83,8	80	14,2	6	2,1	640	100,0
Classe Social	SP	94	83,3	16	16,7	-	-	110	100,0
	PT	281	82,9	49	15,7	4	1,4	334	100,0
	PNT	337	81,1	59	14,5	7	4,4	403	100,0
	NPB	32	99,6	1	0,4	-	-	33	100,0
	PBT	122	85,7	19	13,6	1	0,7	142	100,0
	B	4	100,0	-	-	-	-	4	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	751	83,6	121	13,7	12	2,7	884	100,0
	NPEA	172	86,4	26	13,4	1	0,2	199	100,0
Tipo de Assistência Médica	Convênio da empresa	222	83,0	28	11,1	6	5,9	256	100,0
	Plano saúde privado	40	85,5	4	14,5	-	-	44	100,0
	Outros convênios	19	78,9	3	21,1	-	-	22	100,0
	SUS	650	84,4	103	14,8	6	0,8	759	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

A satisfação dos usuários, segundo a classe social, foi uniforme entre as categorias, exceto na classe da burguesia com 100,0% (4) de satisfação e da nova pequena burguesia com 99,6% (32). Estas categorias abarcaram o menor número de entrevistados, o que pode ter interferido nos resultados obtidos.

Entre os entrevistados que utilizaram serviços do SUS e de convênios não se observou notória diferença. Pressupunha-se que aqueles com plano de saúde privado

sentir-se-iam mais satisfeitos, devido a certa liberdade de escolha do profissional, não tão restrita quanto no serviço público. Neste inquérito, também se verificou que, apesar de alguns entrevistados possuírem um plano de saúde, a maioria utilizou o atendimento SUS, mesmo quando atendida em hospitais privados contratados pelo SUS.

No estudo de JUNQUEIRA e AUGÉ (1996), em Guarulhos (SP), 15,0% dos usuários possuíam algum plano de saúde privado e 13,3% um plano de saúde oferecido pela empresa. Apesar da baixa satisfação, essa clientela que pode dispor da cobertura de planos privados de saúde utilizou os serviços públicos como alternativa de atendimento pela proximidade de sua residência e, também, por oferecerem medicamentos e leite. Ademais, os outros convênios não cobriam todas as especialidades oferecidas pelos serviços públicos. Portanto, para os usuários de baixa condição sócio-econômica, apenas a posse de um convênio ou plano de saúde não é suficiente para solucionar os seus problemas e para garantir os meios necessários à recuperação e à manutenção da saúde, como é o caso dos medicamentos.

Na Tabela 4.16, observa-se a distribuição de entrevistados, segundo a satisfação pelo atendimento profissional e variáveis de morbidade referida e utilização dos serviços.

Embora ter um plano de saúde não foi motivo de maior satisfação pelo atendimento, aqueles que pagaram pelo atendimento apresentaram índice de satisfação mais alto (96,1%). O fato de o indivíduo ter pago pelo atendimento, pressupõe que ele tenha escolhido o profissional de saúde, o que deve ter contribuído para um resultado satisfatório.

Tabela 4.16 - Distribuição da população que procurou ajuda, dentre os que referiram problema de saúde, segundo a satisfação pelo atendimento profissional, variáveis de morbidade e de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELO ATENDIMENTO							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	%)	N	%*	N	%*
Morbidade referida	D.Ap. Respiratório	296	82,0	54	15,2	4	2,8	354	100,0
	Sinais e sintomas	212	84,4	37	13,8	1	1,8	250	100,0
	D. Infecciosas	53	89,8	6	9,8	1	0,4	60	100,0
	D.Ap. Digestivo	62	87,5	7	9,6	1	2,9	70	100,0
	Outros capítulos	337	83,9	57	14,1	6	2,0	400	100,0
Localização do serviço	Próprio município	604	82,2	106	14,7	10	3,0	720	100,0
	ERSA-12	74	76,5	17	23,5	-	-	91	100,0
	Outros municípios	281	89,2	30	9,2	3	1,6	314	100,0
Tipo do serviço	UBS	399	83,7	65	15,8	4	0,5	468	100,0
	Hospital	253	86,1	43	13,3	3	0,6	299	100,0
	Clínica/Ambul.	220	86,3	21	9,0	4	5,6	245	100,0
	Outros (inclusive PS)	86	74,8	24	22,8	2	2,3	112	100,0
Pagamento do atendimento	Sim	75	96,1	4	3,9	-	-	79	100,0
	Não	883	82,9	149	14,7	13	2,4	1045	100,0
Pedido exame	Sim	248	85,3	30	11,3	2	3,4	280	100,0
	Não	708	83,6	123	14,6	11	1,8	842	100,0
Prescrição de medicamentos	Sim	837	84,1	136	13,8	9	2,1	982	100,0
	Não	121	83,1	17	14,0	4	3,0	142	100,0
Forma de obtenção do medicamento	Gratuito	292	91,5	28	8,4	2	0,1	322	100,0
	Compra	486	81,9	95	14,9	7	3,3	588	100,0
	Outros	56	75,0	12	25,0	-	-	68	100,0
Resolução do problema	Sim	345	88,5	37	9,9	5	1,6	387	100,0
	Está em tratamento	409	83,3	64	13,7	4	2,9	477	100,0
	Sim, parcialmente	71	96,4	7	3,6	-	-	78	100,0
	Não, foi encaminhado	15	100,0	-	-	-	-	15	100,0
	Não	108	58,6	45	37,9	4	3,5	157	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

Seria possível presumir que quem possui um plano de saúde não tem acesso à rede de hospitais credenciados ou, então, o tipo de cobertura oferecido por esses planos não garante o atendimento dos problemas apresentados pelos entrevistados.

Os dados de satisfação também não se alteraram com o tipo de afecção referida pelo entrevistado.

O índice de satisfação pelo atendimento do profissional, nos diferentes tipos de serviços de saúde, foi semelhante, embora se acreditasse que a clientela que utilizou

clínicas/ambulatórios se sentisse mais satisfeita por receberem um atendimento personalizado e pela chance de o médico ser o mesmo no caso de retorno. Como as clínicas e ambulatórios geralmente têm fins lucrativos, de certa forma, a escolha é livre e, portanto, os clientes estiveram mais próximos do alcance de suas expectativas.

Quanto à localização dos serviços, os entrevistados atendidos fora da região de estudo foram os que mais referiram ter gostado do atendimento. É possível supor que a utilização dos estabelecimentos de saúde em municípios, fora do ERSA-12, esteve relacionada à pouca qualidade dos serviços de saúde locais e não apenas à oferta deles na região.

Ter recebido prescrição de medicamentos foi indiferente para a satisfação dos usuários. Mas, entre aqueles que receberam a medicação gratuitamente, a satisfação pelo atendimento do profissional chegou a 91,5% (292). Este resultado era esperado, uma vez que a maioria da população pertence à classe do proletariado, embora a forma de obtenção do medicamento não tenha feito o usuário mais satisfeito com o serviço de saúde. Deve ser lembrado que, neste estudo, não se pode distinguir entre o medicamento dispensado formalmente pelo serviço e as amostras gratuitas.

Os resultados da satisfação pela solução do problema não evidenciaram qualquer possível relação entre elas, neste inquérito. No entanto, HALAL et al. (1994) relataram associação estatisticamente significativa entre a satisfação com a consulta médica e a solução do problema.

BULLER Mary e BULLER David (1987) pressupuseram que a ansiedade com o prognóstico e o envolvimento emocional com um quadro clínico grave eleva a importância da competência clínica e o sucesso no tratamento.

No entanto, a satisfação não é estanque, ou seja, não ter o problema resolvido não significa necessariamente insatisfação com o atendimento. No município de Guarulhos, JUNQUEIRA e AUGE (1996) observaram que 48,1 % da população referiu ter sido bem atendida, apesar de 10,2% não terem tido seu problema resolvido.

Apesar da satisfação com o atendimento do profissional sobressair-se à insatisfação com o serviço de saúde, uma boa acolhida ao cliente no estabelecimento causa uma boa impressão, podendo influenciar as suas expectativas.

4.1.2.6.3 Dimensão do cuidado utilizada para caracterizar a (in)satisfação

Uma vez categorizadas as respostas referentes ao motivo pelo qual o entrevistado ficou (in)satisfeito com o serviço de saúde, observou-se elevado número de respostas vagas classificadas como **inespecíficos**. Essa categoria compreendeu respostas como “atenderam bem”, “cuidaram bem” e “trataram bem”. São palavras muito genéricas, e mesmo tentando analisar a semântica da palavra, é difícil dizer se este foi o significado atribuído pelo entrevistado na sua generalização.

Segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA 1999), **tratar**, entre outros sentidos, significa fazer por curar, cuidar de, medicar; **cuidar**, ter cuidado, tratar e **atender**, dar ou prestar atenção. Sendo assim, **atender** envolveria aspectos de relacionamento interpessoal, enquanto **tratar** abordaria questões de tratamento, subtendendo solução do problema de saúde. No entanto, **cuidar** teria significado muito mais amplo, podendo englobar tanto o tratar quanto o atender.

4.1.2.6.3.1 Satisfação com o serviço de saúde

A Tabela 4.17 apresenta as dimensões do cuidar relatadas para justificar a satisfação ou insatisfação pelos serviços de saúde.

Tabela 4.17 - Distribuição dos entrevistados quanto à satisfação com o serviço de saúde, segundo aspectos utilizados na sua avaliação, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

DIMENSÃO DO CUIDADO	SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE			
	Gostou		Não gostou	
	N	%	N	%
Inespecíficos	474	47,8	34	15,8
Organização do serviço	238	24,0	114	53,0
Relacionamento interpessoal	192	19,3	44	20,5
Diagnóstico / terapêutica	43	4,3	10	4,6
Hotelaria	22	2,2	3	1,4
Recursos humanos	21	2,1	10	4,7
Acesso	3	0,3	-	-
Total	993	100,0	215	100,0

N = nº absoluto

Depois dos inespecíficos, o motivo mais apontado para a satisfação com os serviços de saúde foi em relação à organização dos serviços e, dentro dessa categoria, a razão mais mencionada foi a rapidez no atendimento, como exemplificado a seguir na fala do entrevistado:

“Cheguei lá, atenderam rápido, eu estava com muita dor, não deu chá de banco não, uma canseira”

Os estudos sobre satisfação mostram diferentes resultados que privilegiam ora uma dimensão do cuidado, ora outra.

No estudo *Encuesta Nacional de Salud II*, realizado por RÁMIREZ-SÁNCHEZ et al. (1998), em cinco regiões do México em 1994, observa-se que, para os entrevistados que procuraram um serviço de saúde, nos quinze dias anteriores à entrevista, e ficaram satisfeitos com a atenção recebida, os principais motivos que determinaram a satisfação foram o relacionamento interpessoal, a melhora nas condições de saúde e a qualificação técnica do pessoal.

Na insatisfação com os serviços de saúde, a justificativa mais informada foi relativa à organização dos serviços, preferencialmente a demora no atendimento, como por exemplo:

“Porque se a gente chega lá morrendo, a gente morre mesmo porque eles demoram muito para atender, demoram até 24 hs para atender”

Seja pela satisfação quanto pela insatisfação, a menção da rapidez ou demora no atendimento vem mostrar que quando o indivíduo procura um serviço para um atendimento, o que mais importa naquele instante é o pronto-atendimento, isto é, ter a sua dor ou mal estar aliviado, o mais rápido possível.

No inquérito populacional realizado por RÁMIREZ-SÁNCHEZ et al. (1998), o tempo de espera também foi uma das principais queixas dos usuários, assim como nos estudos de TANAKA e ROSENBERG (1990), WILLIAMS e CALNAN (1991) e ALI e MAHMOUD (1993).

A demora no atendimento pode sobrepor-se a outros aspectos que agradaram ao usuário, levando o entrevistado a expressar sua insatisfação com o serviço, como por exemplo, na fala a seguir extraída dos formulários:

- “*o atendimento é atencioso, mas demora. Tem fila.*”

Não obstante o entrevistado dizer estar satisfeito, quando se pergunta o motivo, a resposta pode exprimir outra impressão:

- “*quebra o galho*”.

- “*podia ter sido mais bem recebido, podia ter sido atendido mais rápido*”.

Mesmo achando que o atendimento poderia ser diferente, as pessoas ainda utilizam esses serviços. Há, implícita, falta de alternativa em relação ao acesso aos serviços de saúde para alguns segmentos populacionais.

Embora alguns estudos tenham observado a importância da acessibilidade, que inclui também o tempo de espera para o atendimento, ela tem-se mostrado menos importante do que os aspectos relacionados ao comportamento do médico (SEGALL e BURNETT 1980). Assim como na satisfação, para a insatisfação com os serviços de saúde também foram bastante citados os relacionamentos interpessoais.

A cordialidade no atendimento é importante para que o indivíduo se sinta bem acolhido e, também, pode servir de critério para a escolha dos serviços, como foi verificado:

“*as moças atendem muito bem, a gente fica a vontade...*”

“*São muito atenciosos, cordiais*”

“*As pessoas são muito estúpidas*”

“*Eles atendem melhor que o Posto do ...*”

É evidente que o modo como o cliente é recebido e atendido interferem na sua satisfação. O calor humano nas relações interpessoais, ou seja, a valorização do indivíduo como um ser humano e, não apenas como um mero elemento que integra um processo de produção de serviços, mostrou-se essencial na obtenção de resultados satisfatórios.

A categoria da organização dos serviços foi a que abarcou a maior diversidade de comentários, desde o dimensionamento de recursos humanos, provisão e qualidade de materiais e equipamentos até o modo de funcionamento do estabelecimento de saúde, como mostrado a seguir:

“Tem tudo o que a gente precisa, ambulatório, laboratório, etc.”.

“...eles dão remédio grátis”

As pessoas tendem a procurar os serviços mais complexos, pois neles encontram acesso para a realização de exames complementares ou encaminhamentos a especialistas, se for o caso. Levando em conta a distância percorrida pelos usuários, que se deslocam para outros municípios, e o poder aquisitivo da população da região estudada, um serviço que lhes garanta a cobertura de suas principais necessidades significa economia de dinheiro e menor perda de tempo.

AIRES et al. (1996), ao analisarem os serviços do SUS, em algumas cidades de Minas Gerais, observaram em um dos municípios que, mesmo entre aqueles que consideraram o atendimento bom, havia dificuldades relacionadas à falta de medicamentos, realização de exames e pouca diversificação em termos de especialização médica para atender suas demandas. Segundo os autores, o adjetivo “bom” possivelmente sugere expectativa ou satisfação em torno da simples possibilidade de acesso, num determinado momento, ao serviço de saúde.

ALI e MAHMOUD (1993) entrevistaram pacientes matriculados em 14 serviços de atenção primária à saúde, em Riyadh (Arábia Saudita), em 1990, e encontraram 40,0% dos entrevistados insatisfeitos com os serviços de saúde. Um dos principais motivos referidos para a insatisfação foi a ausência de especialidades. Para os autores, esse fator não interferia no atendimento, embora a população preferisse ser atendida por um especialista. Cerca de 15,0% disseram não ter confiança no serviço e preferiam ir diretamente ao hospital, a especialistas ou a médicos particulares.

Mesmo que a infra-estrutura do serviço seja mais simples, o mínimo que se espera é que os equipamentos disponíveis estejam funcionando adequadamente:

“Tem inalação e não sai fumaça. Pra ser bom tem que sair fumaça. No hospital em São Paulo ele ligou um aparelho grande que sai fumaça, aí são uns pequenos. Não tenho confiança, não sai fumaça”

Infelizmente, nem sempre se verifica nos serviços públicos a devida rapidez na

manutenção dos materiais e equipamentos para garantir o bom atendimento à população. A disponibilidade de medicamentos para os usuários também é um atrativo para as pessoas.

O dimensionamento de pessoal é outro aspecto percebido pelo usuário, bem como a forma de gerenciamento da unidade de saúde:

“...Tem pouco médico”

“Muita gente para ser atendida, equipamentos quebrados, não marcam consulta. Precisa chegar muito cedo.”

A falta de recursos humanos para atender a clientela não só desmotiva os usuários a retornarem ao serviço, como também interfere no tempo de espera para o atendimento e, conseqüentemente, gera insatisfação.

A organização do serviço para atender a demanda influencia a rapidez no atendimento. Muitos serviços públicos ainda trabalham sem o agendamento com hora marcada para evitar atrasos no decorrer do período. Solicita-se, dessa forma, aos usuários que cheguem cedo ao serviço e, assim, o cliente espera horas pela consulta.

A seguir, algumas falas relacionadas à estrutura organizacional dos serviços:

“Foi bom, acho que é porque foi particular”

“INPS é assim mesmo”

“Apesar do hospital não ser do INAMPS fui atendido”

Independente do serviço utilizado, público ou privado, a satisfação do cliente representa uma comparação entre sua percepção sobre o atendimento recebido e o seu padrão de serviço esperado.

Com o sucateamento das instituições públicas, quando um cliente utiliza o serviço privado, a expectativa sobre a qualidade do serviço tende a ser maior, embora haja exceções como a observação acima. Além disso, quando se utiliza o serviço privado parte-se do princípio de que o mínimo que se deve fazer é atender bem o cliente. Com relação ao hospital público, essa relação varia em função do referencial que o indivíduo possui sobre ele.

Muitos dos aspectos abordados nas falas citadas também já foram observados por outros autores.

Segundo SANTANA (1996), a impressão da opinião pública e dos usuários

sobre o desempenho dos serviços públicos de saúde é de que o sistema é deficiente, com uma cobertura insuficiente, desigualdade no atendimento, baixa qualidade dos serviços oferecidos, em termos de equipamentos e serviços profissionais, baixa capacidade resolutiva, reduzido grau de satisfação por parte dos usuários e dos próprios trabalhadores e, como consequência de tudo isso, elevado custo/benefício do sistema em seu conjunto.

No entanto, para outros usuários, o serviço público é que garante o bom atendimento e estudos já demonstraram que o atendimento oferecido no serviço privado não é melhor. STARFIELD et al. (1994) realizaram um estudo retrospectivo utilizando registros médicos de clientes com determinadas doenças crônicas pré-selecionadas para comparar os custos e a qualidade do atendimento em hospitais, consultórios médicos e centros de assistência comunitária. Não houve relação entre custos com a assistência e qualidade do atendimento. Os hospitais cujos serviços tendem a ser mais caros não ofereceram um serviço melhor que os demais.

Esses resultados podem ser diferentes, dependendo da localidade onde se situam os serviços. Mesmo no Brasil, as diferenças, tanto entre serviços públicos quanto entre os privados, podem ser muito acentuadas.

Apesar das críticas constantes por meio da imprensa e de serem avaliados como de péssima qualidade, os serviços públicos têm assegurado o acesso às emergências, o tratamento de doenças transmissíveis e doenças crônicas degenerativas (ASSIS 1998).

A má qualidade é discutível, embora verdadeira para alguns serviços de saúde públicos. O que contribui para tal imagem é a deficiência de investimentos na área de recursos humanos e materiais, bem como na recuperação da estrutura física das edificações mais antigas.

Enquanto os que não pertencem à determinada região, gostam de um serviço que os atenda mesmo assim, as pessoas adscritas àquela unidade de saúde ficam insatisfeitas, porque isso aumenta a demanda local e, conseqüentemente, há demora no atendimento:

“Eles gostam de atender pessoas de outro município”

No planejamento de um serviço de saúde se faz estimativa da demanda em

função dos dados de morbimortalidade e dos recursos disponíveis na região. Se elementos da população, externos à área de atendimento, fluírem para esse serviço, ocorrerá redução na capacidade resolutiva quantitativa do serviço e, conseqüentemente, insatisfação entre sua clientela.

4.1.2.6.3.2 Satisfação com o atendimento do profissional

Na avaliação da satisfação com o atendimento dos profissionais, o relacionamento interpessoal, principalmente, a arte do cuidado, e características dos profissionais de saúde, em particular do médico, foram os mais apontados (Tabela 4.18). Na categoria que abrangeu os recursos humanos, os aspectos mais abordados foram os relativos à competência profissional quanto ao diagnóstico e à terapêutica.

Tabela 4.18 - Distribuição dos entrevistados quanto à satisfação com o atendimento do profissional, segundo aspectos utilizados na sua avaliação, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

DIMENSÃO DO CUIDADO	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO			
	Gostou		Não gostou	
	N	%	N	%
Relacionamento interpessoal	359	31,2	36	21,6
Recursos humanos	314	27,0	68	40,7
Inespecíficos	236	21,4	10	6,0
Diagnóstico / terapêutica	199	17,4	45	26,9
Organização do serviço	34	3,0	8	4,8
Total	1142	100,0	167	100,0

N= nº absoluto

Os motivos mais informados para qualificar a insatisfação com o atendimento diziam respeito aos recursos humanos, principalmente, o profissional médico, e aspectos relacionados ao diagnóstico e ao tratamento, dentre eles, a prescrição de medicamentos para a solução do problema.

Muitas vezes os indivíduos procuram um serviço de saúde em busca de uma palavra de conforto e de atenção e, nesses casos, a dimensão do cuidar que envolve

aspectos de relacionamento interpessoal é a questão central na avaliação do atendimento.

Abaixo estão falas extraídas de entrevistados que referiram ter gostado do atendimento. Algumas valorizam o relacionamento interpessoal, em detrimento da qualificação profissional ou organização dos serviços:

- *“não me examinou, mas foi educado.”*
- *“foi atencioso, mas não descobriu o que ele tinha”.*
- *“atendeu bem, mas não tinha recurso”.*

SOUSA e SCHOLTZ (1996), estudando o atendimento em dois Postos de Saúde de Maringá (PR), observaram que 32,0% dos indivíduos que referiram ter tido um bom atendimento, apresentaram alguma queixa do serviço e esta proporção se elevou conforme aumentou a insatisfação do usuário. Constatou-se que, entre aqueles que acharam o atendimento ruim, as queixas foram relativas ao próprio atendimento, à falta de atendimento e cordialidade, enquanto aqueles que acharam o atendimento bom, queixaram-se da falta de atendimento e demora.

Abaixo, algumas falas ilustram as citações dos entrevistados, justificando a satisfação ou insatisfação com os serviços de saúde. A atenção dada ao cliente para que expresse livremente o que sente são pontos importantes para a satisfação com o atendimento:

“Porque eles esperam a gente falar o que a gente tem. Porque às vezes a gente pode falar mais alguma coisa que a gente tem.”

“Porque é o tipo de profissional que não se preocupa somente com o receituário”

- *“Atendeu bem, são delicados, fazem entrevista com a gente, dá atenção, ouve o que a gente fala”*

- *“porque ele sabe como tratar as pessoas psicologicamente”*

A importância do modo como se processa a comunicação entre o médico e o cliente tem sido observada, em vários estudos, e é um tema muito explorado na investigação da satisfação do usuário.

BERTAKIS et al. (1991), em seu estudo sobre comunicação médico-paciente e satisfação dos clientes, observaram que, durante a visita médica, quando a conversa

inclui tópicos psicossociais, os pacientes apresentam-se muito mais satisfeitos do que quando a visita se restringe à troca de informações biomédicas. GROSS et al. (1998) também constataram que o tempo da duração da consulta e um pouco de conversa informal com o paciente sobre assuntos triviais são fatores que interferem positivamente na satisfação do paciente com o atendimento.

Um dos importantes aspectos da satisfação está na comunicação entre o médico e o paciente e o seu estilo predomina sobre a qualidade técnica no transcorrer da consulta. O estilo de comunicação pode ser afetivo ou de controle. Quando afetivo, o médico mostra interesse, amizade, desejo de ajudar, simpatia, humor e calor humano, o que não acontece no controle em que o médico adota postura de autoridade, *status* e poder diante do paciente (BULLER Mary e BULLER David 1987).

ROSENTHAL e SHANNON (1997), numa revisão de literatura, encontraram diversos estudos que identificaram fortes associações da satisfação com a habilidade de comunicação do médico, fornecimento de informações sobre as intervenções terapêuticas e o tempo despendido na educação do paciente.

No estudo realizado com pacientes atendidos em serviços de atenção primária à saúde que responderam a um questionário, enviado por correio após cinco a sete dias da consulta médica, verificou-se que os pacientes, em seu julgamento, são capazes de distinguir a habilidade interpessoal do médico, o processo técnico do cuidado e os resultados do encontro. Os dois atributos da qualidade que mais contribuíram para os aspectos interpessoais foram a maneira como o médico cumprimentou o paciente e o respeito que o médico mostrou por ele. Notaram outras correlações importantes como diminuição do medo e da ansiedade e explicações/esclarecimentos sobre o tratamento (HADDAD et al. 2000).

Segundo LEE (1994), os professores na universidade não enfatizam o estabelecimento de um relacionamento terapêutico efetivo com os pacientes da mesma forma que ouvir fatos biomédicos e outras informações. Além disso, são condicionados a não gostar ou confiar nos pacientes. As justificativas dadas recaem sobre o fato de que manter a distância do paciente aumenta a eficácia do tratamento e protege os profissionais de reações decorrentes de trocas emocionais envolvidas no

atendimento a pessoas doentes.

O cliente pode não entender de medicina mas sabe que, para chegar ao diagnóstico, o exame físico é parte essencial desse processo:

“Porque ela examinou bem a criança, olhou o ouvido com aparelho”

“O médico não me examinou, ele só deu a receita. Ele só falou o que você está sentindo? e me deu a receita e pronto. Eu acho que pelo menos deveria ter tirado a pressão”

“Porque ela olhou a criança e nem olhou se a criança estava com a garganta inflamada. Só perguntou o que tinha e receitou o remédio”

Num estudo, em estabelecimentos de assistência primária de quatro cidades europeias, realizado por CALNAN et al. (1994), os principais determinantes da satisfação do paciente foram a qualidade da relação médico-paciente e a competência profissional do médico e não as características inerentes aos pacientes.

A população se influencia muito pela mídia e pelos lançamentos no mercado das drogas novas e chega a desvalorizar determinados medicamentos:

“Receitou um remédio que o outro médico da segunda vez reprovou”.

“Ele só passou AAS. Eu quero um remédio bom para ela”.

É importante manter a ética e não criticar a terapêutica instituída por outros médicos, diante do paciente, pois pode vir a interferir na credibilidade do usuário pelo serviço utilizado. A avaliação do processo mórbido, em momentos diferentes, também influencia a conduta médica, uma vez que o quadro clínico numa primeira consulta pode ser muito difuso dependendo do estágio da doença.

Uma comunicação deficiente pode repercutir negativamente na adesão do cliente ao tratamento. Ademais, a linguagem utilizada pelo médico nem sempre é acessível à compreensão do cliente. Uma pessoa que, por questões culturais ou econômicas, não tem acesso ou conhecimento de determinados produtos pode sentir-se ofendida com certas recomendações:

“Manda comer germe de trigo, carne pra gente que é pobre”

Um outro fato importante está relacionado aos aspectos culturais do grupo estudado. Quando uma região é povoada por imigrantes, é provável que o conceito de

saúde/bem-estar e suas crenças sobre manutenção de saúde, prevenção da doença e cura sejam heterogêneos. Verificou-se, nas características demográficas da população moradora do ERS-12, que a maior parte da população não era natural do local.

Segundo SALIMBENE (1999), a cultura do paciente (que inclui crenças e práticas sobre a saúde/doença) e o grau de aculturação irão determinar o que constitui delicadeza, atenção e outras expectativas sobre o tratamento, medicação e serviços. Portanto, os critérios utilizados pelos clientes para avaliar um serviço ou atendimento serão distintos.

Assim como na satisfação ou insatisfação com os serviços, no atendimento do profissional também mencionaram-se questões relacionadas à organização dos serviços e deficiências do serviço público:

“não tinha nenhum médico para atender, apesar de ser 14hs do sábado” (PS municipal)

“Era pago e os médicos dão mais atenção”

A boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao paciente, com efeitos positivos no tratamento. Em alguns casos, esse fator determina diferenças sensíveis entre dois serviços iguais. Ou seja, a “boa relação” pode “compensar” falhas no cuidado técnico (JUNQUEIRA e AUGÉ 1996).

Vale ressaltar que diferentes grupos possuem diferentes conceitos sobre a função dos provedores do cuidado.

Embora, pelas falas obtidas, as opiniões sobre o atendimento profissional parecessem dirigidas ao médico, estudos que avaliam a satisfação do cliente em relação ao atendimento de enfermagem também mostram resultados semelhantes quanto à habilidade técnica.

O estudo feito em um serviço de atenção primária à saúde, na Flórida (EUA), a partir de um instrumento de coleta, tomando como referência os elementos de interação cliente-profissional, mostrou, por meio da análise de regressão, que a competência técnica e as atividades educativas para o auto-cuidado em casa eram excelentes preditores da satisfação geral com o cuidado recebido na clínica (BEAR e BOWER 1998).

Tais aspectos, além de promover a satisfação do usuário pelo atendimento,

favorecem a sua participação na recuperação de seu estado de saúde.

De todos os relatos obtidos percebe-se que quando o usuário se sente bem acolhido no serviço e cuidado com atenção e respeito, provavelmente emitirá opinião de satisfação pelo atendimento.

É importante observar a estrutura física para proporcionar conforto e uma estada agradável no serviço, mas também deve-se considerar que o usuário deseja ser atendido com calor humano e perceber aquele momento da consulta como seu, para expressar o que sente física e emocionalmente.

4.2 RESOLUTIVIDADE E SATISFAÇÃO COM A HOSPITALIZAÇÃO NO ANO ANTERIOR À ENTREVISTA

Do total de 10.190 entrevistados, 595 (4,9%) mencionaram, pelo menos, uma internação no ano anterior à data da entrevista, o que representou uma taxa de hospitalização de 49,3 ‰ habitantes. A maior taxa de hospitalização foi constatada em Juititiba (62,7‰) e a menor, em Embu-Guaçu (38,7‰), com a ressalva de que as taxas não foram padronizadas pela estrutura populacional. A posição desses municípios com relação à frequência de internações foi a mesma observada para o coeficiente de prevalência de morbidade referida.

4.2.1 Características sócio-demográficas

Com relação às características sócio-demográficas, 70,0% (381) eram do sexo feminino, com uma taxa de hospitalização de 69,0‰ mulheres e de 29,3‰ homens. Por municípios, a maior taxa de hospitalização entre as mulheres foi verificada em Itapeçerica da Serra (83,9‰) e em Juititiba (78,1‰) e, entre os homens, também, em Juititiba (48,6‰), seguida por Cotia (41,4‰). Em relação à morbidade referida, Juititiba foi a cidade com os maiores coeficientes, tanto na população masculina quanto na feminina.

A população internada com idade até 29 anos representou 63,1% (225) dos casos, com uma taxa de hospitalização de 66,9‰ habitantes, caracterizada, principalmente, por menores de um ano (69,9‰) e adultos na faixa dos 20 aos 29 anos de idade (97,9‰). Com exceção de Juititiba, nas demais cidades do ERSA-12, um pouco mais de um terço das hospitalizações eram de pessoas de 20 a 29 anos de idade. Entre os moradores de Taboão da Serra, observou-se a maior taxa de hospitalização de menores de um ano (91,7‰), e de crianças de um a nove anos, os maiores valores foram detectados em Taboão da Serra (50,6‰) e em Juititiba (46,7‰), muito superiores aos dos demais municípios da região estudada.

A maior taxa de hospitalização, como esperado, foi observada no grupo com 90 anos ou mais (Gráfico 4.6)

Gráfico 4.6 – Taxa de hospitalização (% habitantes) por faixa etária, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

Chama a atenção a taxa de hospitalização para o grupo de 20 a 29 anos de idade, o que pode ser explicado pelos partos, que correspondeu a uma taxa de 71,1% habitantes. Embora a taxa de hospitalização tenha sido maior naqueles com idade igual ou superior a 90 anos, o volume de internações atribuído a esse grupo foi de apenas 0,1% (3) porque, no Brasil, o número de pessoas que atinge esta idade é muito reduzido.

Os chefes de família deste grupo eram, em sua maioria, proletários (83,0%), principalmente proletários não típicos, e 53,5% (377) das pessoas possuíam até o curso primário. Mais de 85,0% tinham uma ocupação ativa no mercado de trabalho, um perfil similar ao grupo que referiu um problema de saúde nos quinze dias anteriores à entrevista.

Do ponto de vista da seguridade em saúde, a maior parte dependia, exclusivamente, do atendimento SUS (60,4%) e, os demais, 29,4% (132), possuíam

convênio da empresa e 5,2% (23), plano de saúde privado. Nessa população, a porcentagem de pessoas com seguro público de assistência também foi maior em Juquitiba, atingindo 91,3% (101) dos entrevistados, enquanto para os demais municípios da região esse valor oscilou em torno de 65,0%. Em Juquitiba, nenhum dos moradores tinha seguro privado de saúde.

4.2.2 Aspectos relacionados à hospitalização

A maioria das pessoas referiu uma internação no período de um ano (85,6%). Houve variação de 1 a 6 internações com média de 1,2 internações por entrevistado. O tempo médio de internação foi de 7,6 dias (variação de 6 horas a 6 meses) e 65,0% dos entrevistados permaneceram internados por até 3 dias. Esse dado indica que os casos eram de fácil resolução, de caráter agudo e favorecia a rotatividade de leitos hospitalares. Esse dado é importante, visto que a região oferecia reduzido número de leitos. Além disso, o número de internações por parto influenciou no valor obtido para o tempo de internação. O tempo médio de permanência hospitalar foi superior ao encontrado por LEBRÃO (1994), nos hospitais do Vale do Paraíba, em 1988, de 4,2 dias.

O tempo médio de espera para conseguir a internação foi de 7,6 dias (variação de 1 hora a 1 ano). De modo geral, houve pouca demora, uma vez que 63,0% (382) esperaram até 1 hora. Boa parte da rapidez no atendimento pode ser atribuída ao número de partos (146) e atendimentos de causas externas (60) que são considerados de urgência.

4.2.2.1 Diagnósticos de internação

Observando-se a distribuição dos diagnósticos de internação referidos, 37,0% (146) se referiram a complicações de gravidez, parto e puerpério (Tabela 4.19), com uma taxa de hospitalização de 18,2‰ habitantes. Este resultado explica o fato de 70,0% das pessoas internadas serem do sexo feminino e, também, a maior proporção de adultos jovens na composição etária da população hospitalizada. Mostra, também, a importância de leitos de maternidade, na região, uma vez que a quantidade de nascimentos na rede hospitalar superava, em 1996, os 90,0% (BENFAM 1997).

Tabela 4.19 - Distribuição de diagnósticos de intenação e taxa (por 1000 habitantes) de diagnósticos, segundo município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO**	MUNICÍPIOS																				
	Taboão da Serra			Embu			Itapecerica			Embu-Guaçu			Juquitiba			Cotia			TOTAL		
	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.	N	%*	Coef.
1- D. Infecciosas e Parasitárias	1	1,9	0,9	2	0,8	0,3	2	0,7	0,3	1	1,8	0,9	6	5,6	3,6	2	1,6	0,9	14	1,4	0,8
2- Neoplasmas	-	-	-	1	1,8	0,8	3	2,9	1,6	-	-	-	-	-	-	1	0,3	0,2	5	1,1	0,5
3- D. Glând. Endócrinas, Nutrição e Metabolismo e Transt. Imunitários	2	3,7	1,7	5	4,3	1,9	4	2,5	1,4	3	1,4	0,5	3	2,7	1,1	7	4,5	2,5	24	3,6	1,8
4- D. Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	-	-	-	1	1,8	0,8	1	0,3	0,2	-	-	-	1	0,8	0,5	1	1,4	0,8	4	0,9	0,4
5- Transtornos Mentais	-	-	-	2	2,1	0,9	1	1,4	0,8	2	2,8	1,1	1	0,8	0,5	2	1,7	0,9	8	1,2	0,6
6- D. Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	4	5,5	2,6	5	4,8	2,1	4	3,0	1,6	3	5,6	2,1	2	1,6	1,0	7	3,5	2,0	25	4,3	2,1
7- D. Aparelho Circulatório	15	15,0	6,9	21	11,2	5,0	13	5,9	3,2	10	8,9	3,4	8	5,2	3,3	11	6,3	3,1	78	9,5	4,7
8- D. Aparelho Respiratório	7	9,0	4,2	7	7,8	3,5	8	4,0	2,2	5	3,5	1,3	21	16,6	10,3	11	8,1	4,6	59	7,5	3,8
9- D. Aparelho Digestivo	4	2,0	0,9	7	3,7	1,6	15	10,0	5,5	7	6,3	2,4	7	6,0	3,8	8	4,8	2,7	48	4,9	2,4
10- D. Aparelho Geniturinário	7	9,2	4,2	3	2,4	1,1	11	11,7	6,2	8	7,3	3,0	4	3,7	2,2	10	8,4	4,7	43	7,5	3,7
11- Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério	9	24,0	11,1	27	48,0	21,4	37	47,4	26,0	21	38,3	14,8	28	22,8	14,4	24	34,4	19,3	146	37,0	18,2
12- D. Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	1	0,5	0,2	1	0,4	0,2	1	1,4	0,8	-	-	-	4	3,6	2,2	1	1,4	0,8	8	0,9	0,5
13- D. Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	3	6,5	3,0	1	0,3	0,1	1	1,4	0,8	2	2,2	0,9	3	2,3	1,4	1	1,7	0,9	11	2,6	1,3
14- Anomalias Congênicas	1	3,3	1,5	-	-	-	-	-	-	1	0,5	0,1	-	-	-	-	-	-	2	0,8	0,4
15- Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal	1	0,5	0,2	1	0,4	0,2	1	0,3	0,1	3	1,2	0,4	1	0,8	0,4	3	0,6	0,4	10	0,6	0,3
16- Sintomas, Sinais e Afeções Mal Definidas	6	7,3	3,3	7	5,0	2,3	7	3,0	1,7	7	10,6	4,1	17	12,6	8,0	16	9,8	5,5	60	7,2	3,4
17- Lesões e Envenenamentos	6	8,5	3,9	6	5,0	2,2	2	1,6	0,9	4	9,6	3,7	14	12,3	7,8	9	12,4	6,9	41	7,6	3,7
V- Clas. Suplementar	2	3,1	1,5	1	0,2	0,1	1	1,2	0,8	-	-	-	2	1,3	0,8	-	-	-	6	1,0	0,2
E- Clas. Suplementar de Causas Ext.	-	-	-	-	-	-	1	1,3	0,7	-	-	-	1	1,3	0,4	-	-	-	2	0,4	0,5
Total	69	100,0	45,9	98	100,0	44,4	113	100,0	54,8	77	100,0	38,8	123	100,0	61,8	114	100,9	56,3	594	100,0	49,3

* porcentagem ns amostra ponderada

** Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão e

Taboão da Serra foi o único município onde não se encontraram parturientes na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade. Em Itapecerica da Serra e em Juquitiba, identificaram-se parturientes, na faixa etária dos 40 aos 49 anos de idade, com uma taxa de hospitalização de 13,0‰ e 9,3‰ habitantes, respectivamente.

Os principais motivos de internação diferiram do perfil de morbidade referida da população (Tabela 4.1), nos quinze dias anteriores à entrevista, onde se observou maior prevalência de doenças dos aparelhos respiratório e digestivo, excluindo-se os sinais e sintomas mal definidos. Na hospitalização, as doenças do aparelho circulatório (9,5%), foram o segundo maior motivo para a hospitalização, com uma taxa de 4,7‰ pessoas e, aqui, as maiores taxas foram encontradas entre os moradores de Taboão da Serra e Embu, 6,9‰ e 5,0‰ habitantes, respectivamente. Nesse grupo, as afecções mais frequentes foram as doenças hipertensivas, cerebrovasculares e outras formas de doenças do coração. Essas informações evidenciam a importância das doenças hipertensivas na região de estudo e, pelo número de internações atribuídas a elas, constata-se que o controle dessa afecção não tem sido eficaz. Como se verificará na análise das doenças crônicas, a frequência de visita de rotina ao médico foi baixa e a tomada de medicação ficou em torno de 50,0%. No entanto, esses municípios não foram aqueles onde se verificou a menor aderência ao tratamento, quando comparados com os demais municípios da área estudada.

As lesões e envenenamentos, embora tidos como a terceira causa (7,6%) de internação, apresentaram uma taxa de hospitalização de 3,7‰ habitantes, igual à taxa das doenças do aparelho geniturinário. A menor taxa foi observada em Itapecerica da Serra (0,9‰) e, as maiores, em Juquitiba (7,8‰) e em Cotia (6,9‰). Entre as causas externas, 41,0% (16) estiveram relacionadas a alguma fratura. Em Cotia, as internações por lesões e envenenamentos foram a segunda causa de internação. Juquitiba foi o único município onde se encontrou internações por este tipo de afecção, nas crianças de 1 a 9 anos de idade, caracterizada por ferimentos e fraturas de membros superiores e complicações traumáticas não especificadas.

Também bastante citadas foram as afecções respiratórias e geniturinárias, 7,5% cada, com uma taxa de hospitalização de 3,8‰ e 3,7‰ habitantes, respectivamente. Entre as doenças respiratórias, foram mais referidas as pneumonias e

as gripes (51,2%), seguido pelas bronquites não especificadas como agudas ou crônicas (13,9%) e asma (9,6%). Nas afecções do trato geniturinário, 47,4% (16) dos agravos à saúde estavam codificados em outros transtornos do trato genital feminino e 26,7% (14), na categoria de outras doenças do aparelho urinário.

A maior ocorrência de casos de gravidez, parto e puerpério e de doenças do aparelho circulatório como causa de internação também foi verificada nos hospitais do Vale do Paraíba, em 1988 (LEBRÃO 1994).

Dentre os nascimentos referidos (127), 7,9% (10) dos recém-nascidos necessitaram de hospitalização para cuidados intensivos ou semi-intensivos, seja pela prematuridade, seja por outros agravos à saúde do período perinatal. Na amostra expandida, correspondeu a 6,9% dos nascidos moradores na região. Pelas informações obtidas no site do Datasus¹, não havia leitos de terapia intensiva neonatal, na região de estudo, na época do inquérito.

4.2.2.2 Serviços utilizados

As internações ocorreram principalmente em hospitais (92,0%) com 3,3% (18) de hospitalizações em prontos-socorros e 1,9% (11) em clínicas/ambulatórios médicos.

4.2.2.3 Localização do serviço

A Figura 4.2 mostra a movimentação da população na utilização de um serviço para hospitalização. Em comparação à procura de serviços de saúde para consulta (Figura 4.1), observa-se que, para a internação, os serviços locais foram pouco procurados, com maior demanda nos municípios que possuíam leitos hospitalares. Outras cidades do Estado de São Paulo foram mais procuradas para hospitalização do que para consultas médicas, mantendo-se a maior procura na Capital.

¹ no site www.datasus.gov.br

As internações localizaram-se preferencialmente no município de São Paulo (69,8%) (Tabela 4.20), o que era esperado, uma vez que a região contava com poucos hospitais.

Tabela 4.20 - Distribuição da população que referiu hospitalização no último ano, segundo município de residência e localização do serviço de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS											
	Próprio município		ERSA-12		São Paulo		Outros		NS-NR		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Taboão da Serra	5	11,1	-	-	60	87,0	3	2,0	-	-	68	100,0
Embu	7	8,1	5	6,0	72	67,6	13	16,2	1	2,1	98	100,0
Itapecerica da Serra	2	1,7	1	0,3	104	94,0	6	4,0	-	-	112	100,0
Embu-Guaçu	2	1,0	-	-	69	91,0	6	8,0	-	-	77	100,0
Juquitiba	65	52,7	2	1,2	45	37,1	9	7,6	2	1,4	123	100,0
Cotia	29	27,3	1	1,4	45	36,4	38	33,3	1	1,6	114	100,0
Total	110	13,8	9	1,9	395	69,8	75	13,6	4	0,9	593	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Em Cotia, onde havia dois hospitais, menos de 30,0% da população utilizou esses serviços e, outra particularidade dos moradores desse município é que a procura de serviços na Capital foi quase a mesma daquela por serviços em outras cidades fora da área de estudo. Itapecerica da Serra era o município que tinha a maior oferta de leitos hospitalares (3,1‰ habitantes), embora privados e, mesmo assim, foi aquele onde os moradores mais se utilizaram dos hospitais de São Paulo. Como não se sabe porque a população procurou atendimento em outro local, não se pode atribuir isso a falta de leitos hospitalares no município. Ao se somar os leitos disponíveis na região, excluindo-se o Hospital e Maternidade de Taboão da Serra, para o qual não se conseguiu informação, a disponibilidade de leitos na região foi quase de 1,0 ‰ habitantes. Cabe lembrar, também, que 77,7% (414) desses leitos pertenciam a instituições privadas e não foi obtida a informação sobre o número de leitos contratados pelo SUS.

Juquitiba foi o município onde os moradores mais se internaram no próprio local, diferentemente de Itapecerica da Serra e Embu-Guaçu, onde mais de 90,0‰ dos

residentes que referiram hospitalização utilizaram os serviços de saúde do município de São Paulo. Embu-Guaçu não tinha hospitais e Itapeceira da Serra possuía apenas um hospital privado. A existência de hospitais privados na região não parece ter favorecido o acesso à internação, à época do estudo.

Os moradores que usaram os serviços de saúde de outros municípios do Estado de São Paulo, excluindo-se o de São Paulo, internaram-se em cidades próximas à região de estudo, como Itapevi e Osasco (49,0%). Os hospitais desses municípios foram mais utilizados por Cotia e Embu, os mais próximos desses locais. Já no município de São Paulo, a maioria das internações ocorreu em serviços de saúde da região do ERSA 8 (32,7%) que incluía Santo Amaro, Capela do Socorro e Parelheiros; o ERSA 1 (27,7%), Barra Funda, Santa Cecília, Santa Efigênia, Consolação, Cerqueira Cesar, Jardim Paulista, Bela Vista, Aclimação, Vila Mariana, Cambuci, Sé, Brás, Bom Retiro, Pari, Moóca, Ibirapuera e Indianópolis; o ERSA 2 (19,3%), Lapa, Vila Madalena, Perdizes, Jardim América, Pinheiros, Butantã e o ERSA 3 (19,1%), Sapopemba, Vila Prudente, Saúde, Jabaquara e Ipiranga.

Apenas 14,9% (27) das gestantes utilizaram o serviço do próprio município e 2,4% (2) outros serviços do ERSA-12; as demais vieram para São Paulo, deduzindo-se que havia falta de leitos de maternidade na região.

Os entrevistados que referiram afecções que pudessem necessitar de intervenção cirúrgica foram todos internados no município de São Paulo, mostrando também a carência de leitos cirúrgicos na região.

Todos os neoplasmas e as anomalias congênitas que originaram uma internação foram tratados em serviços de saúde do município de São Paulo. Por serem problemas muito específicos, é possível que a região não dispusesse de recursos para atender tais casos. No entanto, para suprir essa necessidade deveria haver um serviço de referência para encaminhar os pacientes, o que não foi observado neste inquérito.

O meio mais utilizado para chegar ao serviço de saúde foi o carro próprio em 36,0% (178) dos casos, 20,1% (169) de ambulância, 24,9% (134) de ônibus, sendo que quase metade destes utilizou mais de uma condução. Em Embu-Guaçu e Juquitiba, verificou-se maior frequência de indivíduos chegando de ambulância ao

serviço de saúde, 52,9% (35) e 44,6% (56), respectivamente, o que deve estar relacionado à elevada proporção de indivíduos atendidos nesses municípios e encaminhados para internação.

4.2.3 Resolutividade dos serviços utilizados

A maioria das internações (58,7%) se deu por conta própria, nas demais, (41,1%), por encaminhamento por meio de outro serviço (Tabela 4.21). A proporção de casos hospitalizados no próprio local em que se procurou a ajuda, ou seja, por conta própria, corresponde à capacidade resolutiva qualitativa dos serviços utilizados pelos moradores da região.

Tabela 4.21 – Distribuição de entrevistados que referiram hospitalização no último ano, segundo a forma de admissão e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORMA DE ADMISSÃO							
	Por conta própria		Por encaminhamento		NS-NR		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Taboão da Serra	43	63,8	25	35,7	1	0,5	69	100,0
Embu	58	61,8	40	38,2	-	-	98	100,0
Itapeccerica da Serra	56	50,5	57	49,5	-	-	113	100,0
Embu-Guaçu	29	30,0	48	70,0	-	-	77	100,0
Juquitiba	78	64,7	42	33,3	3	2,0	123	100,0
Cotia	69	61,1	45	38,9	-	-	114	100,0
Total	333	58,7	257	41,1	4		594	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Embora a internação por conta própria tenha chegado a 64,7% (78) entre os moradores de Juquitiba, em Embu-Guaçu, ela se restringiu a 30,0% (29) dos hospitalizados. No entanto, isso não permite concluir que os serviços procurados pelos residentes de Embu-Guaçu para internação eram pouco resolutivos, pois a resolutividade depende do tipo de serviço procurado e sabe-se que muitos dos serviços não tinham a finalidade de internação, principalmente os do próprio município, por serem serviços de atenção primária à saúde.

O manual do entrevistador é claro ao definir a categoria “por conta própria” como a internação cuja decisão partiu do próprio indivíduo, porém não faz menção a cirurgias eletivas, se a escolha do serviço foi da pessoa ou se algum serviço ou médico fez o agendamento da cirurgia.

4.2.3.1 Tipo de serviço que fez o encaminhamento

Os principais serviços que fizeram encaminhamentos foram as clínicas/ambulatórios (33,0%), UBS (25,0%) e hospitais (24,4%). O número de encaminhamentos pelos dois primeiros se justifica, pois não são estabelecimentos destinados à internação. Já no caso dos hospitais, o encaminhamento pode ter decorrido da não competência técnica do serviço para o atendimento, a reduzida disponibilidade de leitos hospitalares ou, então, pelo fato de o entrevistado possuir um plano ou seguro saúde com cobertura para internação, no caso de serviços privados não contratados pelo SUS.

Embu-Guaçu foi o município onde o maior número de moradores utilizou as UBS como porta de entrada no sistema de saúde, para a solução de seus problemas (77,2%), quando o resultado do atendimento gerou encaminhamento para hospitalização (Gráfico 4.7). Esse resultado era esperado, uma vez que o município não oferecia serviços de internação e, além disso, era distante de São Paulo. Embu também não tinha, naquela época, hospital e, no entanto, a UBS não foi o serviço mais procurado pela população em caso de encaminhamento posterior. Na análise dos resultados do grupo que referiu morbidade, também se observou que quase 70,0% dos moradores de Embu-Guaçu utilizaram as UBS como porta de entrada.

As clínicas médicas e ambulatórios também foram bastante utilizados em Cotia, Taboão da Serra e Itapequerica da Serra, provavelmente por haver maior oferta dos serviços nesses locais. A proximidade desses municípios de São Paulo e o fácil acesso pelas rodovias deve favorecer a abertura de clínicas e consultórios nesses locais. Ademais, São Paulo está saturado, pelo menos na região central, de profissionais da saúde e os próprios convênios facilitam o credenciamento de profissionais quando se instalam em áreas pouco exploradas.

Gráfico 4.7 - Distribuição da população que referiu hospitalização no último ano, segundo município de residência e tipo de serviço de saúde que fez o encaminhamento, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

Na análise da morbidade referida, percebeu-se que as internações ocorridas nos quinze dias haviam sido mais freqüentes entre aqueles que procuravam um hospital, mostrando a tendência de as pessoas utilizarem o hospital para os casos mais graves. No entanto, pelas informações obtidas da população que referiu hospitalização no último ano, por meio de encaminhamentos, verifica-se que parte considerável utilizou serviço de atenção primária à saúde, como primeira escolha, o que é desejável na proposta SUS. Porém, provavelmente, isto ocorreu porque esses serviços corresponderam às expectativas da população e não porque ela conhecia e compreendia esse modelo assistencial, ou se foi, ainda, por falta de alternativa ou de percepção da gravidade do problema, é difícil saber.

4.2.3.2 Localização do serviço que fez o encaminhamento

Verificou-se que a distribuição de encaminhamentos feitos pelos serviços de São Paulo e do próprio município esteve relacionada à localização dos serviços utilizados para o atendimento (Tabela 4.22). Como Juquitiba e Embu-Guaçu mais utilizaram serviços do próprio município, esperava-se que a maior proporção de

encaminhamentos também fosse feita por serviços do município de residência. O mesmo é verdade para os que mais procuraram serviços em São Paulo.

Tabela 4.22 - Distribuição de indivíduos que referiram internação por meio de encaminhamento, segundo localização do serviço de saúde que encaminhou e município de residência, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ENCAMINHARAM											
	Próprio município		ERSA-12		São Paulo		Outros		NS-NR		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Taboão da Serra	6	28,5	-	-	19	71,5	-	-	-	-	25	100,0
Embu	10	17,4	9	34,1	20	47,8	1	0,7	-	-	40	100,0
Itapecerica da Serra	21	36,2	2	5,8	29	55,4	4	2,6	-	-	56	100,0
Embu-Guaçu	33	76,3	-	-	14	23,0	1	0,7	-	-	48	100,0
Juquitiba	33	78,6	1	2,6	2	4,0	5	12,3	1	2,5	42	100,0
Cotia	21	51,4	-	-	18	37,9	6	10,7	-	-	45	100,0
Total	124	38,5	12	9,0	102	48,8	17	3,6	1	0,1	256	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Entre os moradores de Embu-Guaçu e Juquitiba, cerca de 75,0% foram encaminhados para internação, após o atendimento no próprio município. Talvez pela distância do município de São Paulo, os moradores de Juquitiba e Embu-Guaçu procurassem os serviços locais, de onde seriam encaminhados a serviços mais complexos, caso houvesse necessidade. Apesar de Juquitiba possuir um hospital novo, parece não ter havido recursos suficientes para atender à demanda.

Como a implantação da municipalização iniciou-se posteriormente ao inquérito realizado (VIEIRA 1992), não foi possível discutir o sistema de referência. Nas respostas relacionadas a encaminhamentos feitos, observa-se tendência dos serviços em encaminharem os pacientes sempre para os mesmos serviços de saúde. Os critérios pelos quais isso ocorreu, se pela proximidade ou pelo quadro clínico do paciente, são desconhecidos.

Neste inquérito, poucos foram os hospitais públicos identificados, por meio das entrevistas, como de referência para os casos encaminhados, exceção feita ao

Hospital Regional Sul e Hospital Darcy Vargas. Este último foi nitidamente utilizado como referência para casos de pediatria. Cabe lembrar que são hospitais próximos à área de estudo. Alguns hospitais conveniados pelo SUS também foram muito utilizados para encaminhamentos.

Percebeu-se tendência de as clínicas e médicos particulares encaminharem seus clientes para São Paulo, tanto para serviços públicos quanto para serviços privados contratados pelo SUS. As clínicas/ambulatórios de convênios encaminharam seus clientes para hospitais do próprio convênio ou por eles contratados, localizados fora da área de estudo.

A maior parte dos casos encaminhados pertencia às complicações da gravidez, parto e puerpério (38,5%), sinais e sintomas mal definidos (9,3%), afecções do aparelho circulatório (8,8%), doenças do trato geniturinário (7,6%) e lesões e envenenamentos (7,1%).

Cerca de 50,0% (8) dos casos de fraturas internados foram encaminhados por outros serviços, dos quais 75,0% (6) transferidos de hospitais, e destes, apenas 4,3% (2) de serviços da própria região de estudo. Os acidentes podem ter ocorrido fora do ERSA-12 ou a população teve tendência a procurar um serviço de saúde das cidades mais próximas, para os problemas decorrentes de causas externas, denotando incapacidade do ERSA-12 para resolver tais casos. Cotia era o único município que possuía cinco leitos de Unidade de Terapia Intensiva.

4.2.4 Forma de pagamento

Uma vez hospitalizados, 93,1% (540) dos indivíduos não pagaram pela internação e esta tendência foi observada em cada município em separado (Gráfico 4.8). O convênio da empresa foi o segundo recurso mais utilizado pela maioria dos moradores, com exceção daqueles de Juquitiba.

Gráfico 4.8 - Distribuição da população hospitalizada no último ano, segundo o motivo pelo qual não pagou a internação e município de residência, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

O plano de saúde privado foi utilizado pelos moradores de Taboão da Serra, Cotia e Itapecerica da Serra. Observou-se que quase metade das pessoas que possuía plano de saúde privado, por alguma razão, utilizou os serviços do SUS, o mesmo se verificando entre 20,0% daqueles com convênio da empresa. Essa tendência para a utilização do SUS, inclusive nos serviços privados conveniados com o SUS, também havia sido observada na utilização dos serviços por morbidade referida. Possivelmente, o motivo está relacionado à falta de cobertura do convênio para o agravo em questão, preferência pelo serviço público ou, talvez, proximidade do serviço utilizado.

Aqueles com plano de saúde privado internaram-se em serviços de saúde fora da região, sendo que 99,5% destes ocorreram no município de São Paulo. Este tipo de plano de saúde possibilita a escolha do serviço a ser utilizado dentro dos serviços credenciados pelo plano de assistência. Os hospitais privados da região foram pouco utilizados: o hospital privado de Taboão da Serra não foi utilizado pelo grupo entrevistado, o de Itapecerica da Serra foi referido por apenas um entrevistado e

aquele localizado em Cotia foi utilizado por três entrevistados por encaminhamento feito pelos serviços públicos.

Dos entrevistados com convênio da empresa, 5,3% (8) utilizaram serviços do próprio município, enquanto o restante utilizou serviços tanto do município de São Paulo, quanto de outros locais.

4.2.5 Satisfação do cliente

A satisfação com o atendimento profissional, na opinião dos entrevistados, foi maior do que a avaliação do serviço de saúde utilizado (Tabela 4.23).

Tabela 4.23 - Distribuição da população, segundo grau de satisfação em relação ao atendimento médico e ao serviço de saúde, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

GRAU DE SATISFAÇÃO	ATENDIMENTO PROFISSIONAL		SERVIÇO DE SAÚDE	
	N	%*	N	%*
Muito bom	237	54,8	308	41,8
Bom	261	36,6	234	39,9
Mais ou menos	53	3,4	22	9,9
Ruim	36	4,0	19	7,3
NS-NR	7	1,2	11	1,0
Total	594	100,0	594	100,0

N = nº absoluto na amostra não ponderada

* % na amostra ponderada

Na população estudada, 91,4% (498) gostaram do atendimento do profissional e 81,7% (512) do serviço de saúde utilizado (muito bom e bom). Assim como nas consultas médicas, na internação, o índice geral de satisfação foi elevado, porém para o atendimento profissional o valor foi superior.

4.2.5.1 Satisfação com o serviço de saúde

Os menores índices de satisfação pelo serviço de saúde foram observados entre os moradores de Jquitiba, Embu e Cotia.

Com relação aos serviços utilizados em cidades do Estado de São Paulo, excluindo-se o Município de São Paulo, ou outros Estados, a totalidade dos entrevistados hospitalizados por encaminhamento ficou satisfeita, tanto com o atendimento médico quanto com o serviço de saúde. Como o número de casos foi pequeno ou único para a maioria dos municípios, não se pode inferir que os serviços desses locais eram melhores que os de São Paulo ou da região do ERSA-12.

A Tabela 4.24 mostra a distribuição dos moradores, segundo a satisfação pelos serviços de saúde e variáveis sócio-demográficas.

O índice de satisfação entre os moradores dos municípios da região foi menor em Taboão da Serra (79,6%), embora próximo dos demais valores. Este resultado contrasta com aquele obtido para as consultas médicas, pois os moradores de Taboão da Serra haviam ficado mais satisfeitos com os serviços de saúde.

Os entrevistados do sexo masculino ficaram mais satisfeitos que as mulheres (86,5%), não obstante nas publicações científicas se observe o inverso (WEISS 1980). É possível que as pessoas do sexo feminino tenham critérios mais refinados de avaliação.

Observou-se elevada porcentagem de satisfação entre os indivíduos com 70 anos ou mais, chegando à totalidade para aqueles com idade acima de 80 anos. Este resultado também foi constatado por DiMATTEO e HAYS (1980), que atribuíram o fato à urgência no atendimento de pessoas idosas e também à maior atenção dispensada a esse grupo etário.

Para as escolaridades, os valores oscilaram pouco, exceto para aqueles com nível primário que obtiveram o maior índice de satisfação (88,2%). As pessoas com menor grau de escolaridade talvez tenham expectativas diferentes dos serviços.

Os achados relacionados à escolaridade tendem a ser inconsistentes. Para as consultas médicas, a maior satisfação havia sido verificada entre os universitários.

Tabela 4.24 - Distribuição da população que referiu internação no último ano, segundo a satisfação pelo serviço de saúde e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	(%*	N	%*	N	%*
Município de residência	Taboão da Serra	55	79,6	14	20,4	-	-	69	100,0
	Embu	84	83,7	13	14,5	1	1,8	98	100,0
	Itapecerica da Serra	93	82,0	20	18,0	-	-	113	100,0
	Embu-Guaçu	66	86,0	8	10,1	3	4,0	77	100,0
	Juquitiba	108	87,2	13	11,5	2	1,3	123	100,0
	Cotia	92	80,0	21	18,7	1	1,4	114	100,0
Escolaridade	Analfabeto	50	78,6	11	20,5	2	0,8	63	100,0
	Primário	275	88,2	35	9,8	4	2,0	314	100,0
	Ginasial	108	77,2	21	22,8	-	-	129	100,0
	Colegial / técnico	31	70,4	1	28,8	1	0,8	33	100,0
	Universitário	16	76,9	5	23,1	-	-	21	100,0
Faixa Etária	1 mês a 9 anos	81	85,3	18	12,7	1	2,0	100	100,0
	10 a 29 anos	139	78,7	33	20,2	2	1,1	174	100,0
	30 a 49 anos	95	83,2	14	16,3	2	0,5	111	100,0
	50 a 69 anos	145	83,9	21	15,9	1	0,2	167	100,0
	70 a 99 anos	38	92,4	3	6,7	1	0,9	42	100,0
Sexo	Masculino	189	86,5	24	13,4	1	0,1	214	100,0
	Feminino	309	79,8	65	18,8	6	1,4	380	100,0
Classe Social	SP	47	80,4	8	14,8	1	4,8	56	100,0
	PT	158	83,4	23	16,1	3	0,4	184	100,0
	PNT	167	81,7	30	17,0	2	1,2	199	100,0
	NPB	18	82,8	4	14,7	1	2,5	23	100,0
	PBT	63	78,8	12	21,2	-	-	75	100,0
	B	1	12,7	3	87,3	-	-	4	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	366	80,0	76	18,8	5	1,2	447	100,0
	NPEA	114	92,7	9	6,9	2	0,4	125	100,0
Tipo de Assistência Médica	Convênio da empresa	100	73,4	31	26,6	-	-	131	100,0
	Plano saúde privado	21	92,5	2	7,5	-	-	23	100,0
	Outros convênios	11	76,7	2	13,3	-	-	13	100,0
	SUS	350	85,0	51	23,3	7	1,7	408	100,0

(%*) porcentagem na amostra ponderada

N= número absoluto na amostra não ponderada

Já se observou associação tanto em relação ao grupo com menor escolaridade quanto com o seu oposto (WEISS 1988). Provavelmente existam outras variáveis peculiares a cada grupo relacionadas a esses resultados.

Como nas consultas médicas, na hospitalização a maior satisfação foi

observada na população não economicamente ativa.

O resultado da satisfação para a classe da burguesia foi baixíssimo (12,7%). Provavelmente, este grupo tinha expectativas elevadas para o atendimento hospitalar.

Analisando-se o tipo de assistência utilizada, aqueles com plano de saúde privado obtiveram o maior valor para a satisfação com os serviços de saúde (92,5%) e o menor resultado ficou entre aqueles em que os chefes de família tinham convênio da empresa.

Na tabela 4.25, apresenta-se a distribuição da satisfação dos entrevistados, segundo o motivo da internação e variáveis de utilização dos serviços.

Tabela 4.25 - Distribuição da população que referiu hospitalização no último ano, segundo a satisfação pelos serviços de saúde, motivo da internação e utilização dos serviços, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Morbidade referida	Complicações gravidez	116	78,0	28	21,5	2	0,5	146	100,0
	D. Circulatórias	70	87,6	8	12,4	-	-	78	100,0
	D.Ap.Respiratório	50	83,6	9	16,4	-	-	59	100,0
	Lesão/Envenenamento	31	70,1	8	29,2	2	0,8	41	100,0
	Outros capítulos	224	82,0	35	16,7	3	1,3	262	100,0
Localização do serviço	Próprio município	97	91,5	13	8,5	-	-	110	100,0
	ERSA-12	6	34,6	3	65,4	-	-	9	100,0
	Outros municípios	393	81,1	73	17,8	5	1,1	471	100,0
Tipo do serviço	Hospital	461	80,8	84	18,2	5	1,0	550	100,0
	Outros	31	91,5	5	8,5	-	-	36	100,0
Forma de admissão	Conta própria	273	80,2	59	19,0	1	0,7	333	100,0
	Encaminhamento	224	84,0	29	14,7	4	1,3	257	100,0
Pagamento do atendimento	Sim	38	72,3	8	26,4	1	1,3	47	100,0
	Não	455	82,4	81	16,7	4	0,9	540	100,0
Demora para conseguir internação	1 a 12 horas	387	79,4	76	19,4	4	1,2	467	100,0
	1 dia a 24 dias	71	95,5	6	4,5	-	-	77	100,0
	1 a 12 meses	32	90,5	4	9,5	-	-	36	100,0
Nº hospitalizações	1	419	82,2	77	17,0	6	0,8	503	100,0
	2 a 6	75	75,7	11	21,3	1	3,0	87	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

A maior satisfação pelo atendimento profissional foi observada entre os moradores que utilizaram outros serviços que não o hospital (91,5%) e entre aqueles que se dirigiram a serviços de saúde do próprio município de residência (91,5%). O índice de satisfação na utilização de serviços de outros municípios do ERSA-12 foi baixo (34,6%), o que poderia justificar a elevada procura de serviços na Capital, apesar de, em alguns municípios, o número de leitos hospitalares ser reduzido.

Segundo a afecção referida, o menor índice foi observado nas lesões e envenenamentos, o que pressupõe que os serviços de atendimentos de emergência precisam investir na qualidade de atendimento.

A forma de admissão, se por conta própria ou por encaminhamento, mostrou padrão de satisfação semelhante. A admissão por conta própria poderia sugerir liberdade de escolha do serviço. Por outro lado, os encaminhamentos facilitam o acesso ao serviço e podem ser a garantia da obtenção de um leito hospitalar, que passa a ser preocupação do serviço que opta pelo encaminhamento. Ainda, esta variável pode estar relacionada ao tipo de seguridade social do entrevistado, pois, como visto, os que dependiam do SUS ficaram mais satisfeitos e muitos deles procuraram uma UBS antes de serem encaminhados para o hospital.

A satisfação pelos serviços entre aqueles que esperaram até 12 horas foi menor do que para os entrevistados que levaram maior tempo para conseguí-la. Presume-se que a maior satisfação para quem teve de esperar dias ou meses, se deva à própria obtenção de vaga e à possibilidade de resolver o problema de saúde.

Os entrevistados que não pagaram pela internação ficaram mais satisfeitos (82,4%). Para o número de hospitalizações, embora as categorias, quando agrupadas, mostraram menor índice para aqueles com mais de uma internação, houve grande variação entre os entrevistados desse grupo.

4.2.5.2 Satisfação com o atendimento profissional

A tabela 4.26 mostra a distribuição da satisfação pelo atendimento profissional, segundo variáveis sócio-demográficas.

Tabela 4.26 - Distribuição da população que referiu internação no último ano, segundo a satisfação pelo atendimento do profissional e variáveis sócio-demográficas, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELO ATENDIMENTO PROFISSIONAL							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Município de residência	Taboão da Serra	61	91,8	6	7,3	2	0,9	69	100,0
	Embu	91	91,9	5	6,0	2	2,1	98	100,0
	Itapecerica da Serra	101	90,2	12	9,8	-	-	113	100,0
	Embu-Guaçu	71	93,5	3	3,9	3	2,7	77	100,0
	Juquitiba	112	91,6	8	6,5	3	1,9	123	100,0
	Cotia	106	91,0	7	7,7	1	1,4	114	100,0
Escolaridade	Analfabeto	54	89,8	6	9,0	3	1,2	63	100,0
	Primário	293	93,4	15	4,2	6	2,4	314	100,0
	Ginasial	117	88,9	11	10,9	1	0,2	129	100,0
	Colegial / técnico.	37	89,1	7	10,1	1	0,8	45	100,0
	Universitário	21	100,0	-	-	-	-	21	100,0
Faixa Etária	1 mês a 9 anos	90	93,3	9	4,7	1	2,0	100	100,0
	10 a 19 anos	157	90,6	15	8,3	2	1,1	174	100,0
	30 a 49 anos	103	91,8	7	8,0	1	0,2	111	100,0
	50 a 69 anos	152	90,1	9	6,6	4	3,0	165	100,0
	70 a 99 anos	40	96,4	1	2,7	3	0,0	44	100,0
Sexo	Masculino	199	93,4	10	5,4	5	1,0	214	100,0
	Feminino	343	90,6	31	8,1	6	1,0	380	100,0
Classe Social	SP	52	93,1	2	1,7	2	5,0	56	100,0
	PT	168	91,6	12	8,0	3	0,0	183	100,0
	PNT	182	90,1	14	8,6	3	1,0	199	100,0
	NPB	23	100,0	-	-	-	-	23	100,0
	PBT	66	93,4	6	4,0	3	2,0	75	100,0
	B	3	86,8	1	13,2	-	-	4	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	405	91,0	33	7,5	9	1,5	447	100,0
	NPEA	117	94,6	6	5,0	2	0,0	125	100,0
Tipo de	Convênio da empresa	115	86,7	15	12,9	1	0,4	131	100,0
Assistência Médica	Plano saúde privado	22	98,5	1	1,5	-	-	23	100,0
	Outros convênios	12	77,8	1	22,2	-	-	13	100,0
	SUS	376	94,0	22	4,1	10	1,9	398	100,0

(%*) porcentagem na amostra ponderada

N= número absoluto na amostra não ponderada

O padrão de satisfação entre os moradores dos municípios variou pouco, girando em torno de 90,0%, o que denota a tendência para as pessoas ficarem mais satisfeitas com o atendimento profissional do que com o serviço utilizado.

Os resultados entre os sexos foram similares e, para a idade, assim como na satisfação pelos serviços de saúde, constatou-se o maior índice de satisfação entre aqueles com 70 anos ou mais (96,4%).

Como nas consultas médicas, a satisfação pelo atendimento profissional na hospitalização foi menor entre os universitários (100,0%).

Quanto à classe social, novamente o menor índice de satisfação foi observado na burguesia (86,8%), porém esse valor foi maior do que aquele obtido na satisfação pelos serviços de saúde. Na classe da nova pequena burguesia, o resultado chegou a 100,0%.

A relação da satisfação com as variáveis sócio-demográficas ainda é obscura. Segundo YOUNG et al. (2000), é incerto se essas relações refletem diferenças nas expectativas e valores dos pacientes ou se refletem diferenças no modo como os diferentes pacientes são tratados.

O serviço de saúde é uma somatória de componentes. Não é suficiente apenas ter profissionais que atendam aos critérios de expressão da satisfação dos usuários, pois este resultado somente se revela quando se avalia o elemento humano e na avaliação do serviço como um todo pode passar despercebido.

A satisfação pelo atendimento, segundo a condição no mercado de trabalho, foi semelhante entre os dois grupos.

A Tabela 4.27 ilustra a distribuição da satisfação pelo atendimento profissional segundo o motivo da internação e variáveis de utilização dos serviços.

A avaliação da satisfação pelo tipo de serviço utilizado, categorizada em hospital e outros, obteve resultados próximos a de 90,0%. Isoladamente, os entrevistados atendidos em clínicas obtiveram o menor índice de satisfação (64,7%).

Quanto à localização do estabelecimento de saúde utilizado, observou-se que aqueles que utilizaram os serviços do ERSA-12 ficaram 100,0% satisfeitos com o atendimento do profissional.

O número de hospitalizações não mostrou diferença nos resultados obtidos, assim como na demora para obter a internação, na forma de admissão ao hospital e na forma de pagamento.

Tabela 4.27 - Distribuição da população que referiu hospitalização no último ano, segundo a satisfação pelo atendimento do profissional, o motivo da internação e utilização dos serviços, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	SATISFAÇÃO PELO ATENDIMENTO PROFISSIONAL							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Morbidade referida	Complicações gravidez	131	90,1	14	9,7	1	0,2	146	100,0
	D. Circulatórias	72	88,2	5	10,6	1	1,2	78	100,0
	D. Ap. Respiratório	53	91,7	5	8,1	1	0,3	59	100,0
	Lesão/Envenenamento	37	96,9	1	0,8	3	2,3	41	100,0
	Outros capítulos	242	92,8	15	4,9	5	2,3	262	100,0
Localização do serviço	Próprio município	100	93,2	9	6,6	1	0,2	110	100,0
	ERSA-12	9	100,0	-	-	-	-	9	100,0
	Outros municípios	431	90,9	32	7,7	8	1,4	471	100,0
Tipo do serviço	Hospital	504	91,5	37	7,2	9	1,3	550	100,0
	Outros	33	92,1	3	7,9	-	-	36	100,0
Forma de admissão	Conta própria	298	90,9	30	8,0	5	1,1	333	100,0
	Encaminhamento	242	92,2	11	6,5	4	1,3	257	100,0
Pagamento do atendimento	Sim	41	93,8	4	3,1	2	3,1	46	100,0
	Não	496	91,3	37	7,7	7	1,1	540	100,0
Demora para conseguir internação	1 a 12 horas	427	91,2	34	7,5	6	1,2	467	100,0
	1 dia a 24 dias	74	97,4	2	1,6	1	1,0	77	100,0
	1 a 12 meses	34	95,1	2	4,9	-	-	36	100,0
Nº hospitalizações	1	456	91,4	37	7,5	9	1,1	502	100,0
	2 a 6	81	90,0	4	7,1	2	2,9	87	100,0
Satisfação pelo serviços	Sim	480	96,5	14	3,2	4	0,3	498	100,0
	Não	61	72,1	27	27,3	1	0,6	89	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

Para o motivo da internação, diferentemente do observado em relação à satisfação pelo serviço de saúde, aqueles com afecções classificadas em lesões e envenenamentos apresentaram maior satisfação pelo atendimento do profissional (96,9%). Em situações de risco de vida, a atenção dada pelo profissional e a prontidão no atendimento são fatores que interferem no processo de avaliação.

De modo geral, os entrevistados que gostaram do atendimento no serviço também gostaram do atendimento do profissional, pois a boa recepção do usuário favorece a tranquilidade nas relações interpessoais com os demais membros da equipe

hospitalar e mostra disponibilidade do serviço em atendê-lo e ajudá-lo.

4.2.5.3 Dimensões do cuidado utilizadas para caracterizar a (in)satisfação

Do mesmo modo que para a morbidade referida, na hospitalização, as respostas dos entrevistados sobre os motivos atribuídos à (in)satisfação foram categorizadas para procurar identificar os fatores que subsidiam as opiniões dos entrevistados.

4.2.5.3.1 Satisfação com o serviço de saúde

Verificou-se que a categoria de inespecíficos que incluiu respostas como “atenderam bem”, “cuidaram bem” e “trataram bem”, foi a mais citada no motivo da satisfação. O tempo decorrido entre a hospitalização e a entrevista, que podia ser de até um ano, deve ter favorecido o grande número de respostas desse tipo, por fatores relacionados à memória do indivíduo. Geralmente, as pessoas tendem a lembrar-se de fatos marcantes, bons ou maus.

A principal dimensão do cuidado (excluídos os inespecíficos) utilizada pelo cliente para referir a sua satisfação foi o relacionamento interpessoal, seguida pela organização dos serviços (Tabela 4.28).

Na insatisfação, a clientela foi mais específica ao justificá-la porque o número de respostas classificadas como inespecíficas foi menor que na satisfação. Nesse aspecto, o relacionamento interpessoal e a organização dos serviços também foram os mais mencionados.

Tabela 4.28 - Distribuição dos entrevistados quanto à satisfação pelo serviço de saúde, durante a hospitalização, segundo aspectos utilizados para sua avaliação, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

DIMENSÃO DO CUIDADO	SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE			
	Gostou		Não gostou	
	N	%*	N	%*
Inespecíficos	295	51,1	17	15,9
Relacionamento interpessoal	135	23,4	30	28,0
Organização do serviço	71	12,3	27	25,3
Hotelaria	40	6,9	17	15,9
Diagnóstico / terapêutica	24	4,2	6	5,6
Recursos humanos	11	1,9	6	5,6
Acesso	1	0,2	-	-
Iatrogenias	-	-	4	3,7
Total	577	100,0	107	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

Nas falas a seguir, os entrevistados ressaltaram a cordialidade e a prontidão no atendimento, sempre que solicitaram ajuda dos profissionais, como também o oposto:

“São muito atenciosos, e sempre que preciso estão para atender”

“Atendiam com má vontade”

Embora menos citada, a eficácia do atendimento hospitalar também foi utilizada para avaliar a satisfação com o atendimento:

“Atendeu bem, viu logo a melhora”

As iatrogenias mencionadas entre os motivos de insatisfação relacionaram-se aos casos de infecção hospitalar, como observou-se na fala abaixo:

“Ela foi internada com pneumonia e voltou com diarreia”

Por serem eventos indesejáveis, as taxas de infecção hospitalar também são utilizadas para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

Alguns entrevistados atribuíram o bom atendimento ao fato de terem pago pelo serviço:

“Porque foi atendida por médico particular”

Lamentavelmente, às vezes, observam-se distinções no atendimento a clientes particulares ou conveniados e clientes atendidos pelo SUS, dentro das instituições privadas. Mesmo nas instituições públicas que criaram fundações para o atendimento de pacientes com planos de saúde ou privados, existe preocupação maior em deixá-los satisfeitos para que retornem ao serviço.

A população ainda tem dificuldades em reconhecer o atendimento público como um direito adquirido com seu próprio trabalho e chega a aceitar como “normal” o mau atendimento recebido às vezes nesses serviços de saúde.

A aparência do hospital e a hotelaria também são importantes para o bom atendimento em saúde, além dos aspectos diretamente relacionados ao cuidado:

“Trata a gente bem e dão muito remédio, o hospital é muito limpo, os enfermeiros são muito educados”

“Não tinha cama, não tinha roupa, ganhei (o bebê) com as roupas que fui. Quarto muito sujo”

“O estado do hospital não estava bom, estava sujo, paredes rachadas”

Quando a aparência é muito ruim, de abandono, a sensação que se tem, em ambientes assim, é que os profissionais também são ruins e que haverá falta de material para o adequado atendimento ao paciente. Ademais, a preocupação com a limpeza deveria ser maior porque a própria precariedade da estrutura física causa impressão de sujeira.

No estudo de SANTOS e LACERDA (1999), também houve tendência para a insatisfação dos pacientes em relação às condições ambientais das enfermarias, explicado pela despreocupação dos hospitais conveniados com o SUS, com o bem-estar do paciente e não buscando meios que possibilitem o mínimo de conforto.

No entanto, só a aparência não é suficiente. Muitas vezes, os hospitais investem em reformas para melhorar a estrutura física da instituição e atrair a clientela, e deixam de lado as questões relacionadas aos recursos humanos. O paciente hospitalizado, quando não atormentado por alguma dor ou desconforto, utiliza o seu tempo disponível para observar as relações interpessoais no ambiente hospitalar,

planejamento das atividades e cumprimento de prescrições, como foi dito:

“Não é ruim, porém troca muito de pessoal. Falta maior entrosamento na equipe de trabalho, pessoal afobado, orientações diferentes”

Com a crise no setor da saúde, houve, também, perda salarial dos funcionários, aumentando a rotatividade de pessoal, principalmente entre os elementos da equipe de enfermagem, nos estabelecimentos públicos e conveniados com o SUS. Além da situação contribuir para a insatisfação profissional, é difícil manter uma equipe de trabalho, entrosada, estável e treinada. Ao final da cadeia de relações, está o cliente que perceberá o problema refletido na competência profissional e no relacionamento interpessoal.

Outros fatores também interferem no desempenho das relações humanas, como aqueles relacionados à organização da unidade, com a existência de manuais de rotinas e procedimentos para a padronização das atividades, à cultura organizacional, à política de recursos humanos, entre outros.

4.2.5.3.2 Satisfação com o atendimento do profissional

Diferentemente da avaliação dos serviços, na satisfação com o atendimento dos profissionais, o relacionamento interpessoal foi o mais citado (Tabela 4.29). A dimensão do cuidado, bastante utilizada para caracterizar a satisfação, foi relativa aos recursos humanos, especialmente, a qualificação técnica dos profissionais.

Os motivos mais citados para qualificar a insatisfação com o atendimento também foram as relações interpessoais e os aspectos relacionados aos recursos humanos.

Tabela 4.29 - Distribuição dos entrevistados quanto à satisfação pelo atendimento do profissional, durante a hospitalização, segundo aspectos utilizados na avaliação do mesmo, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

DIMENSÃO DO CUIDADO	SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL			
	GOSTOU		NÃO GOSTOU	
	N	%	N	%
Relacionamento interpessoal	220	34,6	13	27,7
Inespecíficos	186	29,3	8	17,0
Recursos humanos	123	29,3	12	25,5
Diagnóstico / terapêutica	68	10,7	6	12,8
Organização do serviço	38	6,0	8	17,0
Total	635	100,0	47	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

%* = porcentagem na amostra ponderada

Na análise das respostas, encontraram-se citações particulares, como por exemplo um entrevistado disse que o atendimento do profissional compensou a demora no atendimento:

“Trataram com muito carinho, porém me deixaram muito tempo sem atendimento”

A atenção dada ao paciente no atendimento é um aspecto muito valorizado e que já se observara no grupo que referiu problema de saúde, nos quinze dias anteriores à entrevista :

“Foi muito atencioso. O médico estava sempre presente no hospital”

“Todo dia ia me visitar”

“Atendimento automático, sem muito interesse.”

Embora nem todos os profissionais sejam iguais, não só do ponto de vista da qualidade técnica, mas também da afetividade e solidariedade, é mais freqüente perceber espontaneidade no atendimento ao paciente, em suas necessidades psicoemocionais, nas instituições públicas do que privadas. Muitos profissionais, em instituições privadas, apresentam uma atitude robotizada, pois há um comportamento institucional já determinado pelos programas de qualidade, como uma forma de

garantir que o cliente se sinta bem atendido.

Conforme cita WILLIAMS (1998), os pacientes desejam ser tratados como indivíduos “únicos” e valorizam qualidades como cuidado, atenção, delicadeza, respeito e consideração.

Também na hospitalização, o paciente sentiu a necessidade de falar e ser ouvido, assim como de receber informações sobre a evolução de seu estado de saúde:

“Foi socorrida de imediato e pela dedicação dos médicos e pela passagem de informações detalhadas”

“O médico conversou bastante e me tranqüilizou”

“Por causa da atenção que ele me deu, deixava eu falar tudo o que eu sentia”

A falta de informações não foi um aspecto importante somente neste inquérito. O estudo de SANTOS e LACERDA (1999), realizado em seis hospitais conveniados com o SUS, em João Pessoa (PB), com todos os pacientes internados, indicou que 90,0% dos pacientes estiveram insatisfeitos com a falta de informações por parte do médico. Muitos disseram que não receberam a devida atenção dos médicos. Segundo as autoras, eventualmente, quando recebem alguma informação, é de forma muito rápida, não satisfazendo as suas expectativas quanto à doença e ao processo de recuperação, deixando-os inseguros e com muitas dúvidas a esclarecer. No estudo de ROGERS et al. (2000), com pacientes oncológicos, as maiores queixas de insatisfação também estiveram relacionadas à comunicação, principalmente à maneira como as informações eram dadas sobre a piora ou o prognóstico do caso.

A habilidade técnica do médico em avaliar o problema e instituir a terapêutica correta foi valorizada por alguns entrevistados:

“O tratamento foi eficiente e fui medicado certo”

“Examinaram bem. Achei muita vantagem no tratamento, pois eu estava para morrer”

A melhora no estado de saúde tem papel importante na satisfação do cliente. Um estudo realizado em 1996/1997, em Indiana (EUA), mostrou que a satisfação com o cuidado recebido, durante a hospitalização esteve associada ao grau de melhora dos sintomas ocorrida durante a internação (KROENKE et al. 1999).

O rápido atendimento das necessidades do paciente e execução da prescrição médica foram outros fatores mencionados pelo cliente:

“Demoravam tanto para trazer o remédio da dor que quando traziam, as dores já tinham passado”

Com pacientes oncológicos hospitalizados no último ano de vida, ROGERS et al. (2000) também encontraram, entre os motivos de descontentamento, o fato de eles não terem sido tratados como pessoas ou não terem tido algumas necessidades básicas reconhecidas, quando o paciente era dependente da ajuda dos profissionais para satisfazê-las, gerando sentimentos de desumanização.

Segundo Azambuja, citado por SANTOS e LACERDA (1999, p. 48), o hospital que possui uma equipe de saúde que demonstra interesse e atenção aos pacientes, considerando-os como prioridade nas ações de enfermagem, caminha para alcançar a qualidade pela satisfação das necessidades dos requisitos e das expectativas dos pacientes.

Nas respostas obtidas neste inquérito, muitas citações referiam-se ao médico, mas muitas também estiveram relacionadas à equipe de enfermagem. No estudo de ROGERS et al. (2000), observou-se que 74,0% dos pacientes estiverem satisfeitos com o atendimento médico e 80,0% com o de enfermagem.

Alguns comentários dos entrevistados estiveram relacionados ao fato de que quando o atendimento é particular, é melhor e mais resolutivo:

“Talvez porque tenha sido particular e eu pagava os honorários deles”

“Porque o médico só atendeu depois que meu marido deu dinheiro escondido, antes eles diziam que ela tinha seis horas de vida”

Embora denunciadas, a situação descrita acima ainda parece ocorrer em alguns serviços públicos, reforçando a crença de que a resolutividade está relacionada ao pagamento direto pelo atendimento.

O ato de pagar pelo atendimento parece legitimar o direito que o usuário tem de ser bem atendido.

Tentou-se identificar um padrão de comportamento entre os diferentes municípios que explicasse a utilização ou preferência por determinados serviços de

saúde, sem sucesso. Porém, algumas falas puderam dar indicação de como acontece a escolha dos serviços de saúde, entre alguns moradores da região estudada:

“Porque o médico achou a doença dela e o médico do Posto de Saúde disse que não era nada”

“E melhor do que em Cotia, porque em Cotia tem muito estagiário e lá tem médico experiente, mais velho”

“Porque atendeu, mandou ir ao urologista”

“Dá muita atenção, não é como em Juquitiba”

As duas primeiras falas referem-se à preferência pelos serviços de São Roque, município mais próximo de Cotia do que São Paulo. Os outros comentários foram feitos para serviços do próprio município de residência, justificando a preferência de um em relação ao outro. A valorização dos sinais e sintomas, a confiança na experiência dos profissionais, a personalização do atendimento e a disponibilidade em ajudar o paciente, mesmo sem a solução do problema no próprio local, foram alguns dos diversos critérios utilizados pelos entrevistados para avaliar o atendimento.

4.3 DOENÇAS CRÔNICAS REFERIDAS, SATISFAÇÃO E RESOLUTIVIDADE

Dos entrevistados, 2.514 (18,2%) referiram pelo menos uma doença crônica dentre aquelas investigadas (diabetes, hipertensão, ataque/convulsão, problemas respiratórios, problemas cardíacos). Sendo assim, para este estudo, consideraram-se 1.708 (10,1%) hipertensos, 254 (1,2%) diabéticos, 518 (3,6%) entrevistados com algum problema cardíaco, 642 (6,5%) indivíduos com algum problema respiratório e 45 (0,4%) pessoas com ataque/convulsão.

O coeficiente de prevalência de doenças crônicas encontrado foi de 182,2‰ habitantes, com distribuição das afecções semelhante entre os municípios da região estudada.

No inquérito realizado em Santiago (Chile), em 1983, encontrou-se prevalência de doenças crônicas referidas de 129,0 ‰ habitantes (MEDINA et al. 1987), menor do que aquela observada no presente estudo. Cabe lembrar que a investigação feita por Medina incluiu todas as afecções crônicas referidas e não somente algumas, como neste inquérito, realizado na região do ERSA-12, mostrando a dificuldade em se comparar os dados quando são utilizadas metodologias diferentes para a coleta de dados.

A hipertensão foi a afecção mais mencionada, com um coeficiente de prevalência de 100,6‰ habitantes. Para o diabetes, o coeficiente foi de 11,8‰, para a convulsão/ataque, de 4,2‰, para o problema cardíaco, de 36,4‰ e para a doença respiratória, 64,7‰ habitantes (Tabela 4.30).

Tabela 4.30 - Prevalência de entrevistados com afecções crônicas por municípios, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990, por 1000 habitantes.

MUNICÍPIO	AFECÇÕES CRÔNICAS									
	Hipertensão		Diabetes		Convulsão/ ataque		Afecções cardíacas		Afecções respiratórias	
	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰
Taboão da Serra	222	105,1	40	13,1	3	2,6	71	38,7	77	65,8
Embu	367	106,1	47	10,5	10	5,4	114	39,1	134	68,5
Itapecerica da Serra	248	86,5	40	10,5	12	5,7	64	25,3	113	60,6
Embu-Guaçu	310	103,0	46	10,2	7	3,9	86	35,4	101	52,4
Juquitiba	269	114,5	33	12,8	7	3,1	74	30,9	111	57,4
Cotia	292	95,9	48	13,0	6	3,9	109	39,5	106	66,1
ERSA - 12	1708	100,6	254	11,8	45	4,2	518	36,4	642	64,7

N= nº absoluto na amostra não ponderada

A prevalência de hipertensão e diabetes observada, neste estudo, foi inferior à estimada para a população adulta no Brasil, de 150,0‰ e 76,0‰ habitantes, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993), provavelmente porque incluiu-se a população com menos de 20 anos de idade.

Este fato pode ser confirmado pelos resultados obtidos por SOUSA (1999), na análise da hipertensão, em entrevistados com idade superior a 20 anos, com dados desse mesmo inquérito realizado na região do ERS-12, no qual a prevalência padronizada por idade foi de 180,0‰ pessoas.

Para os demais problemas crônicos é difícil encontrar estimativas, pois englobaram diferentes afecções do mesmo sistema.

A variação nos valores, entre os municípios, foi pequena. Itapecerica da Serra foi o local onde menos se referiram afecções cardíacas (25,3‰) e hipertensão (86,5‰), enquanto, em Embu-Guaçu, houve a menor menção de problemas respiratórios (52,4‰).

Os grupos de doenças respiratórias e cardíacas abarcaram uma série de patologias. Os problemas cardíacos mais citados se apresentaram como sinais e sintomas mal definidos (60,0%), seguidos pelas doenças do aparelho circulatório, (32,2%), em que foram mais referidas as doenças isquêmicas do coração (9,2%) e outras doenças cardíacas (22,1%). Com relação às doenças transmissíveis de

importância em saúde pública que afetam o coração, 6,4% (14) eram chagásicos com e sem comprometimento de outros órgãos.

É muito freqüente encontrar a hipertensão associada a outras afecções crônicas, como comprovado pelos achados deste inquérito. No grupo de indivíduos que referiram possuir algum problema cardíaco, 3,9% (35) também tinham diabetes e 42,1% (286) eram hipertensos. Entre os que se diziam diabéticos, 58,4% (151) também mencionaram ter pressão arterial elevada.

Nos problemas respiratórios referidos, apenas 20,2% (192) dos problemas eram sinais e sintomas mal definidos. Houve concentração de afecções classificadas em doenças do aparelho respiratório (67,6%), preferencialmente as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (54,0%) e, dentre elas, as bronquites, não especificadas como agudas ou crônicas. Observou-se, também, que os municípios mais distantes da capital, Juquitiba e Embu-Guaçu, apresentaram menor coeficiente de prevalência de doenças respiratórias.

4.3.1 Características sócio-demográficas

Quanto às características sócio-demográficas do grupo de crônicos houve predominância de afecções crônicas, no sexo feminino (57,6%), com coeficiente de prevalência de 206,5‰ e, entre os homens, de 157,0‰. A proporção de mulheres acometidas por diabetes e/ou problemas cardíacos ultrapassou os 65,0%.

Observou-se que, excluindo a faixa etária dos menores de 1 ano, a prevalência de doenças crônicas aumenta com a idade, principalmente após os 40 anos de idade e diminui consideravelmente após os 90 anos (Gráfico 4.9). Provavelmente, a longevidade do homem se relaciona ao acometimento de doenças crônicas no indivíduo.

Gráfico 4.9 - Coeficientes de prevalência de entrevistados com afecções crônicas (% habitantes), por faixa etária, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

A prevalência das afecções crônicas, por faixa etária, na população expandida, variou conforme o problema referido. As doenças crônicas mais relatadas nos menores de um ano foram as respiratórias e cardíacas. De modo geral, identificou-se pouca oscilação entre as idades dos acometidos por doenças respiratórias e convulsão/ataque. Com relação às demais, houve aumento do número de casos com a idade, principalmente para os problemas cardíacos e a hipertensão. Quase metade da população dos 60 aos 79 anos de idade referiu hipertensão.

Para os chefes de família, verificou-se que 70,1% (1.896) tinham até o curso primário e 72,2% (1.526) pertenciam à classe do proletariado típico e não típico.

CESAR (1997), em seu estudo sobre morbidade referida e utilização dos serviços de saúde, com dados desse mesmo inquérito populacional, verificou que para a hipertensão, diabetes e doenças cardíacas houve maior prevalência de casos no sexo feminino, segundo a faixa etária. Ainda, as taxas padronizadas de prevalência,

segundo a escolaridade do chefe da família, mostraram uma distribuição mais ou menos uniforme, com exceção da hipertensão, que diminuiu com o aumento da escolaridade (colegial/técnico e universidade) e das afecções respiratórias, cuja elevação ocorreu no grupo com grau universitário completo ou incompleto.

Ainda com relação ao chefe de família, 80,4% (1.711) dos entrevistados tinham ocupação no mercado de trabalho. Quanto ao tipo de assistência à saúde utilizado, 71,8% (1.891) dependiam do SUS, 21,3% (351) tinham convênio da empresa, 4,0% (93), um plano de saúde privado e 4,3% (91), outros convênios de assistência médica.

4.3.2 Diagnóstico da doença

Entre os municípios, Juquitiba apresentou o menor número de casos diagnosticados pelo médico para doenças cardíacas (69,7%), respiratórias (62,2%) e convulsão/ataque (58,8%). Cabe lembrar que esse município era o mais afastado de São Paulo, e com exceção de uma unidade com leitos hospitalares, há pouco tempo em funcionamento, possuía somente dois serviços de atenção primária à saúde (FUNDAÇÃO IBGE 1988) para uma população de 18.936 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE 1993).

Acima de 85,0% das afecções crônicas referidas foram diagnosticadas pelo médico (Tabela 4.31), sendo que entre os diabéticos esta frequência chegou a 96,2%.

Tabela 4.31 - Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo diagnóstico feito pelo médico, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

AFECÇÃO CRÔNICA	DIAGNÓSTICO FEITO POR MÉDICO					
	NÃO		SIM		TOTAL	
	N	%*	N	%*	N	%*
Hipertensão	112	8,0	1591	92,0	1703	100,0
Diabetes	7	3,8	245	96,2	252	100,0
Convulsão/ataque	6	8,7	38	91,3	44	100,0
Afecção cardíaca	65	12,6	452	87,4	517	100,0
Afecção respiratória	140	14,4	500	85,6	640	100,0

N= n° absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Chama atenção o fato de que apesar da alta porcentagem de diagnósticos feitos pelo médico nas doenças cardíacas, tantos problemas tenham sido classificados como causas mal definidas. Talvez a população não se lembrasse do nome do diagnóstico no momento do inquérito, uma vez que a maioria dos entrevistados possuía escolaridade até o curso primário, ou então, essa informação não lhes foi passada, tendo sido informado apenas “tratar-se de um problema de coração”.

No bloco de investigação dos problemas crônicos de saúde do questionário utilizado, não havia perguntas que objetivassem identificar quem realizou o diagnóstico, quando ele não foi feito pelo médico. Os sinais e sintomas inespecíficos de alterações do sistema cardiovascular podem ser confundidos com a somatização, nos casos exacerbados de ansiedade e estresse, diferentemente dos sinais e sintomas das afecções respiratórias que podem ser identificados mais facilmente pela população, mesmo sem o conhecimento técnico para fazer o diagnóstico. Os que se disseram hipertensos podem ter tido sua pressão arterial medida na farmácia ou por outro profissional da área da saúde e, no caso do encontro de valores elevados, ter sido rotulado de hipertenso, sem saber se tal medida se mantinha constante ou se foi apenas uma variação de momento.

4.3.3 Controle da doença

4.3.3.1 Acompanhamento médico

Em virtude do problema de saúde referido, aqueles que mais visitaram de rotina o médico, foram os diabéticos (63,0%) e os que tinham convulsão/ataque (55,2%) (Tabela 4.32).

Tabela 4.32 - Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo visita ao médico, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

AFECÇÃO CRÔNICA	VISITA AO MÉDICO							
	NÃO		QUANDO PRECISA		SIM		TOTAL	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Hipertensão	488	31,8	547	32,0	668	36,2	1703	100,0
Diabetes	50	19,3	53	17,5	149	63,2	252	100,0
Convulsão/ataque	14	17,2	11	27,4	19	55,4	44	100,0
Afecção cardíaca	167	38,8	129	21,7	221	39,5	517	100,0
Afecção respiratória	270	42,1	232	34,8	138	23,1	640	100,0

N= n° absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

O fato de os sinais e os sintomas decorrentes da falta de controle dessas afecções serem, aparentemente, mais graves do que as demais e gerarem certo medo e ansiedade quando ocorrem, pode ter levado as pessoas a assumirem maior responsabilidade para com a resolução do problema, ou melhor dizendo, para o controle da doença.

Considerando-se que a medicação para o controle das convulsões/ataques necessita de receita médica para ser obtida gratuitamente ou comprada, a não visita ao médico de rotina sugere que esses pacientes também não tomam a medicação conforme a prescrição médica.

A frequência de visita ao médico de rotina na hipertensão foi baixa, diferente dos dados obtidos no *National Health and Nutrition Examination Survey III*, 1988/1991, no qual 77,6% dos entrevistados que referiram hipertensão disseram ter visitado o médico no último ano (VARGAS et al. 1997).

DEGOULET et al. (1983), ao estudarem a adesão ao tratamento de hipertensos atendidos na Clínica de Hipertensão no *Saint Joseph Hospital*, de 1976 a 1978, consideraram o não comparecimento às consultas a falta mais grave no controle médico da hipertensão, embora isso não signifique necessariamente falta de tratamento ou de mensuração da pressão arterial. A repercussão desse fato é que os hipertensos não controlados estão mais sujeitos a desenvolverem afecções cardiovasculares. Já foi visto previamente o grande número de hipertensos que também referiram um problema cardíaco e na análise da hospitalização no último ano,

as afecções hipertensivas foram o motivo mais freqüente de internação dentre as doenças do aparelho circulatório.

As tabelas de distribuição de entrevistados que visitaram de rotina o médico, segundo as variáveis demográficas e relacionadas à utilização de medicamentos para cada afecção estudada estão apresentadas nos ANEXOS 4, 5, 6, 7 e 8.

Entre os municípios, em Itapecerica da Serra, identificou-se a menor freqüência de visita ao médico de rotina para doenças cardíacas (27,8%), hipertensão (28,8%) e diabetes (45,2%), enquanto, em Taboão da Serra, a visita ao médico de rotina foi mais freqüente, chegando a 75,1% (29) entre os entrevistados com diabetes e 100,0% (3) quando os indivíduos referiram convulsão/ataque. Apesar de a gravidade das crises de convulsão/ataque e, também, dos acidentes decorrentes da queda, durante a crise convulsiva, em alguns municípios, como em Embu-Guaçu e Cotia, observou-se menor proporção de visita ao médico de rotina para essa afecção, 37,4% e 39,1%, respectivamente.

Na hipertensão, afecções cardíacas e convulsão/ataque, as mulheres foram mais ao médico do que os homens. No entanto, verificou-se maior freqüência de homens em visita de rotina ao médico entre aqueles que referiam diabetes. Com relação à idade, verificou-se que, nas faixas etárias mais avançadas, houve maior comparecimento às consultas, com exceção dos que apresentaram convulsão/ataque. Somente para as afecções respiratórias, encontrou-se uma proporção de 40,0% dos menores de 10 anos visitando o médico rotineiramente, provavelmente, porque as crianças estão entre o grupo populacional mais acometido pelas doenças respiratórias.

Quanto à classe social, observou-se para o diabetes, hipertensão e afecções cardíacas uma porcentagem elevada de entrevistados classificados como burgueses que visitavam o médico de rotina, porém o número de indivíduos classificados, nessa categoria, foi muito pequeno em relação aos demais. As maiores diferenças foram observadas no diabetes e afecções cardíacas, com freqüência de visita ao médico na classe da burguesia de 100,0% (1) e no diabetes, acima de 70,0% na categoria do proletariado típico e não típico. Quanto à escolaridade, houve pouca oscilação nos valores para as diferentes categorias, exceto para os entrevistados com diabetes, entre os quais aqueles com grau universitário, cuja freqüência de visita de rotina ao médico

foi inferior a 50,0%.

A procura pelo médico, segundo o tipo de assistência, variou pouco, exceção feita aos que referiram diabetes e/ou hipertensão. Para os diabéticos, 85,4% (12) dos que possuíam convênio da empresa visitaram de rotina o médico e para os hipertensos, 63,3% (30) dos que tinham um plano de saúde privado o fizeram. De certa forma, a facilidade de acesso ao serviço de saúde deve ser um fator que contribui para o resultado favorável. Além disso, se esses grupos apresentavam maior reconhecimento da necessidade de controle da saúde não pode ser avaliado.

Nas afecções estudadas, exceto para o diabetes, a visita de rotina ao médico foi mais freqüente entre aqueles que receberam a medicação gratuitamente. Esta diferença foi mais acentuada entre os entrevistados que referiram hipertensão e afecções cardíacas.

Não se observou diferença importante na freqüência de indivíduos que visitaram de rotina o médico, segundo a condição no mercado de trabalho, economicamente ativo ou não. Esperava-se encontrar maior proporção de pessoas economicamente ativas que visitassem de rotina o médico, pois algumas empresas desenvolvem programas de controle de saúde do trabalhador.

A visita de rotina ao médico foi mais freqüente entre aqueles que utilizavam medicações prescritas pelo médico e os que tomavam os medicamentos regularmente conforme prescrição. No entanto, não há condições de saber se a visita de rotina ao médico ocorreu em função da gravidade do quadro clínico e, com isto, a necessidade de utilização de medicamentos, ou se o paciente percebeu a necessidade de visita ao médico em função da renovação da prescrição de medicamentos.

Um estudo de intervenção, na Dinamarca, com pessoas usuárias de drogas anti-convulsivantes mostrou que intervenções como orientação individual, frascos especiais para a medicação e registros de controle da crise e ingestão do medicamento foram eficazes na tomada do medicamento, porém não melhoraram a freqüência de visita ao médico de rotina (PETERSON et al. 1984). Esses dados mostram que, mesmo quando se procura facilitar a utilização dos medicamentos, não se consegue fazer com que o cliente adquira o hábito de retornar ao médico para o controle da doença.

Exceto para os entrevistados com diabetes, quem recebeu o medicamento gratuitamente foi mais às consultas médicas de rotina, girando em torno de 80,0% nas afecções cardíacas e hipertensão.

A justificativa mais apontada para não visitar o médico regularmente foi “não achar preciso”, referida por 46,0% (475) dos hipertensos e 50,5% (108) daqueles com doenças respiratórias (Tabela 4.33). Nas doenças cardíacas, diabetes e hipertensão também foram bastante citados “não gosta de ir ao médico” e “não tem tempo”, enquanto que para a convulsão/ataque mencionou-se “acha que não resolve”. As doenças que requerem maior tempo para o ajuste da dose efetiva da droga e também controles periódicos dos níveis séricos da droga acabam desmotivando o paciente para a continuidade do tratamento. Para os diabéticos, a distância percorrida até chegar ao serviço de saúde foi mencionada por 8,1% (10) dos entrevistados.

Tabela 4.33 - Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo o motivo pelo qual não visita de rotina o médico, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MOTIVO PARA NÃO VISITAR	AFECÇÕES CRÔNICAS									
	Hipertensão		Diabetes		Convulsão/ ataque		Afecções cardíacas		Afecções Respiratórias	
O MÉDICO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não acha preciso	475	46,0	46	39,0	5	25,3	108	32,5	108	50,5
Não gosta de ir ao médico	146	12,6	11	14,3	1	1,7	37	12,3	31	6,8
Acha que não resolve	57	5,2	1	0,9	3	19,7	18	3,5	44	13,1
É muito longe	38	2,8	10	8,1	-	-	17	4,7	10	2,2
Não tem tempo	124	14,2	9	10,0	-	-	33	12,3	17	4,6
É caro	29	2,8	5	4,3	1	5,3	8	2,4	8	0,9
Outros	142	13,6	18	21,0	3	45,8	65	30,7	50	21,4
NS-NR	24	2,8	3	2,4	1	2,2	10	1,6	2	0,5
Total	1025	100,0	103	100,0	14	100,0	296	100,0	270	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Entre os entrevistados com doenças respiratórias, o motivo para não visitar de rotina o médico - “não acha preciso” chegou a 64,2% (13), em Taboão da Serra, enquanto que “acha que não resolve” foi citado por 27,2% (10) dos moradores de Itapeverica da Serra e 20,0% (12), por aqueles de Juquitiba.

Apesar de a maioria da população pertencer à classe dos proletários, menos de 3,0% dos motivos mencionados foram devidos ao preço dos serviços utilizados, com exceção para os que referiram convulsão/ataque (5,3%). Como a maioria da população estudada utilizava os serviços do SUS, o custo do atendimento parece não ser aspecto relevante para a população deste inquérito. No entanto, como o atendimento de doenças crônicas, uma vez diagnosticadas, depende de agendamento para o controle do problema, não se sabe se estas pessoas foram agendadas para retorno ou, até mesmo, se foram orientadas quanto à necessidade de controles periódicos da afecção crônica.

Nos problemas cardíacos, embora a frequência de menção do motivo "é longe" tenha sido baixa (4,7%), essa justificativa foi apontada por 10,1% (3) dos entrevistados de Embu-Guaçu e 11,0% (6), de Cotia. Esses municípios estão entre os mais distantes da Capital e a distância da residência aos serviços, também, está na dependência do número de unidades de atenção à saúde disponíveis no próprio município e da capacidade delas para atender afecções crônicas.

4.3.3.2 Prescrição de medicamentos

Com exceção dos problemas cardíacos (52,2%) e respiratórios (67,0%), os medicamentos foram prescritos para mais de 70,0% dos indivíduos atendidos com as afecções estudadas (Tabela 4.34).

Tabela 4.34 - Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo prescrição de medicamentos, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

AFECÇÃO CRÔNICA	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS							
	NÃO		SIM		NS-NR		TOTAL	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Hipertensão	342	26,4	1280	73,3	3	0,3	1625	100,0
Diabetes	51	27,1	195	72,5	2	0,4	248	100,0
Convulsão/ataque	8	19,8	33	79,9	1	0,3	42	100,0
Afecção cardíaca	156	47,7	311	52,2	1	0,1	468	100,0
Afecção respiratória	189	33,0	375	67,0	1	0,0	565	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Em Taboão da Serra, 100,0% dos que referiram convulsão/ataque receberam receitas de drogas anticonvulsivantes.

Causa certa estranheza que o menor número de prescrições de medicamentos tenha sido observado entre os entrevistados que referiram afecção cardíaca.

4.3.3.3 Adesão medicamentosa

Os medicamentos foram tomados regularmente por cerca de 75,0% dos indivíduos com convulsão/ataque e diabetes (Tabela 4.35). A frequência mais baixa foi observada entre aqueles que referiram afecções respiratórias, fato este esperado. Como algumas afecções respiratórias crônicas têm seus sintomas desencadeados por processos alérgicos, alterações climáticas e estados emocionais, não se justifica a utilização contínua de medicamento a não ser durante a agudização do quadro clínico.

Tabela 4.35 - Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo hábito de tomar medicamentos regularmente, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

AFECÇÃO CRÔNICA	HÁBITO DE TOMAR A MEDICAÇÃO						TOTAL	
	NÃO		SIM		NS-NR			
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Hipertensão	438	44,1	839	54,9	6	1,0	1283	100,0
Diabetes	35	24,8	160	74,6	2	0,6	197	100,0
Convulsão/ataque	8	23,2	25	76,4	1	0,4	34	100,0
Afecção cardíaca	101	42,1	209	57,5	2	0,4	312	100,0
Afecção respiratória	199	64,8	174	34,7	3	0,5	376	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

As pessoas que referiram afecções respiratórias foram as que menos tomaram remédios conforme a prescrição médica (34,7%). Como na maioria dos problemas respiratórios, os medicamentos prescritos são para alívio dos sintomas inespecíficos, eles são tomados apenas se necessário.

Quando as pessoas acreditam que seus sintomas são sérios e quando sentem muita dor, elas têm maior motivação para aderir a qualquer tratamento que possa curá-las ou aliviar o desconforto (BRANNON; FIEST 2000 p.89).

Segundo Turck e Meichenbaum, mencionados por CHRISTENSEN (2000,

p.435), a prevalência da não adesão ao tratamento nas afecções crônicas é superior a 50,0%.

Segundo EPSTEIN e CLUSS (1982), pelo menos 38,0% dos pacientes falham em seguir terapêuticas de curta duração, como completar um esquema de antimicrobianos. Pelo menos 43,0% não aderem às recomendações em tratamentos de longa duração, dentre eles, os que tomam drogas anti-hipertensivas.

A não adesão ao tratamento traz danos não só do ponto de vista dos custos, mas, também, de complicações ao indivíduo. O papel que a hipertensão e o diabetes desempenham na evolução das doenças cardiovasculares já é bastante conhecido. A não adesão ao tratamento aumenta as taxas de mortalidade e morbidade, bem como a necessidade de uma internação hospitalar.

Alguns estudos mostraram que a não tomada de medicamentos ou seguimento de uma dieta adequada esteve relacionada ao maior número de reinternações por insuficiência cardíaca. Apesar disso, é difícil estimar o verdadeiro motivo da não adesão nos casos de insuficiência cardíaca. A terapêutica dos pacientes com insuficiência cardíaca geralmente é muito longa, complexa e com múltiplas drogas tomadas duas ou mais vezes ao dia (STRÖMBERG et al. 1999), o que desestimula o paciente.

Além disso, se o médico não detecta que o paciente toma a medicação prescrita irregularmente, pode pedir testes diagnósticos e procedimentos desnecessários, assim como inserir mudanças nos regimes terapêuticos, como o aumento na dosagem de medicamentos (DiMATTEO 1999), o que pode aumentar a chance de efeitos colaterais e, conseqüentemente, o abandono do tratamento.

A distribuição de entrevistados, segundo o hábito de tomar a medicação regularmente e as variáveis demográficas, para cada tipo de afecção estudada, encontra-se nos ANEXOS 9, 10, 11, 12 e 13.

Entre os municípios, Juquitiba foi o local onde mais pessoas referiram ter tomado os anti-hipertensivos, nos últimos 30 dias, regularmente (73,6%). Apesar do alto número de prescrições de medicamentos, cerca de metade dos hipertensos tomou a medicação nos últimos 30 dias.

No estudo multicêntrico “*Cardiomotor*”, com dados obtidos em cinco países

européus, verificou-se que 81,0% dos indivíduos avaliados informaram tomar os medicamentos conforme a prescrição médica, enquanto 16,0% os tomavam quase regularmente (HOSIE e WIKLUND 1995).

No estudo americano, *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)* de 1988 a 1991, a frequência de tomada do medicamento foi menor, com 67,0% entre aqueles com diagnóstico feito pelo médico. Incluindo-se todos os hipertensos, a frequência caiu para 50,0% para os hispânicos, negros e brancos e para 28,0% para os americanos de origem mexicana (BURT et al. 1995).

Assim como todos os indivíduos com convulsão/ataque receberam prescrição de medicamentos, em Taboão da Serra, neste mesmo local todos referiram ter tomado a medicação conforme a prescrição médica.

Excluindo-se as afecções cardíacas e diabetes, as mulheres tomaram mais os medicamentos para os referidos problemas do que os homens. Como as mulheres também visitaram de rotina o médico mais frequentemente que os homens, esperava-se também que tomassem os medicamentos de acordo com a prescrição médica. Esses dois aspectos poderiam indicar um maior comprometimento das mulheres com seu problema de saúde. Ademais, os serviços de atenção primária à saúde estão mais voltados ao atendimento da gestante e da mulher do que dos homens. Se a entrevistada não procurou um clínico, ainda podia ter o problema detectado no atendimento de pré-natal ou ginecológico.

Assim, como na visita ao médico de rotina, o hábito de tomar medicamentos, com exceção dos diabéticos, também foi mais frequente entre os idosos e um dos motivos pode ser o fato de as doenças crônicas serem mais prevalentes nesse grupo populacional.

Observando-se a faixa etária, no grupo que referiu convulsão/ataque e no de diabetes, o consumo de drogas se manteve mais ou menos uniforme, em todos os grupos, acentuando-se após os 40 anos naqueles com diabetes. A partir dos 50 anos, mais de 50,0% da população, nessa faixa etária, tomou medicação conforme prescrição. Na hipertensão, isto ocorreu após os 40 anos e nas afecções cardíacas, após os 30 anos.

Este resultado foi diferente do encontrado por MILLER (1997), em que a

adesão ao tratamento foi menos freqüente entre os idosos, sendo que os motivos mais apontados foram o esquecimento e erros da dose da medicação.

Verificou-se tendência de os grupos com menor escolaridade tomarem a medicação conforme a prescrição médica. Na hipertensão e na convulsão/ataque, a proporção de analfabetos e universitários que utilizaram a medicação prescrita foi elevada para ambos os grupos.

Quanto à classe social, observou-se que a utilização de medicamentos foi semelhante entre as diferentes classes sociais e afecções analisadas, com exceção dos entrevistados hipertensos, em que 77,0% (27) daqueles pertencentes à classe da nova pequena burguesia tomaram a medicação conforme prescrição.

A literatura mostra que os níveis de adesão variam de acordo com o tipo de afecção, complexidade do regime terapêutico, escolaridade, idade e outras características individuais dos pacientes (HORWITZ RI; HORWITZ SM 1993).

Mesmo assim, esses achados não foram confirmados nas afecções estudadas neste inquérito, principalmente com relação à escolaridade. Talvez isso se deva ao fato de para a escolaridade e a condição social terem sido utilizados os dados do chefe de família.

Outros estudos também mostraram a não relação entre adesão ao tratamento e escolaridade ou classe social dos indivíduos (DiMATTEO 1999).

BRANNON e FIEST (2000) sugerem que as pessoas estão mais motivadas a reduzir seus medos do que a evitar o perigo que acompanha as doenças degenerativas e crônicas. Isso também poderia estar relacionado à baixa relação encontrada entre a gravidade da afecção e a taxa de adesão ao tratamento.

Segundo CHRISTENSEN (2000), a dificuldade em se obter resultados consistentes no estudo da adesão ao tratamento reside no fato de não se considerar a heterogeneidade dos pacientes quanto à história da doença e o tipo de intervenção para o seu controle. Dependendo do tipo de doença e da intervenção necessária, graus diferentes de envolvimento são exigidos do paciente ou um controle direto do médico para que haja uma verdadeira adesão ao tratamento. A hipertensão, o diabetes e muitas doenças cardiovasculares são exemplos de afecções que exigem muito mais envolvimento direto do paciente no controle de sua doença do que do médico, porque

requerem mais mudanças no estilo de vida do que a tomada correta da medicação prescrita.

Constatou-se que, para todas as afecções, os que mais tomaram medicação foram aqueles pertencentes ao grupo da população não economicamente ativa. Isto pode ter ocorrido porque este grupo, além dos desempregados, engloba os aposentados e as afecções cardíacas e respiratórias são mais comuns na população com idade avançada.

Com exceção das afecções respiratórias, para as demais doenças crônicas analisadas, os entrevistados usuários do SUS foram os que mais utilizaram a medicação prescrita. Verificou-se que para as afecções cardíacas e hipertensão, o grupo que possuía convênio da empresa foi o que menos tomou a medicação

A principal razão para não tomar os remédios prescritos, para todas as afecções, foi a ausência de sintomas e a decisão individual de não os tomar (Tabela 4.36). Nas afecções respiratórias, verificou-se que 73,6% (141) das respostas se concentraram no item "não teve sintomas".

Tabela 4.36 - Distribuição de entrevistados com afecções crônicas, segundo motivo pelo qual não tomou medicamentos regularmente, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

MOTIVO PARA NÃO TOMAR O MEDICAMENTO	AFECÇÕES CRÔNICAS									
	Hipertensão		Diabetes		Convulsão ataque		Afecções cardíacas		Afecções respiratórias	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não teve sintomas	254	58,5	14	38,6	4	48,6	42	35,9	141	73,6
Remédio era caro	36	6,2	-	-	-	-	7	2,5	8	3,0
Resolveu não tomar	49	13,4	9	31,4	-	-	22	24,0	11	2,3
Não fazia efeito	14	2,8	-	-	-	-	5	5,8	7	5,5
Teve complicações	11	4,0	-	-	-	-	1	3,3	2	0,7
Médico suspendeu	17	2,8	4	7,7	-	-	9	10,7	10	7,3
Outros	56	12,3	8	22,3	4	51,4	15	17,8	20	7,6
Total	437	100,0	33	100,0	8	100,0	101	100,0	199	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Nesse estudo, os efeitos colaterais foram pouco referidos como motivo para a não tomada de medicamentos, mas a frequência de efeitos colaterais, depende muito

de fatores inerentes ao indivíduo, do tipo de droga utilizada e da afecção que acometeu a pessoa.

DONOVAN e BLAKE (1992), em estudo envolvendo pacientes com doenças reumáticas, observaram que uma das razões para a não tomada de medicamentos foi o medo dos efeitos colaterais das drogas. Outro aspecto importante foi a decisão do próprio paciente em não as tomar, mesmo tendo compreendido as orientações ou prescrições médicas. A decisão esteve baseada em suas crenças, experiências anteriores ou informações recebidas de outras pessoas, profissionais ou não da área da saúde.

RYAN (1999), ao rever as publicações sobre adesão medicamentosa, em indivíduos idosos, observou que fatores relacionados ao envelhecimento, como absorção, metabolismo e excreção das drogas, responsáveis por efeitos colaterais mais frequentes, estados de confusão, deficiência visual, diminuição da destreza manual e falha da memória interferem na tomada de medicação e efeitos adversos ao seu uso.

As complicações foram mencionadas por 12,6% (1) dos indivíduos com problemas cardíacos e 8,6% (7) dos hipertensos residentes em Embu.

CONRAD (1985), ao analisar os motivos da não adesão ao tratamento, em 80 pacientes portadores de epilepsia, observou que o paciente deixa de tomar os medicamentos ou altera a sua dose e frequência, não só em função dos efeitos colaterais ou ineficácia da droga, mas também para mostrar que tem controle sobre o próprio distúrbio.

De certa forma, os pacientes contrapõem o benefício esperado (geralmente, alívio dos sintomas) à severidade dos sintomas e aos riscos percebidos (efeitos colaterais, dependência, tempo e esforço envolvidos, estigma e outros), de acordo com suas crenças e informações disponíveis (DONOVAN e BLAKE 1992).

Na tabela anterior, observou-se que, assim como nos motivos apresentados para não visitar o médico rotineiramente, as principais justificativas mencionadas foram as subjetivas. Parece que a percepção que o indivíduo tem de "estar bem" determina o modo com que ele utiliza os serviços de saúde e participa da solução de seu problema de saúde.

Diante das respostas apresentadas, o preço do medicamento parece não ter sido relevante na utilização de medicamentos conforme prescrição. No entanto, entre os municípios, este fator foi apontado por 16,2% (2) das pessoas que referiram problemas cardíacos e 13,7% (6) dos hipertensos em Juquitiba, e 12,5% (9) dos hipertensos de Embu-Guaçu e 10,6% (7) de Taboão da Serra.

Esses resultados são um pouco diferentes dos encontrados por CHIZZOLA et al. (1996) em um hospital de cardiologia em São Paulo. Dos pacientes estudados que não tomaram medicamentos para o problema cardíaco, 25,2% deles justificaram-no pelo elevado custo. Além desse motivo, 27,6% atribuíram o não uso aos efeitos colaterais, 15,9%, à negligência, 15,3%, à repulsa ao medicamento, 3,7%, à ausência da droga no mercado, entre outros. Os autores ainda comentam que as drogas para os problemas cardíacos estão entre as mais caras do mercado.

A suspensão da droga pelo próprio médico ocorreu em 25,1% (7) das pessoas com problemas respiratórios em Taboão da Serra, 26,4% (2) das pessoas com problemas cardíacos de Taboão da Serra e 20,6% (1), de Embu-Guaçu. Dos entrevistados com problemas cardíacos, 18,2% (2) dos residentes de Itapeceira da Serra e 16,9% (2) de Juquitiba disseram que o medicamento não fazia efeito.

Esse motivo se relaciona com a visita de rotina ao médico, pois só nas consultas subseqüentes à prescrição do medicamento é que se pode avaliar a eficácia da medicação prescrita, tanto do ponto de vista do controle da doença, quanto de efeitos adversos para determinados indivíduos.

Quando um paciente duvida da eficácia da medicação, ele simplesmente não a toma ou se esquece de tomá-la. Nesses casos, cabe ao médico esclarecer todas as preocupações do paciente sobre o tratamento recomendado e fornecer-lhe suficiente informações para que acredite que é o tratamento correto (DiMATTEO 1999).

Outros motivos foram descritos na literatura como responsáveis pela não adesão ao tratamento. MILLER (1982), ao estudar o autocuidado de diabéticos atendidos no ambulatório, observou que estes necessitavam aceitar a doença crônica, avaliar os problemas novos, tomar decisões sobre o tratamento e melhorar sua auto-estima para dar continuidade ao tratamento.

Estudos que avaliam a retenção de informações sobre o diagnóstico,

tratamento, orientações sobre o uso da medicação e dietas alimentares e retornos médicos têm mostrado que apenas metade (SNYDER et al. 1976) ou dois terços (HULKA et al. 1975) dos pacientes se lembram das informações recebidas. Esta dificuldade provavelmente está ligada a múltiplos fatores como informações não claras emitidas pelo médico e limitações de memória, esta muitas vezes relacionada à ansiedade do paciente sobre seu estado de saúde (LOCKMAN 1983).

Uma outra questão colocada por DiMATTEO (1999) está relacionada à comunicação entre médico e paciente e aponta que, pelo menos, 50,0% dos pacientes saem dos consultórios médicos sem ter compreendido exatamente o que os médicos lhes disseram e o que se espera deles para cuidarem de si mesmos.

Segundo Skipper, citado por PHILLIPS (1996, p. 1419), na relação médico-paciente, o poder que o médico exerce sobre o paciente se expressa pela limitada comunicação iniciada pelo profissional, pela relutância em dar informações ao cliente sobre seu estado de saúde, pelo uso de jargões científicos, ou de acordo com o grau de compreensão do indivíduo e pela evasiva à perguntas diretas sobre sua doença iniciadas pelo paciente. Por outro lado, existe o temor por parte do paciente em manter uma comunicação significativa com o médico, muitas vezes, por achar que ele está ocupado demais ou que não goste que lhe façam perguntas.

Embora, neste estudo, a dificuldade em entender a prescrição médica não tenha sido citada como motivo para a não tomada do medicamento, RAMPAZZO et al. (1994) em estudo para avaliar o grau de satisfação com o atendimento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, observaram que 44,7% dos pacientes atendidos não haviam compreendido a receita médica após a leitura.

Embora haja uma tendência a atribuir a responsabilidade pela falta de aderência ao tratamento aos pacientes, DONOVAN e BLAKE (1992) encontraram referências de estudos, na literatura, nos quais os aspectos voltados à relação médico-paciente interferiram nos resultados da adesão ao tratamento. Citaram-se algumas mudanças que favoreceram o processo como: melhorar a comunicação médico-paciente, estimular o paciente a fazer perguntas, favorecer a cooperação entre médicos e pacientes, ou seja, a co-participação no tratamento, encorajar um

atendimento centrado no paciente e mais empático, melhorar a habilidade de ensino médico quanto à orientação dos pacientes.

4.3.3.4 Forma de obtenção do medicamento

Com exceção dos hipertensos (71,9%), quase 85,0% de todos os entrevistados que referiram problemas crônicos de saúde compraram os remédios (Tabela 4.37).

Tabela 4.37 - Distribuição de afecções crônicas, segundo forma de obtenção do medicamentos, na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

AFECÇÃO REFERIDA	FORMA DE OBTENÇÃO DO MEDICAMENTO										Total	
	Gratuito no mesmo local		Gratuito em outro município		Comprou		Outros		NS-NR			
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Hipertensão	214	26,1	14	1,4	603	71,9	4	0,3	4	0,3	839	100,0
Diabetes	22	13,4	1	0,9	137	84,9	-	-	2	0,8	162	100,0
Convulsão/ataque	6	12,1	-	-	19	87,4	-	-	1	0,5	26	100,0
Afecção cardíaca	46	13,5	5	1,8	158	84,2	-	-	2	0,5	211	100,0
Afecção respiratória	29	10,0	3	2,8	140	84,5	-	-	4	2,7	176	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

* porcentagem na amostra ponderada

Os residentes em Taboão da Serra com problemas cardíacos e respiratórios foram os que mais compraram a medicação, acima de 90,0% deles. Todos os entrevistados que referiram convulsão/ataque precisaram comprar os medicamentos, e sabe-se que tais medicamentos são caros.

As pessoas que mais obtiveram a medicação gratuita para hipertensão foram os moradores de Jquitiba (41,2%) e Embu (36,0%). Para as afecções cardíacas foram os de Jquitiba (33,0%), para os problemas respiratórios, os de Embu-Guaçu (25,2%) e Jquitiba (23,6%), para a convulsão/ataque, os de Embu-Guaçu (39,7%).

4.3.3.6 Considerações sobre a resolutividade e a satisfação do cliente

Para BARLETT et al. (1984), os pacientes satisfeitos participam mais do tratamento e cooperam mais nos serviços, seguindo as orientações de tratamento.

Segundo Imanaka, citado por TAHARA et al. (1997, p. 501), os pacientes satisfeitos são mais fiéis ao tratamento e os níveis de cumprimento deste afetam outros fatores como a própria saúde, a continuidade do tratamento, frequência e tempo de hospitalização. Essas observações vêm ao encontro dos resultados obtidos na morbidade referida em relação à satisfação do cliente, em que se observou que um dos critérios mais utilizados pelos clientes para avaliar os serviços de saúde foi a relação interpessoal.

A comunicação inadequada entre o médico e o paciente começa quando o médico pede ao paciente que relate seus sintomas e se esquece de ouvir o que o preocupa. Uma vez feito o diagnóstico, se o problema é pequeno, o paciente sente-se aliviado e não é motivado a aderir às instruções que se seguem. Por outro lado, se o caso é grave, os pacientes tornam-se ansiosos e esta ansiedade pode interferir na habilidade de se concentrar para compreender as subseqüentes orientações médicas (BRANNON e FIEST 2000).

Para que um problema de saúde seja resolvido, ou no caso das doenças crônicas, para que estas sejam controladas, não importa apenas que o paciente tome a medicação, visite o médico, ouça atentamente as orientações recebidas e as siga, mas também deve adotar comportamentos saudáveis e isto exige mudanças no estilo de vida. Da mesma forma, um serviço de saúde não precisa apenas estar tecnologicamente preparado para resolver os problemas de saúde da população, mas também, deve trabalhar as relações interpessoais para poder assegurar a receptividade por parte do cliente, bem como sua confiança no serviço e nos profissionais de saúde. No que depender da tecnologia, poderia estar encaminhando o paciente a um serviço de maior complexidade. Na população que referiu hospitalização no último ano, parece que os encaminhamentos efetuados não incomodaram o paciente, uma vez que na análise daqueles dados, os pacientes que foram admitidos por meio de um encaminhamento se sentiram mais satisfeitos com os serviços utilizados.

Para FUNELL e ANDERSON (2000), o enfoque tradicional do cuidado ao

diabetes e outras doenças crônicas atualmente favorece a não adesão ao tratamento. Acreditam que deve haver redefinição da relação médico-paciente, visto que 95,0% do cuidado no diabetes é feito pelo próprio paciente e os profissionais de saúde têm pouco controle sobre como os pacientes administram a sua doença, entre os retornos médicos. Para eles, o paciente tem o direito de estabelecer as metas e decidir como cuidará da própria doença, uma vez que será responsável pelas decisões tomadas e terá de viver com as consequências.

Segundo DiMATTEO (1999), a natureza da maioria das doenças crônicas, a limitação dos recursos em saúde e o desenvolvimento de elevadas tecnologias na assistência médica necessitam do envolvimento do paciente nas decisões dos cuidados à saúde. Tal envolvimento é essencial para conseguir a adesão do paciente e melhores resultados no cuidado à saúde.

Para investir neste novo enfoque é preciso criar relações médico-paciente que promovam a colaboração e a parceria (GLASGOW e ANDERSON 1999). O papel do médico seria avaliar e compreender o paciente e oferecer suporte emocional e conhecimentos clínicos para ajudá-lo a alcançar os seus objetivos no tratamento (FUNELL e ANDERSON 2000).

Estudos já mostraram que a relação médico-paciente forçada (não natural) pode influenciar negativamente a saúde do paciente, com alta incidência de não adesão a tratamentos de curta e longa duração (EPSTEIN e CLUSS 1982).

Como o retorno médico foi baixo, parece que os clientes não receberam ou não compreenderam as orientações recebidas sobre a importância do controle e tratamento da doença crônica, mesmo na ausência de sinais e sintomas.

Sabe-se que fornecer informações não é o suficiente. Provavelmente, o fato de o indivíduo não comparecer às visitas médicas também esteja relacionado à percepção que o indivíduo tem sobre a doença. Nem todos reconhecem que, mesmo na ausência de sinais e sintomas, e apesar da sensação de bem-estar e cura aparente, as doenças crônicas precisam de um controle sistemático.

Na análise dos motivos pelos quais os entrevistados, com morbidade referida até quinze dias anteriores à entrevista, não gostaram do atendimento dos profissionais, um dos entrevistados disse:

“- ele disse que estou com pressão alta e não gostei”

Sendo assim, é preciso um atendimento individualizado para se conseguir compreender o que significa, para o indivíduo, ter uma doença crônica e fornecer-lhe conhecimento sobre a doença, de modo a ajudá-lo a tomar uma decisão favorável à manutenção de um estado de saúde sem complicações e que lhe permita manter uma qualidade de vida apesar da doença crônica.

Diante disto, constata-se a importância da incorporação de atividades de promoção à saúde, uma vez que estas enfatizam o desenvolvimento de habilidades pessoais, o fortalecimento da ação comunitária e destacam a responsabilidade do indivíduo na solução de problemas que afetam a sua saúde (URIBE 1999).

Do ponto de vista da resolutividade, considerar-se-ia um serviço resolutivo para as doenças crônicas aquele que possuísse um programa de prevenção e controle, com elevada porcentagem de indivíduos acometidos que comparecessem às consultas, tomassem a medicação prescrita, seguissem as orientações dadas, com a doença sob controle. O serviço de saúde deveria possuir recursos para fornecer a medicação aos grupos de baixa renda que não pudessem adquiri-la. O controle da doença seria mensurado pelo número de faltosos nos retornos agendados, de internações relacionadas à doença crônica e de conseqüentes complicações.

As informações contidas neste inquérito apenas possibilitaram avaliar o retorno às consultas médicas e à tomada de medicamentos. Por estes dados, os serviços parecem pouco resolutivos, embora em determinados municípios, para determinadas afecções, como nas crises/convulsões de moradores de Taboão da Serra, tenha se observado retorno ao médico de 100,0%. Essa diferença acentuada, em relação aos demais municípios, poderia ser indicador de que o comparecimento às visitas médicas era necessário em função do não controle das crises e necessidade de freqüentes reajustes na dosagem das drogas utilizadas. Mesmo assim, não seria correto atribuir o não controle das crises à falta de resolutividade do serviço, dado que isto depende não só da droga prescrita, mas das características individuais do paciente e da patologia de base.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

A capacidade resolutive, tanto qualitativa quanto quantitativa, dos serviços de saúde utilizados para consulta pela população da área estudada, ultrapassou os 90,0%, o que parece ser significativo. Esse resultado sugere que os entrevistados tinham conhecimento de como resolver o seu problema no sistema de saúde. No entanto, isto não significa que a região de estudo fosse dotada de uma infra-estrutura capaz de atender às necessidades em saúde dos moradores, pois estes se deslocaram para diferentes municípios em busca de ajuda. Esse movimento centrífugo dos moradores da região foi mais acentuado quando o caso necessitou de uma internação e foi maior nos municípios que não contavam com um serviço hospitalar. Os serviços procurados para internação apresentaram capacidade resolutive qualitativa menor do que aqueles utilizados apenas para consulta.

A diversidade dos serviços procurados pelos usuários, relacionada tanto à complexidade quanto à localização dos mesmos, aponta para a necessidade de uma análise cuidadosa dos serviços da região do ERSA-12, bem como da estruturação de um sistema de referência e contra-referência que faça a integração dos serviços locais com outros de maior nível de complexidade, de modo a suprir as necessidades em saúde da população. Como os moradores de Jquitiba e Embu-Guaçu foram os que mais utilizaram os serviços locais, talvez por serem os mais distantes do centro da Capital, poderiam ser inseridos em um projeto piloto para implantação de um modelo dessa natureza, bem como para estudar melhor a resolutividade e a satisfação dos usuários pelos serviços.

Considerou-se importante o número de entrevistados que não procurou ajuda para resolver o seu problema, pois muitos deles continuavam com os sinais e sintomas da afecção referida. O estudo desse aspecto poderia trazer maior elucidação sobre a resolutividade dos serviços da região analisada. Além disso, essa informação ajudaria no estabelecimento de prioridades de atendimento, no que diz respeito à capacitação de recursos humanos, métodos de diagnóstico e terapêuticos e tipos de encaminhamentos necessários, o que possibilitaria uma melhor oferta desses serviços a esta população.

Nas doenças crônicas, observou-se que o vínculo do usuário com o serviço de saúde é pequeno, pois a visita de rotina ao médico e o hábito de tomar a medicação, com exceção do grupo com diabetes e convulsão, foi inferior a 50,0% e 60,0%, respectivamente. Portanto, os serviços tinham pouca influência sobre a adesão do usuário, com alguma doença crônica, ao tratamento, fato este também comprovado pelo número de hospitalizações relacionadas às doenças hipertensivas e suas complicações. É obscuro o motivo da não adesão, pois não foi possível identificar um padrão que justificasse esse comportamento. Os motivos mais apresentados para a não adesão por meio da visita de rotina ao médico e do hábito de tomar medicamentos prescritos foram subjetivos, "não achar preciso" e "não ter sintomas", o que sugere o pensamento de que a ausência de sintomas significa que o seu problema de saúde está resolvido.

Outro ponto a ressaltar é o contingente de pessoas que dependia basicamente do serviço público de assistência à saúde, o que caracterizava uma população predominantemente de baixa renda e a importância do setor público como provedor do cuidado entre os moradores da região estudada. Mesmo aqueles que tinham um plano/seguro de saúde privado ou vinculado à empresa de trabalho, utilizaram os serviços públicos ou privados contratados pelo SUS, e não foi possível, por meio das perguntas que constavam do formulário, identificar a razão por esta opção. Os hospitais privados da região de estudo foram utilizados por menos de um por cento dos entrevistados que referiram uma internação no último ano. Uma política mais integrada do serviço privado com o público, talvez possibilitasse racionalização dos equipamentos hospitalares da região, o que contribuiria para diminuir a busca desse atendimento fora do município.

O sistema regionalizado e hierarquizado, teoricamente, parece ser a solução para atender a demanda em saúde da população. Mas, pelos resultados obtidos, os serviços de atenção primária à saúde foram a porta de entrada do sistema para os moradores que não tinham acesso a outras possibilidades.

Com relação à satisfação, os índices gerais foram elevados acompanhando o perfil encontrado na literatura. No entanto, quando se permite ao usuário expressar o motivo da satisfação ou insatisfação é que se conhece melhor o "que é", "quem é" e

“como é” o serviço utilizado. Os dados encontrados evidenciam a importância de "conseguir ser atendido" como fonte de satisfação, principalmente entre os entrevistados que referiram uma hospitalização, o que deve estar relacionado ao número de leitos hospitalares acessíveis pelo atendimento do SUS. Nas consultas médicas, a satisfação esteve mais relacionada à capacidade de resolver o problema de saúde e à possibilidade de escolha do serviço utilizado.

O aspecto mais importante referido pelo usuário para explicar sua satisfação foi o relacionamento interpessoal, o que reforça a necessidade de se enfatizar esse aspecto junto à equipe de saúde, pois parece ser estratégico para a resolutividade e satisfação do usuário pelo serviço. Para o paciente crônico, especificamente, o significado da doença e o estar doente parecem interferir na satisfação com o atendimento. Neste caso, chamou a atenção a importância da delicadeza necessária para discutir condições de saúde que comprometem o estilo de vida da pessoa. Aprimorar a relação entre o profissional e o paciente e personalizar o atendimento trarão benefícios para a adesão ao tratamento e, portanto, melhorará a resolutividade do sistema de saúde, como também deixará o usuário satisfeito.

No decorrer deste trabalho, conclui-se que a resolutividade e a satisfação são variáveis que enriquecem a análise do padrão de utilização dos serviços de saúde. Torna-se difícil saber quem determina a escolha do serviço, se a resolutividade ou a satisfação. Da mesma forma que o acesso parece ser um aspecto importante na utilização dos estabelecimentos de saúde, as perguntas sobre satisfação apontam que questões como relacionamento interpessoal, competência técnica, solução dos problemas de saúde e organização também interferem na escolha do serviço a ser utilizado. O padrão de utilização dos serviços pode estar relacionado a um gradiente de acesso, cujos níveis necessitam, ainda, de clareza de definição mas, os maiores valores provavelmente se relacionariam a padrões de resolutividade e satisfação.

Além da satisfação dos usuários, para avaliar a resolutividade é importante considerar, também, a satisfação dos profissionais, pois este aspecto interfere no relacionamento interpessoal e no desempenho técnico, ambos valorizados pelos usuários.

Os dados encontrados podem contribuir na comparação dos resultados de futuros inquéritos que se realizem na região, desde que sigam a mesma metodologia de coleta das informações.

A região merece um novo inquérito, visto que já se passaram dez anos de sua realização, para verificar as melhorias ocorridas no sistema de saúde local, quanto à oferta de serviços e leitos hospitalares e o comportamento da população na utilização desses recursos. Como a população buscou serviços, a seu ver, resolutivos, independente de sua localização, seria importante averiguar se isso ainda ocorre e o porquê. Caso tal fenômeno persista, procurar identificar se por questões de qualidade dos serviços ou desconhecimento da população em como utilizar os serviços de saúde, em um modelo regionalizado e hierarquizado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aires JC, Venuto A, Batista CCV. O programa de implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: modalidade de atenção, participação dos usuários, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação. **Rev Adm Pública** 1996; 30 (3): 5-18.

Ali ES; Mahmoud EA. A study of patient satisfaction with primary health care services in Saudit Arabia. **J Community Health** 1993; 18 (1): 49-54.

Araújo EC. **A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços de saúde: da atenção primária um novo modelo de cuidado à saúde**. Salvador, 1988. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal da Bahia].

Arbona G, Arellano ABR. **La regionalización de los servicios de salud. La experiencia de Puerto Rico**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1980. (OPAS - Publicación científica, 395).

Assis MMA. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado**. Ribeirão Preto, 1998.[Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. **J Chronic Dis** 1984; 37 (9/10): 755-64.

Bear M, Bower SC. Using a nursing framework to measure client satisfaction at a nurse-managed clinic. **Public Health Nurs** 1998; 15 (1): 50-9.

Ben-Sira Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. **J Health Soc Behav** 1976; 17 (3):3-11.

[BENFAM] Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996**. Rio de Janeiro; 1997.

Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. **J Fam Pract** 1991; 32 (2): 175-81.

Berwick DM. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books; 1994.

Brannon S; Feist J. Adhering to medical advice. In: _____ **Health psychology: an introduction to behavior and health**. 4ª ed. Wadsworth Pub, 2000. cap 4

Brown SW, Nelson AM, Bronkesh SJ. **Patient satisfaction pays: Quality service for practice success.** Gaithersburg, An Aspen Publications; 1993. cap.14. p. 158-172.

Buller KM; Buller BD. Physicians communication style and patient satisfaction. **J Health Soc Behav** 1987; 28 (4) : 375-88.

Burt VL et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Survey, 1988-1991. **Hypert** 1995. 25 (3): 305-313.

Bustamante MAS. **Utilização dos serviços de saúde materno-infantil na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990.** São Paulo; 1997. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Calnan M, Katsouviannopoulos V, Ovcharov VK, Prokorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinant consumer satisfaction with primary care in different health systems. **Fam Pract** 1994; 11 (4): 468-78.

Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cad Saúde Pública** 1990; 9 (2):190-200.

Campos FE. **Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Imprensa Universitária; 1988. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].

Campos GWS. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate** 1990; (28):24-27.

Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. **J Public Health Med** 1992; 14 (3):236 - 49.

Carvalho LF. Projeto de Itapeceira - níveis de assistência à saúde. **Rev Paul Hosp** 1987; 35 (7/8/9):99-106.

Cesar CLG **Morbidade referida e utilização de serviços de saúde na grande São Paulo: o perfil da desigualdade em saúde.** São Paulo; 1997. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. **Rev Saúde Pública** 1996; 30 (2): 153-60.

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 (supl.2):59-70.

Chizzola PR, Mansur AJ, Luz PL, Bellotti G. Compliance with pharmacological treatment in outpatients from a Brazilian cardiology referral center. **Rev Paul Med** 1996; 114 (5): 1259-64.

Christensen AJ. Patient-by-treatment context interaction in chronic disease: a conceptual framework for the study of patient adherence. **Psychosom Med** 2000; 62 (3): 435-43.

Church J, Barker P. Regionalization of health services in Canada: a critical perspective. **Int J Health Serv** 1998; 28 (3):467-86.

Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry** 1988; 25 (1):25-36.

Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. **Soc Sci Med** 1985; 20 (1): 29-37.

Degoulet P, Menard J, Vu H-A, Goldmard J-L, Devries C, Chaltellier G, Plouin P-F. Factors predictive of attendance at clinic and blood pressure control in hypertensive patients. **BMJ** 1983; 287: 88-93.

DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. **JAMA** 1999, 271 (1): 79,83.

DiMatteo MR, Hays R. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. **J Community Health** 1980; 6 (1): 18-34.

Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor: Health Administration Press; 1985. v.1.

Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **Qual Rev Bull** 1986a; 12 (3):99-208.

Donabedian A. Quality assurance in our health care system. **Qual Assur Util Rev** 1986b; 1 (1): 6-12.

Donabedian A. Part II - Reflections on the effectiveness of quality assurance. In: Palmer RH. et al. **Striving for quality health care: an inquiry into police and practice.** Ann harbor (MI), Health Administration Press, 1991. p.59-129.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bull** 1992; 18:356- 360.

Donabedian A, Wheeler JRC, Wiaski L. Quality, cost and health: an integrative model. **Med Care** 1982; 20 (6):975-992.

Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? **Soc. Sci. Med.** 1992; 34 (5): 507-13.

Epstein LH; Cluss PA. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. **J Consult Clin Psychol** 1982; 50 (6): 950-71.

Fadul W. Minha política nacional de saúde. **Saúde em Debate** 1978; (7/8):5-7.

Fávero N, Évora YDM, Melo MRA. Análise do processo de referência de clientes internados em um hospital universitário. **Rev Paul Hosp** 1995; 42 (1):26-31.

Ferreira ABH. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1999.

Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. **BMJ** 1991; 302 (6779):887-8.

French K. Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. **Int J Nurs Stud** 1981; 18 (1): 7-32.

Fundação IBGE. **Cadastro de estabelecimento de saúde, 1986**. Rio de Janeiro; 1988. v.3 - Região Sudoeste.

Fundação IBGE. **Censo demográfico, 1991**. Rio de Janeiro; 1994. v.21 - São Paulo. (10º Recenseamento Geral do Brasil, 1991).

Fundação SEADE. **Perfil municipal 1980/1991. Região Metropolitana de São Paulo**. São Paulo; 1993. v.1.

Funnell MM; Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. **JAMA** 2000; 284 (13): 1709.

Gattás VL. **Avaliação da cobertura vacinal e do uso de serviços de saúde para vacinação na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Glasgow RE; Anderson RM. In diabetes care moving from compliance to adherence is not enough. **Diab Care** 1999; 22 (12): 43-51.

Gonçalves RBM. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.

Greenley JR, Schoenherr RA. Organization effects on client satisfaction with humaneness of service. **J Health Soc Behav** 1981; 22: 2-18.

Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with the time spent with their physician. **J Fam Pract** 1998; 47 (2): 133-7.

Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. **Fam Pract** 2000; 17 (1): 21-9.

Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomet C, Seibel CE, Lahude FM et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 1994; 28 (2):131-6.

Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. **Arch. Intern. Med.** 1993; 153 (16): 1863-68.

Hosie J, Wiklund I. Managing hypertension in general practice: can we do better? **J Hum Hypert** 1995; 9 (sup2): S15-S18.

Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Mayo F. Doctor-patient communication and outcomes among diabetic patients. **J Community Health** 1975; 1 (1): 15-27.

Junqueira LAP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos clientes. **Cad Fundap** 1996; (19): 60-78.

Junqueira LAP, Inojosa RM. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. **Rev Adm Pública** 1990; 24 (4):7-25.

Kroeger A. Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results. **Int J Epidemiol** 1983; 12 (4): 465-81.

Kroenke K, Stump T, Clark DO, Callahan CM, McDonald CJ. Symptoms in hospitalized patients: outcome and satisfaction with care. **Am J Med** 1999; 107 (5): 425-31.

Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV- Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. **Rev Saúde Pública** 1991; 25 (6): 452-60.

Lebrão ML. **Evolução da morbidade hospitalar - Vale do Paraíba, 1975 e 1988**. São Paulo; 1994. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Lee FS A renewed relationship. (nota do editor) **JAMA** 1994; 271,(1), p.78.

Lemme AC; Noronha G; Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Rev Saúde Pública** 1991; 25 (1): 41-6.

Leyvia-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en Mexico. **Salud Publica Mex** 1998; 40 (1): 24-31.

Linder-Peltz S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med** 1982; 16 (5): 577-582.

Lockman JE. Factors related to patients satisfaction with their medical care. **J Community Health** 1983; 9 (2): 91-109.

Lohr KN. Outcome measurement: concepts and questions. **Inquiry** 1988; 25 (1): 37-50.

Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victoria CG, Barros FC, Béria JU et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Rev Saúde Pública** 1988; 22 (4):253-65.

MacLean SL, Bayley EW, Cole FL, Bernardo L, Lenaghan P, Mantor A. The LUNAR project: a description of the population of individuals who seek health care at emergency departments. **J Emerg Nurs** 1999; 25 (4): 269-82..

Madureira PR, De Capitani EM, Campos GWS. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cad Saúde Pública** 1989; 5 (1):45-59.

Malik AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cad Fundap** 1996; (19): 7-24.

Malik AM, Schiesari LMC. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública;1998. (Série: Saúde & Cidadania). p. 25.

Medina E. El uso de encuestas en la medición del nivel de salud. **Cuad Med Soc** 1978; 19 (2): 5.

Medina E, Kaempffer AM, Cumsille F, Medina R. Encuestas de morbilidad y atención medica como metodo de analisis de situacion de salud. **Bol Of Sanit Panam** 1987; 102 (6): 594-605, 1987.

Miller JF. Categories of self-care needs of ambulatory patients with diabetes. **J Adv Nurs** 1982; 7 (1): 25-31.

Miller NH. Compliance with treatment regimen in chronic asymptomatic disease. **Am J Med** 1997; 102 (2A): 43-9.

Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças Cardiovasculares no Brasil: Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília (DF); 1993.

Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1986.

Mir RC. Sistemas locales de salud - organización, regionalización, principios generales. In: Paganini JM, Mir RC, editores. **Los sistemas locales de salud. Conceptos - métodos - experiencias**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1992. (OPAS/OMS, Publicación científica, 519). p.117-135.

Muller Neto, JS. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate** 1991; (31):54-66.

Nemes MBI. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Scraiber LB (org). **Programação em saúde**. São Paulo: Haucitec; 1993. cap.2. p. 65-115.

Novaes HM. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde - silos: uma análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina**. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora; 1990.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. **Manual de classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito: 9ª Revisão, 1975**. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1978. v.1.

Oszlac O, Boneo H, Fanelli AG de, Llovet JJ. Descentralización de los sistemas de salud: el estado e la salud. In: Paganini JM, Mir RC, editores. **Los sistemas locales de salud. Conceptos - métodos - experiencias**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1992. (OPAS/OMS, Publicación científica, 519). p.59-81.

Perneger TV, Vouilloz M, Greder B, Barros J, Froidevaux J, Froidevaux P. Patient satisfaction with emergency house calls. **Int J Qual Health Care** 1997; 9 (5): 367-75.

Peterson GM; McLean S; Millingen KS. A randomized trial of strategies to improve patient compliance with anticonvulsant therapy. **Epilep** 1984; 25 (4): 412-17.

Phillips D. Medical professional dominance and client dissatisfaction. **Soc Sci Med** 1996; 42 (10): 1419-25.

Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. **Salud Publica Mex** 1998; 40 (1): 3-12.

Rampazzo CRB, Gait N, Baxter YC. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do ICHC – PAMB com relação ao atendimento prestado. **Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo** 1994; 49 (2): 82-87.

Rhee KJ, Donabedian A, Burney RE. Assessing the quality of care in a hospital emergency unit: a framework and its application. **QRB Qual Rev Bull** 1987; 13 (1):4-16.

Ribeiro CA. **O padrão de resolatividade do Pronto-Socorro Municipal da Lapa - São Paulo**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Rogers A, Karlsen S, Addington-Hall J. All the services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong: dissatisfaction with hospital care in the last year of life. **J Adv Nurs** 2000; 31 (4): 766-74.

Romm FJ, Hulka BS. Care process and patient outcome in diabetes mellitus. **Med Care** 1979; 17 (7): 748-57.

Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of the health care delivery systems. **Med Care** 1997; 35 (11 sup): NS58-NS68.

Ross DA, Vaughan JP. **Health interview surveys in developing countries: a methodological interview with recommendations for future surveys**. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1984 (EPC Publication n.4).

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. **New Engl J Med** 1987; 294 (11):582-8.

Ryan AA. Medication compliance and older people: a review of the literature. **Int J Nurs Stud** 1999; 36 (2): 153-62.

Salimbeni, S. Cultural competence: a priority for performance improvement action. **J Nurs Care Qual** 1999; 13 (3): 23-35.

Santana JP. Desenvolvimento gerencial no SUS: demandas e perspectivas. **Rev Espaço Saúde**. 1996; 5 (5): 13. .

Santos NR. Municipalização: do chavão a uma luta grande e conseqüente. **Saúde em Debate** 1993; (38):44-48.

Santos NR. O sistema único de saúde: realizando a utopia sem perder a utop a. **Saúde em Debate** 1994; (43):64-70.

Santos SR, Lacerda MCN. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. **R Bras Enferm** 1999; 52 (1): 43-53.

Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de atenção à saúde do idoso**. São Paulo, 1998.

Segall A, Burnett M. Patient evaluation of physician role performance. **Soc Sci Med** 1980; 14A: 269-78.

Siméant S. Capacidad resolutive de la demanda de atención morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. **Bol Of Sanit Panam** 1984; 97 (2):125-41.

Siméant S. Estudio de la capacidad resolutive de la demanda en atención de morbilidad a nivel primario (área urbana). **Cuad Med Soc** 1983; 24 (4):156-69.

Sitzia JS, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Soc Sci Med** 1997; 45 (12): 1829-43.

Snyder D, Lynch JJ, Gruss L. Doctor-patient communications in a private family practice. **J Fam Pract** 1976; 3: 271-6.

Sousa AI. **A satisfação da população com os serviços locais de saúde** – Município de Itacarambi – MG. Rio de Janeiro, 1996. [Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública].

Sousa ANL. **Prevalência de hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo - SP (1989-1990)**. São Paulo, 1999. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Sousa RKT, Scholtz MR. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por uma unidade básica de saúde do município de Maringá - Paraná. **Saúde em Debate** 1996; (52): 35-41.

Starfield B, Powe NR, Weiner JR, Stuart M, Steinwachs D, Scholle SH et al. Costs vs quality in different types of primary care settings. **JAMA** 1994; 272 (24): 1903-8.

Stratmann WC. A study of consumer attitudes about health care: the delivery of ambulatory services. **Med Care** 1975; 13 (7): 537-48.

Strömberg, A. et al. Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis. **Heart Lung** 1999; 28 (5): 334-41.

Tahara ATS, Lucena RAPV de, Oliveira APP, Santos GR. Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde. **R Bras Enferm** 1997; 50 (4): 497-506.

Tanaka OY, Escobar EMA, Gimenez ASM, Camargo KG, Lelli CLS. A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde em Debate** 1991; (33):73-79.

Tanaka OY, Resenburg CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev Saúde Pública** 1990; 24 (1): 60-8.

Teixeira SMF. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Rev Adm Pública** 1990; 24 (2):78-99.

Uribe J^a. TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. **Invest Cient Enferm** 1999; 17 (2): 109-19.

Vargas CM; Vicki LB; Gillium RF; Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. **Prev Med** 1997; 26 (5): 678-85.

Vieira CAL. **A descentralização no setor saúde no Estado de São Paulo: aspectos de seu impacto na organização e funcionamento do ERSA - escritório regional de saúde 12, Itapeverica da Serra /SP. São Paulo, 1992.** [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. **Med Care** 1975; 13 (8): 669-82.

Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluations and predispositional factors. **Med Care** 1988; 26 (4): 383-92.

Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature review. **Soc Sci Med** 1994; 38 (1): 45-53.

White KL. Contemporary epidemiology. **Int J Epidemiol** 1974; 3 (4):295-303.

White KL. Health surveys: who, why and what? **World Health Stat Quart** 1985; 38 (1):2-14.

Willians B. Patient satisfaction: a valid concept? **Soc Sci Med** 1994; 38 (4):509-16.

Willians SA. Quality and care: patient's perception. **J Nurs Care Qual** 1993; 12 (6): 18-25.

Willians SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practices. **Fam Pract** 1991; 8 (3): 237-42.

Young GJ, Meterko M, Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institucional characteristics. **Med Care** 2000; 38 (3): 325-44.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
SECRETARIA DE EST. DA SAÚDE

A - 1

PROJETO MORBIDADE

CONJUNTO A

BLOCO 1

RELAÇÃO DOS MORADORES DOS DOMICÍLIOS SORTEADOS

Nome do entrevistador _____ Nº _____

RESULTADO DAS VISITAS

	1ª	2ª	3ª	
1.	☐	☐	☐	Realizada em ____ / ____ / ____
2.	☐	☐	☐	Recusa
3.	☐	☐	☐	Domicílio de uso ocasional
4.	☐	☐	☐	Domicílio vago
5.	☐	☐	☐	Domicílio fechado
6.	☐	☐	☐	Prédio de uso comercial
7.	☐	☐	☐	Não pertence à população em estudo
8.	☐	☐	☐	Outros. Especificar _____

1. Tipo de domicílio:

1. particular
2. coletivo

2. Melhoramento público:

1. calçamento na rua ☐ sim ☐ não
2. iluminação elétrica ☐ sim ☐ não

3. Número de famílias no domicílio:

_____ família(s)

1 3

4 5 8

9 10

11

12 13

14

4. Quadro familiar: Identifique os moradores do domicílio por família, em seguida arrole os membros de cada família da seguinte maneira: primeiro o chefe, depois os homens mais velhos seguidos dos mais novos, em seguida as mulheres na mesma ordem de idade.

A-2

Assinale com um círculo o nº correspondente a cada chefe de família:

Nº Ordem	Nº	Nome	Sexo	Idade ou data de nascimento (último aniversário)
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
	11			
	12			
	13			
	14			
	15			
	16			
	17			
	18			
	19			
	20			

☆. VERIFIQUE:

. SE O(S) CHEFE(S) DE FAMÍLIA ESTÁ(ÃO) DEVIDAMENTE ASSINALADO(S).

. SE O(S) EMPREGADO(S) DOMÉSTICO(S) E SEUS FAMILIARES ESTÃO DISCRIMINADOS (CONDIÇÃO NO DOMÍLIO).

. APÓS IDENTIFICAR OS MORADORES QUE DEVERÃO SER ENTREVISTADOS, OBSERVAR A FAIXA ETÁRIA E SEXO DECIDIDOS NA ETIQUETA, NUMERE-OS EM ORDEM CRESCENTE POR FAMÍLIA NA SEQUÊNCIA EM QUE APARECERAM NO QUADRO.

UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
SECRETARIA DE EST. DA SAUDE

PROJETO MORBIDADE

A - 3

CONJUNTO B

BLOCO 2

FOLHA DE CONTROLE

Município _____ Nº Quest _____

Nº Domic. _____ Setor _____ Quarteirão _____ Estrato _____

Rua _____

_____ Nº _____ Apto _____

Bairro _____ Tel. _____

Nome do Entrevistado _____ Nº Ordem _____

Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. Data do Nascimento: ____/____/____

Nome do Entrevistador _____ Nº _____

RESULTADO DAS VISITAS

	1ª	2ª	3ª	
1.	☐	☐	☐	Realizada em ____ / ____ / ____
2.	☐	☐	☐	Recusa
3.	☐	☐	☐	Ausente
4.	☐	☐	☐	Mudou de endereço
5.	☐	☐	☐	Indivíduo falecido, hospitalizado ou impossibilitado de responder
6.	☐	☐	☐	Outros. Especificar _____

OBS. _____

USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO

CODIFICAÇÃO _____

REVISÃO _____

1	3		
4	7	8	11
12	13	16	
17	19		
20			
21			
22			
23	25		
26			
27			
28	29		
30	31		
32			
33			

BLOCO 3

MORBIDADE - PROBLEMAS NOS ÚLTIMOS 15 DIAS

A - 4

★ 1. PARA MAIORES DE 14 ANOS A INFORMAÇÃO DEVERÁ SER OBTIDA DO PRÓPRIO INDIVÍDUO.

2. PARA MENORES DE 14 ANOS A INFORMAÇÃO DEVERÁ SER OBTIDA JUNTO À MÃE OU RESPONSÁVEL.

★ 1. O Sr(a) teve um ou mais problemas de saúde nos últimos 15 dias?

1. não . . . (passe para a questão 3)
2. sim
9. NS/NR

2. Qual(is) foi(ram)?

A F E C C D E S	Diagnósticos	1.
	Sinais	2.
	e/ou	
	Sintomas	3.
A C I D E N T E S	Natureza da lesão	4.
	Natureza do episódio	
	Local	<div>1. domicílio</div> <div>2. trabalhando</div> <div>3. rua, indo e vindo do trabalho</div> <div>4. rua</div> <div>5. escola</div> <div>6. outros</div>

. escreva exatamente como a pessoa relatou e quando houver mais de um problema anotar os 3 primeiros.

3. E problemas de nervos o Sr(a) teve?

1. não . . . (veja instruções)
2. sim. Especificar: _____

(problema nº 5)

9. NS/NR

INSTRUÇÕES:

★ . CASO O INDIVÍDUO NÃO TENHA APRESENTADO NENHUM PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, ENCERRE O BLOCO E PASSE PARA O CONJUNTO D.

. CASO O INDIVÍDUO TENHA APRESENTADO ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, PASSE A REGISTRÁ-LOS NO CONJUNTO C.

1 3

4 5 8

9

10 13

14 17

18 21

22 25

26 29

30 33

34 37

38 41

42 45

46 49

50 53

54 57

58 61

62

63 66

67 70

71 74

Município _____ Nº Domic. _____

Entrevistado _____ Nº Ordem _____

CONJUNTO C

A-5

BLOCO 3.01; 3.02; 3.03; 3.04; 3.05

PROBLEMAS E PROCURAS

Problema nº

4. Quando começou este problema?

____ / ____ / ____
dias meses anos

9. NS/NR

5. Por que o Sr(a) acha que este problema apareceu?

9. NS/NR

★ 6. Este problema de saúde limitou as suas atividades habituais?

1. não . . . (passe para a questão 8)

2. sim, parcialmente

3. sim, totalmente

9. NS/NR

7. Este problema impediu o Sr(a) de ir à escola ou ao trabalho?

0. não se aplica

1. não

2. sim

9. NS/NR

8. O Sr(a) procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver este problema de saúde nestes últimos 15 dias?

1. não . . . (passe para a questão 33 - bloco 3.11 a 3.15)

2. sim

9. Quanto tempo demorou entre o Sr(a) perceber o problema e decidir procurar ajuda?

_____ dias ou _____ horas

9. NS/NR

10. Quem o Sr(a) procurou? (quando se referir a serviço indagar qual profissional funcionava encontrar).

1. médico

2. dentista

3. enfermeiro

4. psicólogo

5. farmacêutico

6. parente, amigo, vizinho

7. benzedor, curandeiro

8. outros. Especificar: _____

(se for profissional de saúde siga com a questão 11, caso contrário, siga as instruções das alternativas 15 a 71).

9. NS/NR

1 3

4 5 8

9 10

11 13

14

15

16

17 19

20 22

23

11. Onde o Sr(a) procurou essa ajuda?

Tipo de Serviço _____

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

A - 6
24 25

26 28

12. Como o Sr(a) chegou a esse serviço?

1. condução própria

2. a pé

3. 1 ônibus

4. + de 1 ônibus

5. taxi

6. ambulância

7. outros

9. NS/NR

29

★ 13. O Sr(a) foi atendido nessa instituição?

1. não . . . (passe para a questão 32 - bloco 3.11 a 3.15)

2. sim

3. sim, com internação . . . (passe para a questão 34 - bloco 3.21 a 3.25)

4. sim/não, e foi encaminhado para:

Tipo de Serviço _____

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

se foi internado, passe para a questão 34 - bloco 3.21 a 3.25; se não continue neste bloco.

30

31 32

33 36

14. O que o Sr(a) achou do serviço?

(leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. muito bom

2. bom

3. mais ou menos

4. ruim

9. NS/NR

Por que? _____

36

15. O que o Sr(a) achou do atendimento do profissional?

(leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. muito bom

2. bom

3. mais ou menos

4. ruim

9. NS/NR

Por que? _____

37

16. O Sr(a) pagou por esse atendimento?

1. não . . . (passe para a questão 18)

2. sim, parcialmente

3. sim, integralmente . . . (siga para a questão 17 e pule a 18)

9. NS/NR . . . (passe para a questão 19)

38

17. Quanto o Sr(a) pagou?

NCzf\$ _____

9. NS/NR

39 41

★ 18. Por que o Sr(a) não pagou ou pagou parcialmente?

1. Seguro saúde privado
2. Convênio empresa
3. Sindicato, associações de categorias
4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
5. outros. Especificar _____

9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

19. Foi receitado algum medicamento?

1. não . . . (passe para a questão 21 - bloco 3.11 a 3.15)

2. sim

9. NS/NR . . . (passe para a questão 21 - bloco 3.11 a 3.15)

20. Como foi obtido esse medicamento?

1. gratuito, no próprio serviço

2. gratuito, em outra instituição . . . Município _____

3. comprou. NC\$ _____

4. não obteve. Especificar o motivo: _____

5. outros. Especificar: _____

9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

42
A - 7
43

44

45 48

49 52

BLOCO 3.11; 3.12; 3.13; 3.14; 3.15

PROBLEMAS TRATAMENTO

Problema nº

21. Foi indicado algum outro tipo de tratamento?

1. não . . . (passe para a questão 26)

2. sim. Especificar _____

9. NS/NR . . . (passe para a questão 26)

22. Onde foi realizado esse tratamento?

1. no próprio serviço

2. outro local. Especificar

Tipo de Serviço _____

Nome _____

Endereço R. _____

Nº _____

Bairro _____

Município _____

23. O Sr(a) pagou por esse tratamento recebido?

1. não . . . (passe para questão 25)

2. sim, parcialmente

3. sim, integralmente . . . (siga para a questão 24 e pule a 25)

9. NS/NR . . . (passe para a questão 26)

24. Quanto pagou por esse tratamento?

7 3
4 5 8

9 11

12

13

14 15

16 18

19

25. Foi que o Sr(a) não pagou ou pagou parcialmente?

- 1. seguro saúde privado
 - 2. convênio empresa
 - 3. Sindicato, associações de categoria
 - 4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
 - 5. outros. Especificar _____
 - 9. NS/NR
- (pode haver mais de uma resposta)

23
A - 8
24

26. Foi pedido algum exame?

- 1. não . . . (passe para a questão 31)
- 2. sim
- 9. NS/NR . . . (passe para a questão 31)

25

27. Preencha o quadro abaixo em correspondência com os exames pedidos:

EXAMES	Realizado no próprio serviço? 1.sim 2.não	Realizado FORA do serviço, descrever: TIPO, NOME e ENDEREÇO.	3. NÃO REALIZADO ESPECIFICAR O MOTIVO
1. SANGUE			
2. FEZES			
3. URINA			
4. RX			
5. ELETRO CARDIOGRAMA			
9. NS/NR			9. NS/NR

26 33

34 41

42 49

50 57

58 65

28. O Sr(a) pagou por esse(s) exame(s)?

- 1. não . . . (passe para a questão 30)
- 2. sim, parcialmente
- 3. sim, integralmente . . . (siga para a questão 29 e pule a 30)
- 9. NS/NR . . . (passe para a questão 31)

66

29. Quanto pagou?

NCz\$ _____

9. NS/NR

67 69

1. Seguro saúde privado
2. Convênio empresa
3. Sindicato, associações de categorias
4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
5. outros. Especificar _____
9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

70
A - 9
71

1. sim. Quanto tempo ele durou? ----- dias
ou
----- horas } (encerre o bloco e
leia a chamada do
final)

2. está em tratamento

3. sim, parcialmente

4. não, foi encaminhado para especialista (pegue outro CONJUNTO C,
preencha a identificação,
inicie pela questão 10 as
sinalando a alternativa I)

5. não

72 73 74

2. sim . . . (pegue outro CONJUNTO C, preencha a identificação e inicie pela questão 10)

75

1. continua com o problema
2. cura espontânea
3. auto medicação
4. tratamento caseiro
5. outros. Especificar _____

76

BLOCO 3.21; 3.22; 3.23; 3.24; 3.25
HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS

horas ou noites

Por que?

16

36. O que o Sr(a) achou do atendimento médico?

(leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. muito bom
2. bom
3. mais ou menos
4. ruim
9. NS/NR

Por que? _____

37. Como o Sr(a) chegou a esse serviço?

1. condução própria
2. a pé
3. 1 ônibus
4. + de 1 ônibus
5. taxi
6. ambulância
7. outros
9. NS/NR

38. O Sr(a) pagou por essa internação?

1. não . . . (passe para a questão 40)
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente . . . (siga para a questão 39 e pule a 40)
9. NS/NR . . . (passe para a questão 41)

39. Quanto o Sr(a) pagou por essa internação?

NCz\$ _____

9. NS/NR

40. Por que o Sr(a) não pagou ou pagou parcialmente?

1. Seguro saúde privado
2. Convênio empresa
3. Sindicato, associações de categorias
4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
5. outros. Especificar _____
9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

41. Esta foi a única internação ocorrida nos últimos 15 dias por causa deste problema?

1. não
2. sim . . . (encerre o bloco)

42. Onde foi a segunda internação?

Tipo de serviço _____

Nome: _____

Endereço R. _____

Bairro _____ Município _____

☆. VOLTE PARA O BLOCO 3, QUESTÃO 2 E 3 E VERIFIQUE SE TODOS OS PROBLEMAS DE SAÚDE REFERIDOS FORAM PESQUISADOS.

-A- 10

18

19

20 23

24

25

26

27 28

29 31

Município _____ Nº Domic. _____

Entrevistado _____ Nº Ordem _____

CONJUNTO D

BLOCO 4

OUTROS MOTIVOS PARA USO DE SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS

43. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) procurou algum serviço de saúde por motivos que não fosse doença?

1. não . . . (encerre o bloco)
2. sim. Quantas vezes? _____ vezes

44. Qual foi o motivo?

1. atestado
2. pré-natal
3. puericultura
4. check-up
5. vacinação
6. outros . . . Especificar _____
(pode haver mais de uma resposta)

45. Qual foi o serviço?

Motivo nº _____

Tipo de serviço _____

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

Motivo nº _____

Tipo de serviço _____

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

. Se houver mais de um serviço, anotar o Nº correspondente ao motivo para cada um.

1 3

4 5 8

9

10 11

12 13

14 15

16

17 18

19 21

22

23 24

25 27

BLOCO 5

CONSUMO DE MEDICAMENTOS NOS ÚLTIMOS 3 DIAS

46. O Sr(a) consumiu algum medicamento nos últimos 3 dias?

1. não . . . (encerre o bloco)
2. sim. Qual(is)? . . . (preencha o quadro seguinte)

1 3

4 5 8

9

Medicamento	Quantidade total usada nos últimos <u>30</u> dias	HOJE está tomando por indicação de quem?						Quem indicou pela PRIMEIRA VEZ?						
		1. médico	2. dentista	3. farmacêutico	4. auto-medicação	5. outros. Esp.	9. NS/NR	0. não se aplica	1. médico	2. dentista	3. farmacêutico	4. auto-medicação	5. outros. Esp.	9. NS/NR

A - 12

10	13
14	15
16	19
20	21
22	25
26	27
28	31
32	33

BLOCO 5
HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

47. O(a) foi hospitalizado nos últimos 12 meses?
(responda na base dos blocos 3.21; 3.22; 3.23; 3.24; 3.25)

1. não . . . (indique o bloco)
2. sim. Quantas vezes? _____ vezes
9. NS/NR . . . (indique o bloco)

48. Quanto tempo o(a) esteve internado(a)?

1. na internação mais recente _____ noites _____ horas
2. na internação anterior _____ noites _____ horas
3. na internação anterior _____ noites _____ horas
4. na internação anterior _____ noites _____ horas
5. na internação anterior _____ noites _____ horas

9. NS/NR (1) (2) (3) (4) (5)

49. Quando foi a internação mais recente?

Há _____ dias _____ meses

9. NS/NR

1	3	
4	5	8
9		
10	11	
12	14	
15	17	
18	20	
21	23	
24	26	
27	29	

50. Qual é o nome e endereço do hospital?

Nome _____
Endereço R. _____ Nº _____
Bairro _____ Município _____

9. NS/NR

30 31

32 33 13

51. Qual foi a causa da internação mais recente?

35 38

39 42

43 46

52. O que o Sr(a) achou do serviço?

(leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. muito bom
2. bom
3. mais ou menos
4. ruim
9. NS/NR

Por que? _____

47

53. O que o Sr(a) achou do atendimento médico?

(leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. muito bom
2. bom
3. mais ou menos
4. ruim
9. NS/NR

Por que? _____

48

54. Como o Sr(a) chegou a esse serviço?

1. condução própria
2. a pé
3. 1 ônibus
4. + de 1 ônibus
5. taxi
6. ambulância
7. outros
9. NS/NR

49

55. Como o Sr(a) foi admitido(a) no hospital?

- 1 por conta própria
2. por encaminhamento. Especificar o serviço que encaminhou.

Tipo de serviço _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

9. NS/NR

50

51 52

53 55

56. Quanto tempo o Sr(a) demorou para conseguir a internação?

____ / ____ / ____
horas dias meses

9. NS/NR

56 58

57. O Sr(a) pagou por essa internação?

1. não . . . (passe para a questão 59)
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente . . . (vaya para a questão 58 e encerre o bloco)
9. NS/NR . . . (passe para a questão 60 - bloco 7)

58. Quanto pagou por essa internação?

NCz\$ _____

9. NS/NR

59. Por que o Sr(a) não pagou ou pagou parcialmente?

1. Seguro saúde privado
 2. Convênio empresa
 3. Sindicato, associações de categorias
 4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
 5. outros. Especificar _____
 9. NS/NR
- (pode haver mais de uma resposta)

59 A - 14

60 63

64

65

BLOCO 7

PROBLEMAS CRÔNICOS E DEFICIÊNCIA FÍSICA

60. O Sr(a) tem algum destes problemas?

(leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. cegueira
2. dificuldade de enxergar
3. surdez
4. surdo-mudez
5. paralisia total ou parcial de membros

Especificar _____

6. perda de membros ou parte deles

Especificar _____

7. não

9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

61. Com exceção dos referidos acima, o Sr(a) tem alguma outra deficiência física?

1. não . . . (caso nas questões 60 e 61 a resposta seja não, passe para a questão 66)

2. sim. Especificar _____

62. O Sr(a) usa algum tipo de aparelho corretivo por causa desse(s) problema(s), inclusive óculos?

1. não
2. sim, óculos e/ou lentes de contato
3. sim, outros. Especificar _____

(pode haver mais de uma resposta)

1 3

4 5 8

9

10

11

12

13

63. O Sr(a) recebe alguma assistência específica em decorrência desse(s) problema(s)?

1. sim
2. não precisa, não acha necessário
3. não sabe quem procurar ou onde ir
4. não tem recursos (convênios, dinheiro, etc . . .)
5. não tem tempo
6. não gosta de ir ao médico
7. outros. Especificar _____

(pode haver mais de uma resposta)

64. Que tipo de assistência recebe?

1. médica
2. reabilitação
3. habilitação profissional
4. outros. Especificar _____

(pode haver mais de uma resposta)

65. Qual o serviço?

Tipo _____

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

Tipo _____

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

66. O Sr(a) tem algum desses problemas de saúde?

(leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. pressão alta
2. diabetes
3. ataque ou convulsão
4. coração. Especificar _____
5. doença respiratória. Especificar _____
6. problemas dos nervos. Especificar _____
0. não

67. O Sr(a) tem algum outro problema de saúde além dos já citados?

1. não
2. sim. Especificar _____

☆. SE NA QUESTÃO 66 FOI REFERIDO ALGUM PROBLEMA PASSE PARA O CONJUNTO E E RESPONDA UM CONJUNTO PARA CADA PROBLEMA. CASO TENHA RESPONDIDO QUE NÃO SIGA AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

1. PARA CRIÇAS MENORES DE 1 ANO, PASSE PARA O CONJUNTO H.
2. PARA INDIVÍDUOS DE 1 A 19 ANOS, PASSE PARA O CONJUNTO G.
3. PARA INDIVÍDUOS DE 20 ANOS OU MAIS, PASSE PARA O CONJUNTO F.

14

A - 15

15

16

17

18 19

20 22

23 24

25 27

28 29 30

31 34

35 38

39 42

43 46

47 50

51 54

55 58

59 62

63 66

67 70

Município _____ Nº Domic. _____

Entrevistado _____ Nº Ordem _____

CONJUNTO E

BLOCO 7.01; 7.02; 7.03; 7.04; 7.05; 7.06.

A - 16

DOENÇAS CRÔNICAS

Problema nº

68. Foi algum médico quem disse que o Sr(a) tem essa doença?

1. não
2. sim

69. Por que o Sr(a) acha que esse problema apareceu?

9. NS/NR

70. O Sr(a) visita o médico ou serviço de saúde periodicamente por causa deste problema?

1. não
2. não, só quando tem problema
3. sim, de rotina . . . (passe para a questão 72)

71. Por que não vai periodicamente?

1. não acha preciso
2. é muito longe
3. não gosta de ir ao médico
4. não tem tempo
5. é caro
6. acha que não resolve
7. outros. Especificar _____

9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

72. Qual foi a última vez que o Sr(a) consultou um médico ou visitou um serviço de saúde por causa deste problema?

1. Há ____ / ____ / ____
dias meses anos

2. nunca . . . (encerre o bloco e leia a chamada no final)

9. NS/NR

73. Alguma vez lhe foram receitados medicamentos de rotina para este problema?

1. não . . . (encerre o bloco e leia a chamada no final)

2. sim

9. NS/NR

74. O Sr(a) tomou algum(s) medicamento(s) regularmente para esse problema nos últimos 30 dias?

1. não . . . (passe para a questão 76)

2. sim . . . (siga para a questão 75 e pule a questão 76)

1 3
4 5 8

9

10

11

12

13 15

16

17

75. Qual(is) foi(ram) esse(s) medicamento(s)?

9. NS/NR

76. Por que o Sr(a) não tomou?

1. não teve sintomas
2. os remédios eram caros
3. resolveu não tomar
4. o remédio não estava fazendo efeito
5. teve complicações
6. o médico suspendeu
7. outros. Especificar _____

9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta) .

(encerre o bloco e leia a chamada no final)

77. Como foi obtido esse medicamento?

1. gratuito, no próprio serviço
2. gratuito, em outra instituição . . . Município _____
3. comprou
9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

18 21
A 17
22 25

26

27

28 31

32 35

- ★ 1. PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO, PASSE PARA O CONJUNTO H.
2. PARA INDIVÍDUOS DE 1 A 19 ANOS, PASSE PARA O CONJUNTO G.
3. PARA INDIVÍDUOS DE 20 ANOS OU MAIS, PASSE PARA O CONJUNTO F.

Município _____ Nº Domic. _____
Entrevistado _____ Nº Ordem _____

A - 18
CONJUNTO F

BLOCO 8

TESTE CAGE (SOMENTE PARA INDIVÍDUOS MAIORES DE 20 ANOS)

78. Qual a bebida de sua preferência?

(se referir bebida alcoólica, passe para a questão 80)

★ 79. Entre as bebidas alcoólicas, qual prefere?

1. Especificar _____
2. nunca bebeu bebida alcoólica
3. bebia, mas não bebe há mais de 1 ano
4. bebia, tendo parado de beber há menos de 1 ano
- (encerre o bloco)

80. De modo geral as pessoas o incomodam porque criticam o seu modo de beber?

1. não
2. sim
9. NS/NR

81. Alguma vez o Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1. não
2. sim
9. NS/NR

82. O Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

1. não
2. sim
9. NS/NR

83. O Sr(a) fica chateado(a) ou se sente culpado(a) pela maneira que costuma beber?

1. não
2. sim
9. NS/NR

1 3

4 5 8

9

10

11

12

13

Município _____ Nº Domic. _____

A - 19

Entrevistado _____ Nº Ordem _____

CONJUNTO G

BLOCO 9

ODONTOLOGIA (SOMENTE PARA MAIORES DE 1 ANO)

84. O Sr(a) consultou algum dentista nos últimos 12 meses?

1. sim, quantas vezes? _____ vezes
2. não, não teve problemas
3. não, não tinha dinheiro
4. não, tem medo
5. não, não tem mais dentes
6. não, ainda é pequeno
7. não, não acha preciso
8. não, outros. Especificar _____
9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

85. Quando foi a última consulta?

Há _____
dias meses

9. NS/NR

86. Qual foi o motivo da consulta?

1. problemas com dentes, gengivas ou próteses
2. exame odontológico periódico ou limpeza dos dentes
3. atestado odontológico para trabalho
4. outros. Especificar _____
9. NS/NR

87. Onde o Sr(a) fez essa consulta?

Tipo de Serviço _____

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

88. O Sr(a) pagou por esse tratamento?

1. não . . . (passe para a questão 90)
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente . . . (siga para a questão 89 e encerre o bloco)
9. NS/NR . . . (passe para a questão 91)

89. Quanto pagou?

NCz\$ _____

9. NS/NR

1 3

4 5 8

9 10

11

12

13 15

16

17 18

19 21

22

23 26

90. Por que o Sr(a) não pagou ou pagou parcialmente?

1. Seguro saúde privado
2. Convênio empresa
3. Sindicatos, associações de categorias
4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
5. Serviço odontológico escolar
6. outros. Especificar _____
9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

A - 20

27

28

- ★ 1. PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO, PASSE PARA O CONJUNTO H.
2. PARA CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS, PASSE PARA O CONJUNTO I.
3. PARA CRIANÇAS DE 5 A 6 ANOS VERIFICAR O SEU Nº DE ORDEM: SE FOR 1 PASSE PARA O CONJUNTO K; SE FOR DIFERENTE DE 1 ENCERRE O QUESTIONÁRIO.
4. PARA INDIVÍDUOS MAIORES DE 7 ANOS, PASSE PARA O CONJUNTO J.

Município _____ Nº Domic. _____

Entrevistado _____ Nº Ordem _____

Nome da Mãe _____

A - 21

CONJUNTO

BLOCO 10

MATERNAL-INFANTIL (SOMENTE PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO)

★ PARA SER RESPONDIDO SOMENTE PELA MÃE DA CRIANÇA

Data do nascimento da mãe: ____ / ____ / ____

91. Até que ano da escola a Sra. frequentou?

- 0.1 nunca frequentou e sabe ler e escrever
- 0.2 nunca frequentou e não sabe ler e escrever
- 1.- primário ou 1º grau _____ ano/série
- 2.- ginásio ou 1º grau _____ ano/série
- 3.- colegial ou 2º grau _____ ano/série
- 3.5 cursos técnicos de nível médio completo
- 3.6 cursos técnicos de nível médio incompleto
- 4.0 universidade completa
- 4.1 universidade incompleta

92. A Sra. fez alguma consulta médica para acompanhar a gravidez do _____?

- 1. não. Por que? _____
(passe para a questão 98)
- 2. sim

93. Em que mês de gestação a Sra. fez a primeira consulta médica?

_____ (em meses gestacionais)

9. NS/NR

94. Quantas consultas foram feitas?

- 1. apenas 1
- 2. de 2 a 4 consultas
- 3. de 5 a 8 consultas
- 4. 9 ou mais consultas
- 9. NS/NR

95. Onde a(s) consulta(s) foi(ram) feita(s)?

1. Tipo de Serviço _____

2. Nome _____

3. Endereço R. _____ Nº _____
Bairro _____ Município _____

1. Tipo de Serviço _____

2. Nome _____

3. Endereço R. _____ Nº _____
Bairro _____ Município _____

1 2 3

4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14

15 16

17

18

19

20 21

22 23 24

25 26

27 28 29

96. A Sr(a) pagou por essas consultas?

1. não
 2. sim, parcialmente
 3. sim, integralmente
 9. NS/NR
- } (passe para a questão 98)

30

A - 22

97. Por que a Sra. não pagou ou pagou parcialmente?

1. Seguro saúde privado
 2. Convênio empresa
 3. Sindicato, associações de categorias
 4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
 5. outros. Especificar _____
 9. NS/NR
- (pode haver mais de uma resposta)

31

32

98. Onde a criança nasceu?

1. domicílio . . . (passe para a questão 104)
2. hospital. Especifique:

Nome _____

Tipo de Serviço _____

Endereço R. _____

Nº _____

Bairro _____

Município _____

3. outros. Especificar _____

(passe para a questão 104)

33

34 35

36 38

99. Por que a Sra. procurou este hospital?

9. NS/NR

100. Qual foi o tipo de parto?

1. normal
2. cesárea
3. fórceps
9. NS/NR

39

101. A Sra. pagou por esse parto?

1. não . . . (passe para a questão 103)
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente . . . (siga para a questão 102 e pule a 103)
9. NS/NR . . . (passe para a questão 104)

40

102. Quanto a Sra. pagou por esse parto?

NCz\$ _____

9. NS/NR

41 44

103. Por que o(a) Sr(a) não pagou ou pagou parcialmente?

1. Seguro saúde privado
2. Convênio empresa
3. Sindicato, associações de categorias
4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural
5. outros. Especificar _____
9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

45

☆ 104. A Sra. procurou alguma orientação em Serviço de Saúde para cuidar da criança independentemente dela estar doente?

1. não procurou orientação. Por que? _____

4
A - 23

(encerre o bloco)

2. sim. Especifique:

Tipo de Serviço _____

48 49

Nome _____

Endereço R. _____ Nº _____

50 52

Bairro _____ Município _____

Tipo de Serviço _____

53 54

Nome _____

Endereço R. _____

55 57

Bairro _____ Município _____

9. NS/NR

105. Qual era a idade da criança quando a Sra. procurou essa orientação?

_____ meses _____ dias

58 60

9. NS/NR

106. A Sra. pagou por essas consultas?

1. não

2. sim, parcialmente

3. sim, integralmente

(encerre o bloco)

9. NS/NR

61

107. Por que a Sra. não pagou ou pagou parcialmente?

1. Seguro saúde privado

2. Convênio empresa

3. Sindicato, associações de categorias

4. INAMPS, Prefeitura, Estado, Funrural

5. outros. Especificar _____

9. NS/NR

(pode haver mais de uma resposta)

62

63

☆. PASSE PARA O CONJUNTO I.

Município _____

Entrevistado _____ Nº Ordem _____

CONJUNTO I

BLOCO 11

A - 24

IMUNIZAÇÃO (SOMENTE PARA CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS)

DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA ____ / ____ / ____

VACINAÇÃO DE ROTINA

★ PARA PREENCHIMENTO DESTE ITEM SOLICITE A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

★ 108. Quais as vacinas que o(a) _____ recebeu?

Copie no quadro abaixo as vacinas anotadas a tinta na caderneta de vacinação ou proceda segundo as instruções do manual para as informações verbais.

DOSES	VACINAS																	
	SABIN			TRIPLICE			BCG			SARAMP			DUPLA			MMR		
	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano
1ª dose																		
2ª dose																		
3ª dose																		
1º reforço																		
2º reforço																		
outras																		

109. Onde a criança foi vacinada?

Tipo de Serviço _____

Nome _____ Código _____

Endereço R. _____

Bairro _____ Município _____

NS/NR

Tipo de Serviço _____

Nome _____ Código _____

Endereço R. _____

Bairro _____ Município _____

9. NS/NR

Caso não tenha uma caderneta de vacinação passe para a questão 112.

110. Utilize o quadro abaixo quando a criança tiver mais de uma caderneta de vacinação.
(vide manual do entrevistador).

A - 25

DOSES	VACINAS																	
	SABIN			TRÍPLICE			BCG			SARAMPO			DUPLA			MMR		
	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano	dia	mês	ano
1ª dose																		
2ª dose																		
3ª dose																		
1º reforço																		
2º reforço																		
outras																		

43 48

49 54

55 60

111. Onde a criança foi vacinada?

Tipo de Serviço _____

Nome _____

Endereço R. _____

Bairro _____ Município _____

61 62

63 65

9. NS/NR

Anote aqui os dados necessários a complementação do quadro da questão 108 e 110. Siga para isso, as instruções do manual de entrevistador.

112. Informações obtidas de:

1. caderneta de vacinação
2. verbalmente (através da mãe ou responsável)
3. caderneta de vacinação + informações verbais da mãe ou responsável

66

CAMPANHAS

113. O(a) _____ recebeu vacinas quando foram realizadas as campanhas de vacinação das seguintes datas?

Solicite os comprovantes

ano	VACINADO	sim Nº dose	não	NS/NR	não se aplica
	CAMPANHAS				
86	Campôlio				
87	Campôlio				
	Sarampo				
88	Campôlio				
	Sarampo				

67

68 69

70 71

★. VERIFICAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO: SE FOR 1 PASSE PARA 0

CODIFICAÇÃO DAS
CADERNETAS DE VACINAÇÃO

1	3	
4	5	8
9	14	
15	20	
21	26	
27	32	
33	38	
39	44	
45	50	
51	56	
57	62	
63	68	
69	74	

1	3	
4	5	8
9	14	
15	20	
21	26	
27	32	
33	38	
39	44	
45	50	
51	56	
57	62	
63	68	
69	74	

Município _____ Nº Domic. _____

Entrevistado _____ Nº Ordem _____

CONJUNTO J

BLOCO 12

A - 27

CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (PARA TODOS OS INDIVÍDUOS ACIMA DE 7 ANOS - EXCETO CHEFES DE FAMÍLIA)

114. Até que ano da escola o Sr(a) frequentou?

- 0.1 nunca frequentou sabe ler e escrever
- 0.2 nunca frequentou não sabe ler e escrever
- 1.- primário ou 1º grau _____ ano/série
- 2.- ginásio ou 1º grau _____ ano/série
- 3.- colegial ou 2º grau _____ ano/série
- 3.5 cursos técnicos de nível médio completo
- 3.6 cursos técnicos de nível médio incompleto
- 4.0 universidade completa
- 5.0 universidade incompleta

★ 115. Atualmente o Sr(a) exerce alguma atividade (seja ela remunerada ou não remunerada) de trabalho?

- 1. sim, em atividade
- 2. sim, afastado por motivo de doença
- 3. sim, e também aposentado
- 4. não, desempregado
- 5. não, aposentado
- 6. não, dona de casa
- 7. não, só estudante
- 8. não, outros

Para os indivíduos de 7 a 14 anos, siga para a questão 116.

Para os maiores de 14 anos, passe para a questão 116 e passe para a 117

(Encerre o bloco)

★ SOMENTE PARA AS CRIANÇAS DE 7 A 14 ANOS

116. Descreva o local onde você trabalha e o que faz lá. (tipo de trabalho desenvolvido, e o que produz ou vende a empresa)

9. NS/NR

(Encerre o bloco)

★ SOMENTE PARA MAIORES DE 14 ANOS

117. Qual é/era o seu cargo/ocupação ou função em seu trabalho principal? Descreva as tarefas mais frequentes que desenvolve em seu trabalho.

(Descrever detalhadamente o que o indivíduo faz)

9. NS/NR

118. No seu trabalho principal o Sr(a) é/era? (leia as alternativas da questão p/ o entrevistado)

1. empregado assalariado com carteira profissional assinada
2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada
3. empregado familiar não remunerado
4. conta própria ou autônomo com estabelecimento
5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento
6. empregador com até 4 funcionários fixos
7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos
8. para trabalhador rural que não se encaixe nas alternativas acima descrever detalhadamente sua situação

9. NS/NR

119. Descreva qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

9. NS/NR

120. Em que Município fica o lugar onde o Sr(a) trabalha/trabalhou?

1. no próprio Município

2. outro Município:

Rua: _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

9. NS/NR

(Para desempregados passe para a questão 124)

121. Quanto o Sr(a) ganhou com esse trabalho ou aposentadoria no mês passado?

1. salário líquido. NCz\$ _____

9. NS/NR

122. Além deste trabalho o Sr(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual).

1. não . . . (passe para a questão 124)

2. sim

9. NS/NR

123. Quanto o Sr(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

1. salário líquido. NCz\$ _____

9. NS/NR

124. O Sr(a) tem algum outro rendimento além do(s) declarado(s) anteriormente?

1. não

2. sim. Quanto? NCz\$ _____

9. NS/NR

CONDIÇÃO DE CLASSE SOCIAL (Para uso da codificação)

1.1 - NPB

2.1 - NPB

3.1 - NPB

1.2 - PT

2.2 - PT

1.3 - SP

2.3 - SP

3.5 - PBT

1.4 - PNT

2.4 - PBT

3.6 - B

VERIFICAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO SE FOR O CASO

A - 28

18 19

20 21

22

23 25

26 29

30

31 34

35

36 39

40 41

Município _____ Nº Domic. _____
Entrevistado _____ Nº Ordem _____

A - 29

CONJUNTO K

BLOCO 13

CARACTERIZAÇÃO DA HABITAÇÃO E DIREITO PREVIDENCIÁRIO

✧ 125. Caracterização do domicílio:

1. casa
2. apartamento
3. barraco
4. casa de cômodos (cabeça de porco/cortiço)
5. outros. Especificar _____

1 2 3

4 5 6 7 8

9

126. A sua casa é:

1. cedida
2. alugada
3. própria quitada
4. própria pagando
5. outros. Especificar _____
9. NS/NR

10

127. Quantas pessoas moram nesta casa?

_____ pessoas
9. NS/NR

11 12

128. Quantos cômodos tem em sua casa, tirando o banheiro?

_____ cômodos
9. NS/NR

13 14

129. Tipo de parede dominante

1. tijolo
2. madeira
3. tábuas
4. bloco
5. outros. Especificar _____
9. NS/NR

15

130. Revestimento das paredes externas

1. total
2. parcial
3. inexistente
9. NS/NR

16

131. Revestimento das paredes internas

1. total
2. parcial
3. inexistente
9. NS/NR

17

132. Tipo de piso dominante

1. terra batida
2. tijolo ou cimento
3. ladrilho
4. assoalho, taco, carpete
5. outros. Especificar _____
9. NS/NR

[18]

A - 30

133. Tipo de cobertura dominante

1. telha de cerâmica
2. fibra-cimento
3. laje
4. outros. Especificar _____
9. NS/NR

[19]

134. Tipo de forro dominante

1. estuque ou laje
2. madeira
3. outros. Especificar _____
4. inexistente
9. NS/NR

[20]

135. Tipo de instalação sanitária

1. inexistente
2. externa e coletiva
3. externa e unifamiliar
4. interna e coletiva
5. interna e unifamiliar
9. NS/NR

[21]

[22]

(pode haver mais de uma resposta)

136. Destino dos dejetos

1. sistema público de esgoto
2. esgoto a céu aberto
3. fossa séptica e seca
4. fossa negra
5. outros. Especificar _____
9. NS/NR

[23]

[24]

(pode haver mais de uma resposta)

137. Abastecimento de água (ligação de água)

1. rede pública interna
2. rede pública externa
3. poço artesiano interno
4. poço artesiano externo
5. poço comum interno
6. poço comum externo
9. NS/NR

[25]

[26]

(pode haver mais de uma resposta)

138. Destino de lixo

1. enterra
2. joga em terreno baldio
3. queima
4. coleta diária
5. coleta em dias alternados
6. coleta uma vez por semana
7. coleta irregular
8. outros. Especificar _____
9. NS/NR

[27]

[28]

(pode haver mais de uma resposta)

139. O Sr(a) tem direito a assistência médica através de:

1. Seguro saúde privado
 2. Convênio empresa
 3. Sindicatos e associações de categorias
 4. IAMSPE
 5. INAMPS
 6. outros
 7. não tem direito
 9. NS/NR
- (pode haver mais de uma resposta)

29

30

31

32 33

34 35

BLOCO 14

CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (SOMENTE PARA OS CHEFES DE FAMÍLIA)

★ PARA SER RESPONDIDO SOMENTE PELO CHEFE DA FAMÍLIA

140. Até que ano da escola o Sr(a) completou?

- 0.1 nunca frequentou sabe ler e escrever
- 0.2 nunca frequentou não sabe ler e escrever
- 1.- primário ou 1º grau _____ ano/série
- 2.- ginásio ou 1º grau _____ ano/série
- 3.- colegial ou 2º grau _____ ano/série
- 3.5 cursos técnicos de nível médio completo
- 3.6 cursos técnicos de nível médio incompleto
- 4.0 universidade completa
- 4.1 universidade incompleta

1 3

4 5 8

9

10 11

141. Atualmente o Sr(a) exerce alguma atividade (seja ela remunerada ou não remunerada) de trabalho?

1. sim, em atividade
 2. sim, afastado por motivo de doença
 3. sim, e também aposentado
 4. não, desempregado
 5. não, aposentado
 6. não, dona de casa
 7. não, só estudante
 8. não, outros
- (passe para a questão 150)

12

142. Qual é/era o seu cargo/ocupação ou função em seu trabalho principal?
Descreva as tarefas mais frequentes que desenvolve em seu trabalho.

Descrever detalhadamente o que o indivíduo faz)

13 15

9. NS/NR

143. No seu trabalho principal o Sr(a) é/era?

(Leia as alternativas da questão para o entrevistado)

1. empregado assalariado com carteira profissional assinada
2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada
3. empregado familiar não remunerado
4. conta própria ou autônomo com estabelecimento
5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento
6. empregador com até 4 funcionários fixos
7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos
8. para trabalhador rural que não se encaixe nas alternativas acima, descrever detalhadamente sua situação.

9. NS/NR

144. Descreva qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

9. NS/NR

145. Em que Município fica o lugar onde o Sr(a) trabalha/trabalhou?

1. no próprio Município
2. outro Município:

Rua _____ Nº _____

Bairro _____ Município _____

9. NS/NR

(para os desempregados passe para a questão 149)

146. Quanto o Sr(a) ganhou com esse trabalho ou aposentadoria no mês passado?

1. salário líquido. NCz\$ _____

9. NS/NR

147. Além deste trabalho o Sr(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual)

1. não . . . (passe para a questão 149)
2. sim

9. NS/NR

148. Quanto o Sr(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

1. salário líquido. NCz\$ _____

2. NS/NR

149. O Sr(a) tem algum outro rendimento além do(s) declarado(s) anteriormente?

1. não
2. sim. Quanto? NCz\$ _____

9. NS/NR

A - 32

16 17

18 19

20

21 23

24 27

28

29 32

33

34 37

150. Quadro de composição e renda familiar:

(Arole todos os moradores do domicílio que possuam renda)

A - 33

[illegible]

30 41

CODIFICAÇÃO DE CLASSE SOCIAL (Para uso da codificação)

1.1 - WPB	2.1 - WPB	3.1 - WPB
1.2 - PT	2.2 - PT	
1.3 - SP	2.3 - SP	3.5 - PBT
1.4 - PNT	2.5 - PBT	3.6 - B

42 43

151. Quanto o Sr(a) gastou no último mês com energia elétrica:

NCz\$ _____

44 45

9. NS/NR

0. não se aplica

152. O Sr(a) tem algum tipo de plantação ou de criação que contribui no:

1. orçamento familiar ☐ sim ☐ não
2. alimentação ☐ sim ☐ não

46

153. O Sr(a) possui?

(Leia as alternativas da questão para o entrevistado)

3 { 1. enceradeira
2. refrigerador
6 { 4. televisor
5. toca-discos
9 { 7. aspirador de pó
8. máquina de lavar roupa
12 { 10. telefone
11. veículo auto-motor
15 { 13. vídeo-cassete
14. freezer
16. rádio
99. NS/NR

47

48

49

50 51

52 53

54 55

154. Onde o Sr(a) nasceu?

1. no próprio Município
2. outro Município do Estado de São Paulo. Qual? _____
3. outro Estado do País. Qual? _____
Que Município? _____
4. outro País. Qual? _____
9. NS/NR

ZONA ① urbana ② rural

155. Há quanto tempo o Sr(a) mora neste Município?

Há _____, _____, _____
dias meses anos

9. NS/NR

156. Considerando os últimos 10 anos, quais foram as cidades em que morou, seus respectivos estados, zona e tempo de permanência em cada uma?
(inicie pela última)

CIDADE	ESTADO	ZONA	TEMPO
		1.urbana 2.rural	

ASSOCIATIVISMO

157. O Sr(a) está associado ou filiado a alguma Associação, Sindicato ou Partido Político?

(leia as alternativas para o entrevistado)

1. não
2. sim e frequenta as reuniões
3. sim, e não frequenta as reuniões
9. NS/NR

Especificar o(s) nome(s) da(s) Associação(ões), Sindicato(s) ou Partido(s) Político(s) ao(s) qual(is) está associado ou filiado:

9. NS/NR

158. O Sr(a) costuma ler jornal?

1. não
2. sim. Especificar qual(is) _____
9. NS/NR

A - 34

56 58

59

60 62

63 64

65 67

68 70

71 73

74

75

ANEXO 2

Composição das classes sociais utilizadas neste estudo, versão modificada da proposta de Bronfman e Tuirán (LOMBARDI et al. 1988).

Burguesia: constituída por todos os meios de produção que, sem estar eles mesmo sujeitos à exploração, empregam força de trabalho assalariada, exercendo uma função de exploração de tipo capitalista que se expressa na apropriação de uma porção de tempo de trabalho do empregador. Requisitos: empregar cinco ou mais pessoas e ter renda individual superior a quinze salários mínimos.

Nova Pequena Burguesia: engloba aqueles que ocupam postos de mais alto nível técnico e de tomada de decisões e os assalariados que exercem funções que apesar de não serem de direção, requerem uma formação profissional de nível universitário. Ex: diretores de empresas, gerentes, administradores, chefes de departamentos, altos oficiais do exército e da polícia, os quadros diretivos da burocracia, legisladores, agentes responsáveis pela execução da justiça nos tribunais, engenheiros, cientistas, agrônomos e jornalistas, professores, publicitários e outros. Abrange também profissionais autônomos que são portadores de práticas especializadas que lhes permitem vender seu trabalho. Pertencem a este grupo: profissionais e técnicos que trabalham por conta própria, como médicos, engenheiros, advogados, dentistas e outros. Podem até possuir meios de produção e contratar mão de obra assalariada, porém empregam menos de cinco pessoas e/ou têm renda inferior a quinze salários mínimos.

Pequena Burguesia Tradicional: composta por aqueles que não possuem formação universitária, capacidade de reproduzir-se de maneira independente por disporem de meios de produção próprios. A reprodução desta classe baseia-se na utilização da força de trabalho do grupo familiar. Podem contratar força de trabalho assalariada, porém com menos de cinco empregados e /ou renda individual inferior a quinze

salários mínimos. Ex: agentes da indústria artesanal, pequenos comerciantes e proprietários independentes do setor de serviços.

Proletariado: agentes submetidos a uma relação de exploração, não exercendo direta ou indiretamente função de exploração. São trabalhadores que não dispõem de meios de produção e trabalho; vendem sua força de trabalho para poder sobreviver; são objeto da extração de uma proporção do produto de seu trabalho e não possuem formação de nível superior.

De acordo com a natureza e forma como os indivíduos realizam o seu trabalho, distinguem-se em dois grupos:

- **Proletariado Típico:** trabalhadores que desempenham atividades diretamente vinculadas a produção e transporte de mercadorias (pedreiros, operários, motoristas).
- **Proletariado não típico:** têm relação indireta com a produção (bancários, trabalhadores de escritório, funcionários públicos).

Subproletariado: aqueles que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual obtêm salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho. Inclui trabalhadores que possuem simples artefatos ou instrumentos para desempenhar seu trabalho; trabalhadores que não possuem meio de produção e que se inserem em ocupações não assalariadas e que não exigem qualificação alguma; e aqueles que não possuem meios de produção e que pela natureza do ofício que desempenham, transitam constantemente entre ocupações por conta própria e ocupações assalariadas não qualificadas. Ex: serventes da construção, vendedores ambulantes, engraxates, trabalhadores domésticos, e outros.

Nesta classificação, os pensionistas, estudantes e donas de casa não são classificados.

ANEXO 3

CATEGORIAS DEFINIDAS A PARTIR DA SATISFAÇÃO DO ENTREVISTADO QUE REFERIU MORBIDADE NOS ÚLTIMOS QUINZE DIAS

INESPECÍFICOS: (não) atendeu bem, (não) tratou bem, (não) cuidou bem, quebra o galho.

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: prestativo, atencioso, educado, paciente, delicado, dedicado, humano, bonzinho, honesto, respeitoso, conhecido, legal, excelente, conversam com a gente, confia no médico

Má vontade, grosseiros, estúpidos, mal educado, falta de interesse, não gosta de criança, só gosta de estudar a gente, médico estava nervoso, não se interessou pela criança.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: organização, boa recepção, pouca gente, rapidez, atender no horário, atendeu fora do horário, não pagou, foi atendido, foi matriculado no serviço, é atendido pelo mesmo médico, é bem equipado, encaminhamento bom, marcou a cirurgia, quando paga trata bem, dar remédio grátis .

Demora no atendimento, está sempre em greve, não há profissional, poucos profissionais, médico não estava, ainda não foi atendida.

RECURSOS HUMANOS: capacidade, eficiência, (não) examinou bem, acompanha o caso, orienta bem, ser pediatra.

Passar por 3 médicos e receber diagnósticos diferentes.

DIAGNÓSTICO / TRATAMENTO: (não) acertar medicação, (não) melhorar, aliviar, só receitar AAS, dizer o diagnóstico (motivo por não ter gostado), receitar medicação para verminose (tinha dor de garganta).

HOTELARIA: ambiente sujo / limpo

ACESSO: é perto

CATEGORIAS DEFINIDAS A PARTIR DA SATISFAÇÃO DO ENTREVISTADO QUE FICOU INTERNADO NO ÚLTIMO ANO

INESPECÍFICOS: (não) atendeu bem, (não) tratou bem, (não) cuidou bem, superou as expectativas, não viu nada, estava inconsciente, foi a primeira vez, sempre vai lá .

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: prestativo, atencioso, educado, paciente, delicado, dedicado, humano, bonzinho, honesto, respeitoso, privacidade, conhecido, legal, maravilhoso, excelente, fácil comunicação, me deixaram tranquilo, conversam com a gente, se importam com o doente, solidário com o sofrimento.

Má vontade, não ajudam, displicente, grosseiros, estúpidos, mal educado, falta de interesse, atendimento frio e automático, despersonalizado, castigam o doente.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: organização, boa recepção, quarto privativo, pouca gente, pode escolher quem o atende, rapidez, hospital escola, atender no horário, atendeu fora do horário, não pagou, foi atendido e encaminhado.

Falta de materiais, não cumprem horário das prescrições, demora no atendimento, ficou com outras doenças.

RECURSOS HUMANOS: capacidade, eficiência, jovens, número de pessoal, médico visita todo dia, examinou bem, acompanha o caso, orienta bem, vinha toda hora.

Falta médico, rotatividade de pessoal, inseguro, não fez acompanhamento pós-operatório.

DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO: não perdeu peso, recebeu remédios, (não) melhorou, passou por vários médicos, fez exames, receitou bem o remédio, interna quando precisa, não deixa sofrer muito, bom tratamento.

IATROGENIAS: infecção hospitalar

HOTELARIA: higiene, troca de roupas de cama, boa comida, comida na hora certa.

Não tinha água no filtro, comida ruim, não recebeu comida, hospital sujo, hospital mau conservado.

ACESSO: é perto

ANEXO 4

Distribuição da população que referiu **hipertensão**, segundo visita de rotina ao médico e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	VISITA DE ROTINA AO MÉDICO									
		SIM		NÃO		QUANDO PRECISA		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	100	(43,0)	65	(31,6)	54	(25,0)	2	(0,4)	221	100,0
	Embu	144	(36,8)	104	(29,0)	119	(34,2)	-	-	367	100,0
	Itapecerica da Serra	85	(28,8)	71	(33,0)	92	(38,2)	-	-	248	100,0
	Embu-Guaçu	125	(34,9)	81	(33,3)	103	(31,6)	1	(0,2)	310	100,0
	Juquitiba	106	(37,5)	76	(29,6)	87	(32,9)	-	-	269	100,0
	Cotia	108	(29,7)	91	(35,4)	92	(33,9)	1	(1,0)	292	100,0
Escolaridade	Analfabeto	125	(42,5)	77	(31,6)	85	(25,9)	-	-	287	100,0
	Primário	411	(34,7)	303	(33,2)	353	(32,0)	1	(0,1)	1068	100,0
	Ginasial	59	(28,8)	55	(31,8)	64	(37,7)	2	(1,7)	180	100,0
	Colegial / técnico	32	(46,1)	22	(22,4)	18	(31,5)	-	-	72	100,0
	Universitário	18	(42,4)	16	(43,7)	8	(13,9)	-	-	42	100,0
Faixa Etária	1 a 29 anos	20	(19,2)	54	(49,5)	35	(31,3)	-	-	105	100,0
	30 a 49 anos	116	(36,2)	115	(29,6)	128	(33,8)	1	(0,4)	360	100,0
	50 a 69 anos	444	(44,0)	259	(26,6)	309	(29,1)	3	(0,3)	1015	100,0
	70 a 99 anos	88	(37,6)	60	(29,3)	75	(33,1)	-	-	223	100,0
Sexo	Masculino	227	(28,5)	234	(34,6)	229	(36,4)	1	(0,5)	691	100,0
	Feminino	441	(41,1)	254	(29,9)	318	(28,8)	3	(0,2)	1016	100,0
Classe Social	SP	59	(30,0)	67	(44,0)	59	(30,0)	-	-	185	100,0
	PT	196	(33,7)	140	(33,0)	164	(33,3)	-	-	500	100,0
	PNT	215	(39,6)	134	(28,2)	176	(31,5)	2	(0,7)	527	100,0
	NPB	19	(41,8)	16	(38,2)	12	(20,0)	-	-	47	100,0
	PBT	85	(34,7)	75	(34,7)	78	(30,2)	1	(0,4)	239	100,0
	B	7	(70,8)	2	(19,9)	1	(9,3)	-	-	10	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	401	(33,3)	350	(35,4)	353	(30,9)	2	(0,4)	1106	100,0
	NPEA	244	(43,5)	123	(22,9)	175	(33,3)	1	(0,3)	543	100,0
Direito à Assistência Médica	Convênio da empresa	82	(35,1)	51	(28,1)	75	(35,3)	2	(1,5)	210	100,0
	Plano saúde privado	30	(63,3)	14	(17,7)	12	(19,0)	-	-	56	100,0
	Outros convênios	23	(47,0)	17	(20,9)	24	(32,1)	-	-	64	100,0
	SUS	510	(33,6)	390	(34,9)	420	(31,4)	2	(0,1)	1320	
Prescrição de medicamentos	Sim	609	(45,9)	253	(20,4)	418	(33,7)	-	-	1280	100,0
	Não	58	(18,1)	157	(48,0)	126	(33,6)	1	(0,3)	342	100,0
Tomada de medicamentos	Sim	507	(61,4)	101	(11,1)	231	(27,5)	-	-	839	100,0
	Não	99	(25,9)	152	(32,2)	187	(41,9)	-	-	438	100,0
Obtenção medicamento	Gratuita	172	(77,0)	12	(2,6)	50	(20,4)	-	-	234	100,0
	Compra	336	(55,9)	89	(14,3)	179	(29,8)	-	-	604	100,0

N= n° absoluto na amostra não ponderada

(%*) porcentagem na amostra ponderada

ANEXO 5

Distribuição da população que referiu **diabetes**, segundo visita de rotina ao médico e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	VISITA DE ROTINA AO MÉDICO									
		SIM		NÃO		QUANDO PRECISA		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	29	(75,1)	7	(19,7)	3	(5,2)	-	-	39	100,0
	Embu	29	(57,6)	10	(19,4)	7	(21,6)	1	(1,4)	47	100,0
	Itapeverica da Serra	16	(45,2)	9	(17,1)	15	(37,7)	-	-	40	100,0
	Embu-Guaçu	25	(50,4)	9	(21,7)	12	(27,9)	-	-	46	100,0
	Juquitiba	19	(54,6)	8	(25,4)	6	(20,0)	-	-	33	100,0
	Cotia	31	(68,2)	7	(18,4)	10	(13,4)	-	-	48	100,0
Escolaridade	Analfabeto	24	(66,3)	7	(18,8)	10	(14,9)	-	-	41	100,0
	Primário	91	(57,0)	34	(20,1)	34	(22,3)	1	(0,6)	160	100,0
	Ginasial	12	(74,7)	3	(15,1)	5	(10,2)	-	-	20	100,0
	Colegial / técnico	11	(82,6)	3	(13,1)	1	(4,3)	-	-	15	100,0
	Universitário	3	(47,2)	2	(45,6)	1	(7,2)	-	-	6	100,0
Faixa Etária	10 a 29 anos	1	(57,2)	3	(38,9)	1	(3,9)	-	-	5	100,0
	30 a 49 anos	16	(65,9)	5	(17,0)	5	(17,1)	-	-	26	100,0
	50 a 69 anos	106	(62,9)	33	(17,6)	38	(18,9)	1	(0,6)	178	100,0
	70 a 99 anos	26	(57,3)	9	(23,8)	9	(18,9)	-	-	44	100,0
Sexo	Masculino	50	(71,5)	18	(13,0)	22	(15,5)	-	-	90	100,0
	Feminino	99	(58,8)	32	(22,4)	31	(18,3)	1	(0,5)	163	100,0
Classe Social	SP	9	(36,3)	5	(14,2)	8	(49,5)	-	-	22	100,0
	PT	34	(73,8)	9	(9,5)	12	(16,7)	-	-	55	100,0
	PNT	41	(74,8)	12	(13,1)	14	(11,1)	1	(1,0)	68	100,0
	NPB	3	(38,7)	4	(49,0)	2	(12,3)	-	-	9	100,0
	PBT	32	(45,9)	17	(36,6)	10	(17,5)	-	-	59	100,0
	B	1	(100,0)	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	82	(63,5)	32	(18,9)	32	(17,6)	-	-	146	100,0
	NPEA	58	(59,8)	17	(22,0)	19	(17,0)	1	(1,2)	95	100,0
Direito à Assistência Médica	Convênio da empresa	12	(85,4)	2	(3,5)	8	(1,1)	-	-	22	100,0
	Plano saúde privado	7	(51,0)	2	(42,3)	1	(6,7)	-	-	10	100,0
	Outros convênios	7	(61,0)	5	(30,8)	2	(8,2)	-	-	14	100,0
	SUS	118	(58,9)	40	(20,8)	40	(19,9)	1	(0,4)	199	
Prescrição de medicamentos	Sim	125	(68,5)	30	(13,8)	40	(17,7)	-	-	195	100,0
	Não	24	(51,8)	14	(30,6)	13	(17,6)	-	-	51	100,0
Tomada de medicamentos	Sim	112	(76,6)	20	(9,2)	28	(14,2)	-	-	160	100,0
	Não	13	(44,1)	10	(27,9)	12	(28,0)	-	-	35	100,0
Obtenção medicamento	Gratuita	18	(68,8)	1	(4,2)	4	(27,0)	-	-	23	100,0
	Compra	94	(77,8)	19	(10,1)	24	(12,1)	-	-	137	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada

(%*) porcentagem na amostra ponderada

ANEXO 6

Distribuição da população que referiu **afecções cardíacas**, segundo visita de rotina ao médico e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	VISITA DE ROTINA AO MÉDICO									
		SIM		NÃO		QUANDO PRECISA		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	40	(44,7)	18	(34,8)	13	(20,5)	-	-	71	100,0
	Embu	52	(44,5)	34	(35,1)	28	(20,4)	-	-	114	100,0
	Itapecerica da Serra	23	(27,8)	15	(30,2)	26	(42,0)	-	-	64	100,0
	Embu-Guaçu	37	(33,6)	29	(42,8)	20	(23,6)	-	-	86	100,0
	Juquitiba	24	(32,6)	26	(36,3)	24	(31,1)	-	-	74	100,0
	Cotia	45	(34,8)	45	(52,2)	18	(13,0)	-	-	108	100,0
Escolaridade	Analfabeto	33	(46,7)	26	(35,8)	22	(17,5)	-	-	81	100,0
	Primário	124	(37,1)	95	(37,3)	85	(25,6)	-	-	304	100,0
	Ginasial	36	(41,3)	27	(43,0)	13	(15,7)	-	-	76	100,0
	Colegial / técnico	10	(35,8)	9	(54,1)	4	(10,1)	-	-	23	100,0
	Universitário	7	(39,4)	6	(58,0)	1	(2,6)	-	-	14	100,0
Faixa Etária	1 a 29 anos	26	(30,8)	46	(56,4)	12	(12,8)	-	-	84	100,0
	30 a 49 anos	30	(39,1)	32	(31,6)	26	(29,3)	-	-	88	100,0
	50 a 69 anos	120	(55,1)	66	(26,4)	62	(22,5)	-	-	248	100,0
	70 a 99 anos	43	(51,0)	23	(20,6)	29	(30,4)	-	-	95	100,0
Sexo	Masculino	73	(32,6)	65	(44,5)	54	(22,9)	-	-	192	100,0
	Feminino	148	(43,0)	102	(35,9)	75	(21,1)	-	-	325	100,0
Classe Social	SP	18	(15,3)	25	(57,0)	16	(27,7)	-	-	59	100,0
	PT	57	(36,8)	53	(44,5)	37	(18,7)	-	-	147	100,0
	PNT	83	(47,6)	48	(35,8)	40	(16,6)	-	-	171	100,0
	NPB	7	(40,8)	5	(59,2)	-	-	-	-	12	100,0
	PBT	27	(29,5)	21	(29,4)	22	(41,1)	-	-	70	100,0
	B	2	(100,0)	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	135	(37,4)	113	(41,5)	80	(21,1)	-	-	328	100,0
	NPEA	75	(44,4)	50	(35,0)	45	(20,6)	-	-	170	100,0
Direito à Assistência Médica	Convênio da empresa	36	(37,0)	27	(48,8)	13	(14,2)	-	-	76	100,0
	Plano saúde privado	16	(58,7)	4	(14,1)	3	(27,2)	-	-	23	100,0
	Outros convênios	4	(6,1)	4	(25,2)	10	(38,7)	-	-	18	100,0
	SUS	157	(42,0)	128	(38,4)	99	(19,6)	-	-	384	100,0
Prescrição de medicamentos	Sim	169	(48,8)	64	(26,0)	78	(25,2)	-	-	311	100,0
	Não	52	(38,7)	56	(40,0)	48	(21,3)	-	-	156	100,0
Tomada de medicamentos	Sim	141	(63,5)	24	(12,5)	44	(24,0)	-	-	209	100,0
	Não	27	(31,4)	40	(50,2)	34	(18,4)	-	-	101	100,0
Obtenção medicamento	Gratuita	42	(83,8)	4	(7,6)	5	(8,6)	-	-	51	100,0
	Compra	99	(59,7)	20	(13,4)	39	(26,9)	-	-	158	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada (%*) percentagem na amostra ponderada

ANEXO 7

Distribuição da população que referiu **afecções respiratórias**, segundo visita de rotina ao médico e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	VISITA DE ROTINA AO MÉDICO									
		SIM		NÃO		QUANDO PRECISA		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	29	(35,6)	25	(33,6)	23	(30,8)	-	-	77	100,0
	Embu	27	(21,0)	60	(43,6)	47	(35,4)	-	-	134	100,0
	Itapecerica da Serra	36	(24,9)	36	(34,9)	41	(35,2)	-	-	113	100,0
	Embu-Guaçu	21	(20,8)	41	(40,7)	38	(38,2)	1	(0,3)	101	100,0
	Juquitiba	11	(8,7)	54	(49,0)	46	(42,3)	-	-	111	100,0
	Cotia	14	(7,3)	54	(55,6)	37	(37,1)	-	-	105	100,0
Escolaridade	Analfabeto	16	(18,7)	35	(47,5)	33	(33,8)	-	-	84	100,0
	Primário	80	(23,4)	146	(40,7)	133	(35,9)	1	(0,0.)	353	100,0
	Ginasial	29	(28,0)	47	(38,1)	39	(33,9)	-	-	115	100,0
	Colegial / técnico	3	(16,8)	20	(54,6)	7	(28,6)	-	-	30	100,0
	Universitário	2	(8,7)	15	(69,3)	6	(22,0)	-	-	23	100,0
Faixa Etária	1 a 29 anos	74	(22,9)	118	(39,6)	132	(37,5)	-	-	324	100,0
	30 a 49 anos	16	(23,7)	48	(49,6)	27	(26,7)	-	-	91	100,0
	50 a 69 anos	38	(22,5)	87	(46,6)	61	(30,7)	1	(0,2)	186	100,0
	70 a 99 anos	10	(31,1)	17	(37,6)	12	(31,3)	-	-	39	100,0
Sexo	Masculino	60	(21,4)	126	(41,4)	116	(37,3)	-	-	302	100,0
	Feminino	78	(24,5)	144	(42,6)	116	(32,9)	1	(0,0.)	338	100,0
Classe Social	SP	11	(9,6)	23	(28,9)	35	(61,3)	1	(0,2)	70	100,0
	PT	46	(24,1)	80	(33,3)	90	(42,6)	-	-	216	100,0
	PNT	43	(27,6)	98	(51,0)	58	(21,4)	-	-	199	100,0
	NPB	2	(10,6)	12	(70,7)	4	(14,7)	-	-	18	100,0
	PBT	16	(24,8)	37	(48,8)	20	(26,4)	-	-	73	100,0
	B	-	-	3	(69,9)	1	(30,1)	-	-	4	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	98	(23,7)	205	(43,4)	170	(32,9)	1	(0,0.)	473	100,0
	NPEA	32	(18,5)	58	(40,6)	49	(40,8)	-	-	139	100,0
Direito à Assistência Médica	Convênio da empresa	22	(18,2)	47	(45,1)	42	(36,7)	-	-	111	100,0
	Plano saúde privado	5	(23,0)	16	(70,5)	1	(6,5)	-	-	22	100,0
	Outros convênios	11	(53,8)	6	(27,3)	3	(18,9)	-	-	20	100,0
	SUS	92	(23,0)	192	(40,8)	174	(36,2)	1	(0,0.)	459	100,0
Prescrição de medicamentos	Sim	105	(29,3)	116	(31,5)	154	(39,2)	-	-	375	100,0
	Não	33	(17,6)	80	(46,0)	76	(36,4)	-	-	189	100,0
Tomada de medicamentos	Sim	70	(50,4)	32	(12,2)	72	(37,4)	-	-	174	100,0
	Não	35	(18,3)	84	(42,1)	80	(39,6)	-	-	199	100,0
Obtenção medicamento	Gratuita	16	(58,3)	4	(5,8)	12	(35,9)	-	-	32	100,0
	Compra	53	(50,4)	27	(11,8)	60	(37,8)	-	-	140	100,0

N= nº absoluto na amostra não ponderada (%*) porcentagem na amostra ponderada

ANEXO 8

Distribuição da população que referiu **convulsão/ataque**, segundo visita de rotina ao médico e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	VISITA DE ROTINA AO MÉDICO									
		SIM		NÃO		QUANDO PRECISA		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	3	(100,0)	-	-	-	-	-	-	3	(100,0)
	Embu	4	(46,5)	1	(2,7)	5	(50,8)	-	-	10	(100,0)
	Itapecerica da Serra	5	(53,7)	4	(26,5)	3	(19,8)	-	-	12	(100,0)
	Embu-Guaçu	2	(37,4)	4	(58,0)	1	(4,6)	-	-	7	(100,0)
	Juquitiba	3	(46,9)	3	(41,2)	-	-	1	(11,9)	7	(100,0)
	Cotia	2	(39,1)	2	(32,3)	2	(28,6)	-	-	6	(100,0)
Escolaridade	Analfabeto	5	(81,0)	2	(12,4)	1	(6,6)	-	-	8	(100,0)
	Primário	11	(55,2)	9	(18,5)	8	(25,8)	1	(0,5)	29	(100,0)
	Ginasial	2	(32,7)	1	(4,7)	2	(62,6)	-	-	5	(100,0)
	Colegial / técnico	-	-	2	(100,0)	-	-	-	-	2	(100,0)
	Universitário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(100,0)
Faixa Etária	1 a 29 anos	11	(44,3)	5	(14,9)	5	(29,4)	-	-	21	(100,0)
	30 a 49 anos	4	(82,7)	3	(17,3)	-	-	-	-	7	(100,0)
	50 a 69 anos	3	(28,1)	5	(33,8)	5	(38,1)	-	-	13	(100,0)
	70 a 99 anos	1	(27,7)	1	(29,2)	1	(32,3)	1	(10,8)	4	(100,0)
Sexo	Masculino	7	(37,6)	6	(22,6)	6	(39,1)	1	(0,7)	20	(100,0)
	Feminino	12	(68,8)	8	(13,0)	5	(18,2)	-	-	25	(100,0)
Classe Social	SP	2	(76,9)	2	(20,1)	1	(3,0)	-	-	5	(100,0)
	PT	7	(42,2)	7	(24,9)	3	(32,9)	-	-	17	(100,0)
	PNT	4	(59,8)	2	(15,4)	3	(23,2)	1	(1,6)	10	(100,0)
	NPB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PBT	2	(51,6)	3	(22,9)	2	(25,5)	-	-	7	(100,0)
	B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Condição no mercado de trabalho	PEA	11	(52,9)	11	(24,2)	7	(22,9)	-	-	29	(100,0)
	NPEA	6	(50,8)	3	(6,2)	4	(42,0)	1	(1,0)	14	(100,0)
Direito à Assistência Médica	Convênio da empresa	3	(42,9)	3	(42,9)	1	(14,2)	-	-	7	(100,0)
	Plano saúde privado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Outros convênios	-	-	1	(50,0)	1	(50,0)	-	-	2	(100,0)
	SUS	15	(46,9)	7	(21,9)	9	(28,9)	1	(3,1)	32	(100,0)
	NS-NR	1	(100,0)	-	-	-	-	-	-	1	(100,0)
Prescrição de medicamentos	Sim	17	(61,4)	7	(10,6)	9	(28,0)	-	-	33	(100,0)
	Não	2	(36,7)	4	(35,5)	2	(27,8)	-	-	8	(100,0)
Tomada de medicamentos	Sim	17	(80,2)	5	(8,6)	3	(11,2)	-	-	25	(100,0)
	Não	-	-	2	(16,8)	6	(83,2)	-	-	8	(100,0)
Obtenção medicamento	Gratuito	5	(87,8)	-	-	1	(12,2)	-	-	6	(100,0)
	Compra	12	(79,2)	5	(9,8)	2	(11,0)	-	-	19	(100,0)

N= n° absoluto na amostra não ponderada (%*) porcentagem na amostra ponderada

ANEXO 9

Distribuição da população que referiu **hipertensão**, segundo hábito de tomar o medicamento e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	TOMAR MEDICAMENTOS							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	113	(51,2)	65	(46,9)	2	(1,9)	180	100,0
	Embu	154	(51,4)	124	(48,6)	-	-	278	100,0
	Itapecerica da Serra	113	(68,2)	61	(31,8)	-	-	174	100,0
	Embu-Guaçu	172	(66,9)	64	(31,3)	3	(1,8)	239	100,0
	Juquitiba	136	(58,2)	46	(41,8)	-	-	182	100,0
	Cotia	151	(57,4)	78	(41,3)	1	(1,3)	230	100,0
Escolaridade	Analfabeto	148	(62,7)	75	(37,3)	-	-	223	100,0
	Primário	519	(55,8)	277	(44,1)	1	(0,1)	797	100,0
	Ginasial	82	(41,5)	50	(55,9)	3	(2,6)	135	100,0
	Colegial / técnico	36	(46,8)	18	(53,2)	-	-	54	100,0
	Universitário	22	(74,6)	7	(25,4)	-	-	29	100,0
Faixa Etária	10 a 29 anos	11	(14,8)	26	(85,2)	-	-	37	100,0
	30 a 49 anos	126	(48,9)	103	(49,3)	3	(1,8)	232	100,0
	50 a 69 anos	561	(65,9)	264	(33,8)	3	(0,3)	828	100,0
	70 a 99 anos	141	(75,1)	45	(24,9)	-	-	186	100,0
Sexo	Masculino	284	(46,8)	197	(52,2)	3	(1,0)	484	100,0
	Feminino	555	(59,9)	241	(39,1)	3	(1,0)	799	100,0
Classe Social	SP	84	(46,9)	54	(53,1)	-	-	138	100,0
	PT	224	(52,5)	137	(47,2)	1	(0,3)	362	100,0
	PNT	257	(53,6)	147	(45,5)	2	(0,9)	406	100,0
	NPB	27	(77,0)	6	(33,0)	-	-	33	100,0
	PBT	123	(55,1)	52	(44,2)	1	(0,7)	176	100,0
	B	7	(70,8)	3	(29,2)	-	-	10	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	489	(50,5)	296	(48,8)	4	(0,7)	789	100,0
	NPEA	318	(65,2)	131	(34,8)	-	-	449	100,0
Tipo de Assistência Médica	Convênio da empresa	91	(50,1)	63	(47,1)	3	(2,8)	91	100,0
	Outros convênios	30	(56,9)	15	(43,1)	-	-	45	100,0
	Plano saúde privado	39	(74,9)	8	(25,1)	-	-	47	100,0
	SUS	649	(68,5)	279	(31,5)	-	-	928	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada
(%*) porcentagem na amostra ponderada

ANEXO 10

Tabela Distribuição da população que referiu **diabetes**, segundo hábito de tomar medicamentos e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	TOMAR MEDICAMENTOS					
		SIM		NÃO		NS-NR	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	23	(73,0)	6	(27,0)	-	-
	Embu	26	(56,9)	12	(41,5)	1	(1,6)
	Itapecerica da Serra	25	(79,8)	7	(20,2)	-	-
	Embu-Guaçu	31	(84,0)	3	(13,7)	1	(2,3)
	Juquitiba	24	(96,3)	1	(3,7)	-	-
	Cotia	31	(89,1)	6	(10,9)	-	-
Escolaridade	Analfabeto	27	(78,7)	6	(21,3)	-	-
	Primário	100	(80,2)	20	(18,8)	2	(1,0)
	Ginasial	11	(44,4)	6	(55,6)	-	-
	Colegial / téc./univ.	16	(89,9)	2	(10,1)	-	-
Faixa Etária	20 a 49 anos	11	(63,5)	5	(36,5)	-	-
	50 a 69 anos	122	(79,6)	26	(19,4)	2	(1,0)
	70 a 99 anos	27	(83,0)	4	(17,0)	-	-
Sexo	Masculino	64	(89,5)	9	(10,5)	-	-
	Feminino	96	(65,5)	26	(33,6)	2	(0,9)
Classe Social	SP	13	(81,2)	3	(18,8)	-	-
	PT	31	(74,9)	7	(24,4)	1	(0,7)
	PNT	40	(72,7)	11	(25,9)	1	(1,4)
	NPB	6	(77,0)	1	(33,0)	-	-
	PBT	42	(69,8)	9	(30,2)	-	-
	B	1	(100,0)	-	-	-	-
Condição no mercado de trabalho	PEA	90	(72,7)	25	(27,3)	-	-
	NPEA	63	(78,9)	9	(21,1)	-	-
Tipo de	Convênio da empresa	15	(93,4)	2	(6,6)	-	-
Assistência Médica	Outros convênios	8	(76,0)	2	(24,0)	-	-
	Plano saúde privado	5	(67,1)	2	(32,9)	-	-
	SUS	127	(71,5)	28	(27,8)	2	(0,7)

N= número absoluto na amostra não ponderada

(%*) porcentagem na amostra ponderada

ANEXO 11

Distribuição da população que referiu **afecções cardíacas**, segundo hábito de tomar medicamentos e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	TOMAR MEDICAMENTOS							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	33	(65,3)	11	(34,7)	-	-	44	100,0
	Embu	47	(60,5)	21	(38,7)	1	(0,8)	69	100,0
	Itapecerica da Serra	22	(37,3)	17	(61,2)	1	(1,5)	40	100,0
	Embu-Guaçu	39	(60,2)	16	(39,8)	-	-	55	100,0
	Juquitiba	19	(64,0)	12	(36,0)	-	-	31	100,0
	Cotia	49	(54,9)	24	(45,1)	-	-	73	100,0
Escolaridade	Analfabeto	37	(66,8)	13	(33,2)	-	-	50	100,0
	Primário	128	(61,3)	57	(38,0)	1	(0,7)	187	100,0
	Ginasial	28	(50,7)	18	(49,3)	-	-	46	100,0
	Colegial / téc./univ.	8	(30,4)	10	(69,6)	-	-	18	100,0
Faixa Etária	1 dia a 29 anos	10	(27,6)	15	(72,4)	-	-	25	100,0
	30 a 49 anos	18	(52,2)	17	(47,8)	-	-	35	100,0
	50 a 69 anos	117	(68,6)	53	(30,7)	1	(0,7)	171	100,0
	70 a 99 anos	64	(84,2)	16	(14,5)	1	(1,3)	81	100,0
Sexo	Masculino	84	(60,0)	32	(39,4)	1	(0,6)	117	100,0
	Feminino	125	(56,5)	69	(43,2)	1	(0,3)	195	100,0
Classe Social	SP	20	(54,5)	17	(45,5)	-	-	37	100,0
	PT	48	(51,0)	31	(49,0)	1	(1,0)	80	100,0
	PNT	80	(59,4)	31	(40,6)	1	(0,5)	112	100,0
	NPB	4	(42,4)	3	(57,6)	-	-	100,0	
	PBT	28	(59,8)	12	(40,2)	-	-	100,0	
	B	1	(50,0)	1	(50,0)	-	-	100,0	
Condição no mercado de trabalho	PEA	108	(48,7)	70	(51,0)	1	(0,3)	179	100,0
	NPEA	93	(80,4)	28	(18,9)	1	(0,7)	122	100,0
Tipo de Assistência Médica	Convênio da empresa	24	(41,8)	23	(57,3)	1	(0,9)	48	100,0
	Outros convênios	6	(54,7)	4	(45,3)	-	-	10	100,0
	Plano saúde privado	13	(65,0)	2	(35,0)	-	-	15	100,0
	SUS	160	(63,2)	69	(36,8)	-	-	230	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada
 (%*) porcentagem na amostra ponderada

ANEXO 12

Distribuição da população que referiu **afecções respiratórias**, segundo hábito de tomar medicamentos e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	TOMAR MEDICAMENTOS							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	21	(40,9)	28	(58,6)	1	(0,5)	50	100,0
	Embu	37	(35,3)	45	(64,7)	-	-	82	100,0
	Itapecerica da Serra	25	(25,3)	52	(73,0)	1	(1,7)	78	100,0
	Embu-Guaçu	33	(54,5)	18	(44,9)	1	(0,6)	52	100,0
	Juquitiba	31	(50,2)	25	(49,8)	-	-	56	100,0
	Cotia	27	(26,2)	31	(73,8)	-	-		100,0
Escolaridade	Analfabeto	28	(33,4)	23	(66,6)	-	-	51	100,0
	Primário	104	(38,9)	106	(60,9)	2	(0,6)	212	100,0
	Ginasial	26	(26,5)	38	(72,9)	1	(0,6)	65	100,0
	Colegial / téc./univ.	10	(30,9)	23	(69,1)	-	-	33	100,0
Faixa Etária	1 dia a 9 anos	46	(39,4)	52	(60,6)	-	-	98	100,0
	10 a 29 anos	18	(21,9)	72	(77,3)	1	(0,8)	91	100,0
	30 a 49 anos	23	(37,4)	33	(62,6)	-	-	56	100,0
	50 a 69 anos	66	(60,1)	36	(37,8)	2	(2,1)	104	100,0
	70 a 99 anos	21	(72,2)	6	(27,8)	-	-	27	100,0
Sexo	Masculino	84	(35,0)	89	(64,7)	1	(0,3)	174	100,0
	Feminino	90	(34,5)	110	(64,9)	2	(0,6)	202	100,0
Classe Social	SP	21	(35,6)	20	(64,2)	1	(0,2)	42	100,0
	PT	56	(38,2)	69	(60,3)	2	(1,5)	127	100,0
	PNT	55	(30,5)	61	(69,5)	-	-	116	100,0
	NPB	4	(32,0)	9	(68,0)	-	-	13	100,0
	PBT	22	(38,3)	22	(61,7)	-	-	44	100,0
	B	-		2	(100,0)	-	-	2	100,0
Condição no mercado de trabalho	PEA	118	(32,7)	160	(66,8)	3	(0,5)	281	100,0
	NPEA	50	(44,0)	30	(56,0)	-	-		100,0
Tipo de Assistência Médica	Convênio da empresa	35	(32,4)	30	(67,6)	-	-	65	100,0
	Outros convênios	8	(53,2)	8	(55,7)	-	-	16	100,0
	Plano saúde privado	4	(32,3)	9	(67,7)	-	-	13	100,0
	SUS	122	(28,0)	141	(71,2)	3	(0,8)	266	100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

(%*) percentagem na amostra ponderada

ANEXO 13

Distribuição da população que referiu **convulsão/ataque**, segundo hábito de tomar medicamentos e variáveis sócio-demográficas, de utilização dos serviços de saúde, região sudoeste da Grande São Paulo, 1989/1990.

VARIÁVEL	CATEGORIA	TOMAR MEDICAMENTOS							
		SIM		NÃO		NS-NR		TOTAL	
		N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)	N	(%*)
Município de residência	Taboão da Serra	3	(100,0)	-	-	-	-	3	100,0
	Embu	4	(72,7)	2	(27,3)	-	-	6	100,0
	Itapeverica da Serra	6	(64,9)	4	(35,1)	-	-	10	100,0
	Embu-Guaçu	6	(82,7)	1	(17,3)	-	-	7	100,0
	Juquitiba	3	(80,0)	-	-	1	(20,0)	4	100,0
	Cotia	3	(64,6)	1	(35,4)	-	-	4	100,0
Escolaridade	Analfabeto	5	(91,9)	1	(8,1)	-	-	6	100,0
	Primário	16	(76,7)	6	(22,8)	1	(0,5)	22	100,0
	Ginasial	2	(37,8)	1	(62,2)	-	-	3	100,0
	Colegial / téc./univ.	1	(100,0)	-	-	-	-	1	100,0
Faixa Etária	1 a 29 anos	14	(76,4)	4	(23,6)	-	-	18	100,0
	30 a 49 anos	3	(85,4)	1	(14,6)	-	-	4	100,0
	50 a 69 anos	6	(62,9)	3	(37,1)	-	-	9	100,0
	70 a 99 anos	2	(84,8)	-	-	1	(15,2)	3	100,0
Sexo	Masculino	10	(69,9)	4	(29,1)	1	(1,0)		100,0
	Feminino	15	(80,0)	4	(20,0)	-	-		100,0
Classe Social	SP	4	(88,7)	1	(11,3)	-	-	5	100,0
	PT	8	(42,8)	3	(57,2)	-	-	11	100,0
	PNT	4	(70,0)	3	(28,3)	1	(1,7)	7	100,0
	NPB	-	-	-	-	-	-	-	-
	PBT	4	(85,6)	1	(14,4)	-	-	5	100,0
	B	-	-	-	-	-	-	-	-
Condição no mercado de trabalho	PEA	15	(71,3)	7	(28,7)	-	-	22	100,0
	NPEA	8	(79,1)	1	(19,9)	1	(1,0)	10	100,0
Tipo de Assistência Médica	Convênio da empresa	3	(73,8)	2	(26,2)	-	-	5	100,0
	Outros convênios	-	-	1	(100,0)	-	-	1	100,0
	Plano saúde privado	-	-	-	-	-	-	-	-
	SUS	21	(82,6)	5	(16,9)	1	(0,5)	27	100,0
	NS-NR	1	(100,0)	-	-	-	-		100,0

N= número absoluto na amostra não ponderada

(%*) porcentagem na amostra ponderada