THAÍS JAQUELINE VIEIRA DE LIMA

***A humanização na atenção básica de saúde:
visão de um grupo de idosos de Araçatuba-SP***

***ARAÇATUBA - SP
2010***

THAÍS JAQUELINE VIEIRA DE LIMA

*A humanização na atenção básica de saúde:
visão de um grupo de idosos de Araçatuba-SP*

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Araçatuba, para obtenção do título de "Mestre em Odontologia Preventiva e Social".

Orientador: Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri

*ARAÇATUBA - SP
2010*

Catálogo na publicação (CIP)
Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

L732p

Lima, Thaís Jaqueline Vieira de
A humanização na atenção básica de saúde: visão de
um grupo de idosos de Araçatuba-SP/ Thaís Jaqueline
Vieira de Lima. -- Araçatuba : [s.n.], 2010
139 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2010
Orientador: Prof. Renato Moreira Arcieri

1. Humanização da assistência 2. Serviços de saúde
3. Políticas públicas 4. Assistência a idosos

Black D5
CDD 617.601

DADOS CURRICULARES

THAÍS JAQUELINE VIEIRA DE LIMA

NASCIMENTO **30/09/1983 – RINÓPOLIS-SP**

FILIAÇÃO **Neide Vieira Pinto da Silva**
Aparecido Cardoso da Silva

2001/2006 **Curso de Graduação em Odontologia**
Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

2007 **Curso de Aperfeiçoamento em Endodontia**
(Teórico/Prático)
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

2008/2010 **Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e**
Social
Nível de Mestrado
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Dedicatória

A **Deus**, fiel amigo, que incansavelmente intercede por mim. Só Ele tornou
tudo isso possível...

*“Pedi, e dar-se-vos-á; buscai, e encontrareis; batei, e abrir-se-vos-á. Porque aquele
que pede, recebe; e, o que busca, encontra; e, ao que bate, se abre. E qual dentre
vós é o homem que, pedindo-lhe pão o seu filho, lhe dará uma pedra? E, pedindo-
lhe peixe, lhe dará uma serpente? Se vós, pois, sendo maus, sabeis dar boas coisas
aos vossos filhos, quanto mais vosso Pai, que está nos céus, dará bens aos que
lhos pedirem?”*

(Mateus, 7: 7-11)

A **minha mãe Neide**, minha amiga, companheira, que, com sua tranquilidade e paciência foi imprescindível em momentos extremos de minha vida, aliás, a ela devo a minha vida. Expressar o que a senhora representa para mim e agradecer tudo o que a senhora fez e faz por mim, é impossível. Por mais que eu me canse de falar (ou escrever) as palavras nunca poderiam expressar exatamente o que a senhora é para mim e o quanto sou agradecida por ser sua filha. A senhora é TUDO para mim.

Obrigada!

“Os teus braços estão sempre abertos quando preciso de um abraço. O teu coração sabe compreender quando preciso de uma amiga. Os teus olhos sensíveis endurecem-se quando preciso uma lição. A tua força e teu amor dirigiram-me pela vida, dando-me as asas que precisava para voar.”

(Autor Desconhecido)

Ao **meu pai Aparecido**, que mesmo um pouco ausente, sempre sinto sua presença em meu coração. Obrigada por ter feito tanto por mim.

*“Pode ser novo, pode ser velho;
Pode ser branco, negro ou amarelo;
Pode ser rico ou pobre;
Pode ser solteiro, casado, viúvo ou divorciado;
Pode ser feliz ou infeliz;
Pode estar aqui ou já ter ido embora;
Pode ter tido filhos ou adotado-os;
Pode ter casa ou morar na rua;
Pode usar terno ou tanga;
Pode ser Deus ou humano;
Pode estar trabalhando ou desempregado;
Pode ser tanta coisa ou simplesmente PAI.*

*Mas todos, sem faltar um
sequer fazem parte da Criação.
Que não só hoje,
mas em todos os dias desta vida
possas ser lembrado como aquele que:
muitas vezes não dormiu,
muitas vezes ficou pensando
na comida para levar para casa,
muitas vezes engoliu sapos,
muitas vezes chorou escondido,
muitas vezes gargalhou,
muitas vezes perdeu a hora,
mas nunca deixou de pensar
na coisa mais importante da sua vida:
NÓS!!!!”*

(Autor Desconhecido)

Ao **meu esposo Rodrigo**, com amor, admiração e gratidão por sua constante presença, apoio e compreensão em todos os momentos de minha vida. Você é o meu porto seguro, meu amor, minha paixão, meu amigo. Sinto-me segura e protegida ao seu lado. Nossa convivência só aumenta mais e mais o amor que sinto por você. Obrigada por existir e por me fazer tão feliz.

“As muitas águas não poderiam apagar este amor, nem os rios afogá-lo; ainda que alguém desse toda a fazenda de sua casa por este amor, certamente a desprezariam.”

(Cantares de Salomão, 8: 7)

Ao **Professor Renato Moreira Arcieri**, meu orientador, por ter sido meu guia com sua sabedoria e atenção e pela paciência a mim dispensada.

Agradeço pela orientação, apoio e especialmente pela nossa tranqüila convivência. Por sua dedicação, sensibilidade e por sempre estar disposto a ajudar, fica minha eterna admiração e profunda gratidão. Obrigada!

A **Professora Cléa Adas Saliba Garbin**, por seu cuidado especial, por sua forma humana de ser e de tratar todos à sua volta, pelos ensinamentos transmitidos com carinho, pelo incentivo e conselhos em momentos necessários e por acreditar em mim. Mais que uma professora, uma amiga que admiro. Muito obrigada!

A **Professora Suzely Adas Saliba Moimaz**, pela imensa contribuição para minha formação profissional e pessoal. Seus conselhos foram valiosos para mim. Obrigada!

A **Professora Nemre Adas Saliba**, pela confiança em mim depositada e pelo exemplo de determinação em tudo que faz.

Ao **Professor Orlando Saliba**, pela inesgotável paciência e constante disposição em ajudar.

Ao **Nilton** por tornar o mestrado divertido com sua espontaneidade e alegria de viver. Valeu!

A **Valderez**, pela amizade compartilhada e pela convivência gratificante em todo esse percurso. Obrigada por tudo!

A **Tatiana**, minha “parceirinha”, você sabe que além de amiga, você se tornou minha irmã. Obrigada pela fidelidade, confiança e sinceridade. Nossa amizade facilitou essa caminhada da pós-graduação. Com você compartilhei momentos de alegria e tristeza. Muito obrigada pelas conversas, pela companhia, pela compreensão em tudo e em todos os momentos.

Aos **meus amigos de turma do Mestrado, Tati e Fernando e ao doutorando Luiz Fernando** adotado pela nossa turma, obrigada pelo carinho e ajuda que sempre recebi! Aprendi muito com cada um de vocês. Valeu!

Aos **meus colegas da Pós-Graduação Ana Paula Dossi, Dani Coelho, Dani Pereira, Kléryson, Márcio, Najara, Diego, Sérgio, Karina, Ana Carolina, Carlos, Marco Aurélio, Milene, Renata, Fabiano**, obrigada pela alegre convivência, pelo apoio, pelas dicas, enfim por terem sempre estendido a mão quando precisei. Obrigada!

A **minha amiga de infância, de adolescência, madrinha do meu casamento, prima...(ufa!) Mirian** por ter participado de momentos tão especiais e únicos da minha vida. Obrigada por tudo!

Aos **meus amigos da graduação, Simone (Si), Tiago (Lost) e Aldiéris (Aldinho)**

Vocês foram mais que amigos para mim, se tornaram meus irmãos, pois por mais que tomamos rumos diferentes, nosso carinho e dedicação continuaram inalterados. O curso se tornou mais leve e prazeroso, pois tinha constantemente vocês ao meu lado. Aprendi o verdadeiro sentido da amizade com vocês. Obrigada por fazerem parte da minha vida. Vocês são inesquecíveis para mim!

Aos **meus amigos Janaína e Eduardo, Cris e Zezinho** pela constante presença e apoio em tudo.

A **minha sogrinha “preferida” Ivone** por ter me ajudado sempre que pôde, por ter quebrado muitos “galhos” pra mim e o mais importante, por ter me deixado casar com o filho dela... (risos). Obrigada por tudo!

A **toda minha família** (avó, tios, tias, primos e primas) por sempre torcerem por mim e por compreender quando não pude estar por perto. Obrigada!

“A gente pode morar numa casa mais ou menos, numa rua mais ou menos, numa cidade mais ou menos, e até ter um governo mais ou menos.

A gente pode dormir numa cama mais ou menos, comer um feijão mais ou menos, ter um transporte mais ou menos, e até ser obrigado a acreditar mais ou menos no futuro.

A gente pode olhar em volta e sentir que tudo está mais ou menos...

TUDO BEM!

O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum...

é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, namorar mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos.

Senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos.”

(Chico Xavier)

Agradecimentos

A **Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP**, nas pessoas do Diretor **Prof. Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé** e Vice-Diretora **Profª Drª Ana Maria Pires Soubhia**, ao coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, **Profª Artênio José Ísper Garbin** pelo acolhimento e por terem proporcionado condições para o desenvolvimento do meu trabalho.

A **todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social**, **Profª Nemre Adas Saliba**, **Prof. Orlando Saliba**, **Profª Suzely Adas Saliba Moimaz**, **Profª Cléa Adas Saliba Garbin**, **Prof. Artênio José Isper Garbin**, **Prof. Renato Moreira Arcieri**, **Profª Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld**, **Profa. Dóris Hissako Sumida**, **Ana Cláudia Okamoto** por todos os ensinamentos transmitidos e pela colaboração no meu processo de aprendizado.

Aos **funcionários do Departamento de Odontologia Social** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, **Neusa Martins Rovina Antunes**, **Nilton César Souza** e **Valderez Freitas Rosa** obrigada pela agradável convivência e disponibilidade constantes.

Aos **funcionários da Biblioteca** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, **Ana Claudia Grieger Manzatti**, **Ivone Rosa de Lima Munhoz**, **Maria Cláudia de Castro Benez**, **Luzia Anderlini**, **Izamar da Silva Freitas**, **Ana Paula**

Rimoli de Oliveira, Luis Cláudio Sedlacek e Cláudio Hideo Matsumoto, pela atenção, orientação e pela disposição em ajudar sempre que precisei.

Aos **funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Diogo Reatto, Valéria Queiroz Marcondes Zagatto e Marina Midori Sakamoto Hawagoe**, obrigada pelo modo prestativo e pela atenção que sempre me atenderam.

A **Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)** que me concedeu uma bolsa durante a realização deste Mestrado, contribuindo, assim, para a viabilização deste trabalho. Deixo aqui meu profundo agradecimento.

Aos **idosos** que participaram deste trabalho, que muito gentilmente me receberam e colaboraram com este estudo. Obrigada! Sem a ajuda de vocês, este trabalho não teria acontecido!

"Há homens que lutam um dia e são bons.

Há outros que lutam um ano e são melhores.

Há os que lutam muitos anos e são muito bons.

Porém, há os que lutam toda a vida.

Esses são os imprescindíveis."

(Bertolt Brecht)

Resumo

LIMA TJV. A humanização na atenção básica de saúde: visão de um grupo de idosos de Araçatuba-SP [dissertação]. Araçatuba: UNESP – Universidade Estadual Paulista; 2010.

Resumo

Com o aumento significativo da população idosa, surgiu um novo contingente de pessoas que irão necessitar de assistência à saúde. No entanto, ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado. As equipes de saúde têm um importante papel com o idoso, pois, acredita-se que, através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada, garantindo o seu equilíbrio físico e emocional. Uma forma de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde é através da responsividade, conceito introduzido pela Organização Mundial da Saúde no campo da avaliação em saúde, para se referir aos elementos não-diretamente ligados ao estado de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a percepção do idoso quanto à humanização na atenção básica de saúde. No período de janeiro e fevereiro de 2009 foram entrevistadas 360 pessoas com 60 anos ou mais, que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde do município de Araçatuba, utilizando um questionário adaptado do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde: o *Multi-Country Survey Study* e os resultados foram estatisticamente analisados através do software Epi Info 6.04. A idade média dos pacientes foi 75,1 anos, sendo a hipertensão o principal motivo para procurarem atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Os aspectos *Dignidade* e *Comunicação* foram classificados pela maioria como mais importantes. Contudo, *Comunicação* atingiu as porcentagens mais baixas em termos de desempenho. Apenas *Dignidade* e *Confidencialidade* tiveram pontuação elevada tanto em importância quanto no desempenho. *Pronta Atenção* foi o terceiro aspecto classificado como mais

importante, e teve desempenho similar à importância em apenas um quesito. *Escolha dos profissionais e Qualidade das comodidades básicas* apresentaram piores avaliações na perspectiva dos idosos, comparados à importância dada aos mesmos, o mesmo observado no aspecto *Autonomia*. A percepção do idoso quanto ao cuidado humanizado, através da responsividade, apresentou-se positiva, o que pode contribuir para o aprimoramento da atenção básica de saúde, especialmente no atendimento ao paciente idoso. Para isso, o total envolvimento da equipe de saúde, assim como um pleno engajamento dos gestores e usuários num processo contínuo de avaliação se torna indispensável.

Palavras-Chave: Humanização da assistência. Serviços de Saúde. Políticas públicas. Assistência a idosos.

Lima TJV. The humanization in the basic health care: vision of a group of elderly Araçatuba-SP [dissertation]. Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2010.

Abstract

With the significant increase of the elderly population, there is a new contingent of people that will need health care. However, while caring for the elderly, the health team must be aware of a series of physical, psychological and social alterations that typically occur with these patients, and that justify a differentiated care. The health team plays an important role with the elderly, because it is believed that through an empathic relationship there is a humanized assistance, guarantying its physical and emotional equilibrium. A way of measuring the quality and the humanization of health assistance is throughout the responsivity, a concept introduced by World Health Organization in the field of health evaluation, in order to refer to the elements not directly linked to the health status. The aim of this study was to analyze the perception of the elderly on the quality of humanized care in the health basic assistance. During January and February of 2009, 360 patients aged 60 years or more who attended the Units of Health Basic Care at Araçatuba city were interviewed, using an adapted questionnaire of the instrument developed by World Health Organization: the *Multi-Country Survey Study*, and the results were statistically analyzed through the software Epi Info 6.04. The mean age of patients was 75.1, being hypertension the main reason why elderly looked for assistance at the Units of Health Basic Care. The aspects *Dignity* and *Communication* were considered the most important factors for the majority of patients. However, *Communication* got the lowest percentage in terms of performance. Only *Dignity* and *Confidentiality* had high scores on importance as much as on performance. *Prompt attention* was the third aspect classified as most important, and got a similar performance to importance only in one item.

The *Choice of providers* and the *Quality of basic amenities* presented the worst evaluations through the elderly perspective, compared to the importance given to these aspects, the same observed with *Autonomy*. The elderly perception about the humanized care, throughout responsivity, was positive, and can contribute to the improvement of health basic assistance, especially to the attendance of the aged patient. For this, it is indispensable the total involvement of health team, as well as a full engagement of managers and users, in a continuous process of evaluation.

Keywords: Humanization of assistance. Health Services. Public policies. Old age assistance.

Lista de Tabelas

Capítulo 2

Tabela 1 - Aspectos definidos pelo conceito de
responsividade da OMS. Araçatuba-SP, 2009. **70**

Tabela 2 - Distribuição da amostra, por gênero
e idade. Araçatuba-SP, 2009. **72**

Lista de Figuras

Capítulo 2

- Figura 1.** Comparação entre a importância e o desempenho do aspecto *Pronta atenção*. Araçatuba-SP, 2009. **75**
- Figura 2.** Comparação entre a importância e o desempenho do aspecto *Dignidade*. Araçatuba-SP, 2009. **76**
- Figura 3.** Comparação entre a importância e o desempenho do aspecto *Comunicação*. Araçatuba-SP, 2009. **77**
- Figura 4.** Comparação entre a importância e o desempenho dos aspectos *Autonomia, Escolha dos profissionais, Qualidade das comodidades básicas e Confidencialidade*. Araçatuba-SP, 2009. **78**

Lista de Abreviaturas

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

EI: Estatuto do Idoso

ESF: Equipe de Saúde da Família

MCSS: Multi-Country Survey Study

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PNHAH: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNSI: Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF: Programa de Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UBSs: Unidades Básicas de Saúde

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1 Introdução Geral.....	30
2 Proposição Geral.....	33
3 Capítulo 1.....	35
3.1 Resumo.....	36
3.2 Abstract.....	37
3.3 Introdução.....	38
3.4 Considerações Finais.....	54
3.5 Referências.....	55
4 Capítulo 2.....	62
4.1 Resumo.....	63
4.2 Abstract.....	65
4.3 Introdução.....	67
4.4 Metodologia.....	69
4.5 Resultados.....	72
4.6. Discussão.....	79
4.7 Conclusão.....	83
4.8 Referências.....	84
Anexos.....	89
Anexo A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP	90

Anexo B – Artigo enviado à Revista BMC Health Services

Research..... **92**

Anexo C – Normas para publicação – Revista Saúde e

Sociedade..... **117**

Anexo D – Normas para publicação – Revista BMC Health

Services Research..... **122**

Anexo E – Instrumento utilizado para coleta de dados..... **133**

Introdução Geral

1 Introdução Geral

Com o envelhecimento populacional, fenômeno observado não somente no Brasil, mas em vários outros países, surge uma nova clientela que necessita de constante acompanhamento em saúde e de outros procedimentos assistenciais, uma vez que o aumento da esperança de vida aumenta a prevalência de inúmeras enfermidades, principalmente crônicas.

Torna-se imprescindível uma reestruturação em várias esferas do governo, especialmente no âmbito da saúde, visando a criação de programas específicos para atender às necessidades da população idosa, adequação das instalações públicas de saúde, aquisição de recursos técnicos e equipamentos para tornar os procedimentos assistenciais de melhor qualidade e resolutivos, implicando na humanização do atendimento.

Um aspecto de fundamental importância no atendimento à saúde do idoso é o investimento em recursos humanos em saúde, tanto em quantidade quanto em qualidade, sendo necessário para isso a realização de constantes capacitações para que esses profissionais tenham condições de cuidar devidamente dessa clientela especial e estar atenta a inúmeras alterações tanto de ordem física, social ou emocional.

O equilíbrio físico e emocional do paciente idoso é também obtido através de uma assistência humanizada, e esta, por sua vez, ocorre através de uma relação harmônica entre o profissional e o paciente. Dessa forma os profissionais de saúde têm com o idoso um papel de extrema relevância.

Assim, o desafio no Brasil é oferecer qualidade de vida para os idosos, cuja maioria apresenta um baixo nível sócio-econômico e educacional.

Tendo em vista que a principal porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil são as unidades básicas de saúde, justifica-se verificar a humanização na atenção à saúde dos idosos nessas instituições.

Este trabalho foi dividido em dois capítulos. O primeiro traz uma reflexão sobre a humanização na atenção à saúde do idoso por meio de uma revisão de literatura. O segundo avalia a percepção do idoso quanto à humanização na atenção básica de saúde.

Proposição Geral

2 Proposição Geral

O presente estudo teve como objetivo fazer uma reflexão sobre a humanização na atenção à saúde do idoso, considerando a valorização dos diferentes sujeitos implicados neste processo, abordando as políticas e práticas de saúde voltadas à população idosa e avaliar a percepção do idoso quanto à humanização na atenção básica de saúde do município de Araçatuba, interior de São Paulo, Brasil.

3 Capítulo 1

Humanização na atenção à saúde do idoso¹

¹ Artigo aceito para publicação: LIMA, T.J.V.; ARCIERI, R.M.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, no prelo. (ANEXO C)

3.1 *Resumo*

O artigo discute as práticas de assistência, políticas, estratégias e ações governamentais formalizadas para a saúde do idoso, visto que, embora o tema “humanização” se faz presente em várias discussões, e que inclusive até tornou-se diretriz da tão aclamada Política Nacional de Humanização, esses pacientes sofrem, ainda, vários obstáculos para assegurar alguma assistência à saúde. A falta de instalações adequadas, de recursos humanos, a carência de programas específicos, somam-se à precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas dessa população, além da desinformação e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade. Dessa forma, será efetuada uma reflexão sobre a humanização na atenção à saúde focada nessa população, primeiramente fazendo um resgate da humanização nos diversos cenários do setor saúde, considerando a valorização dos diferentes sujeitos implicados neste processo, para que o cuidado dessa crescente fatia da população seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um atendimento diferenciado.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Serviços de saúde; Políticas públicas; Assistência a idosos.

3.2 *Abstract*

The article discuss the practices of assistance, politics, strategies and governmental actions which were formalized for elderly health, since that, although the subject “humanization” is present in several discussions and that became the guideline of the so acclaimed National Politics of Humanization, these patients have still suffered many obstacles in order to obtain some health assistance. The lack of adequate infrastructure, of human resources, the scarcity of specific programs are added the precariousness of public investments directed to attendance of specific needs of this population, moreover of the disinformation and disrespect to elderly citizens. Therefore, we will make a reflection about humanization on health assistance focused on this population, first making a rescue of humanization on different scenarios of health field, considering the valorization of different subjects involved in this process, for that the care to this increasing population be carried out in an humanized way, since this is a special patient that requires a differentiated care.

Key words: Humanization of assistance; Health Services; Public policies; Old age assistance.

3.3 *Introdução*

A pirâmide populacional brasileira modificou-se nos últimos anos, devido ao aumento da esperança de vida ao nascer e conseqüente envelhecimento populacional, (Moimaz e col, 2004) sendo este um fenômeno também observado em vários outros países. No Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (Carvalho e Garcia, 2003).

O Brasil hoje é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. De 1960 a 1975 o número de idosos passou de 3 milhões para 7 milhões, e em 2006 para 17 milhões – um aumento de 600% em menos de cinquenta anos (Veras, 2007).

Além dessa constatação, atualmente têm-se observado, nas relações que a sociedade estabelece com o idoso, não apenas uma mudança de valores, mas um aumento da esperança de vida, passando o idoso a ser merecedor de cuidado e atenção especiais que eram inexistentes nos últimos dois séculos. A mudança se deve ao arsenal tecnológico que a medicina dispõe devido ao seu crescente progresso, favorecendo a longevidade e contribuindo dessa maneira como um dos fatores para o aumento significativo da população idosa, passando as doenças crônicas a serem enfrentadas com mais tranquilidade do que no passado.

No entanto, cotidianamente, os idosos brasileiros vivem angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, e sofrem, ainda, todo tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, se somam a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência

de programas específicos e mesmo de recursos humanos, seja em quantidade ou qualidade (Parahyba e Simões, 2006).

Dessa forma, ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado (Brasil, 1999). Esses profissionais têm um importante papel com o idoso, pois, acredita-se que, através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, garantindo o seu equilíbrio físico e emocional (Franco e col, 1999).

Além disso, atualmente discute-se a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência e a relação com o usuário do serviço de saúde. O SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar dos avanços acumulados, hoje, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde (Oliveira e col, 2006).

Dessa forma, o desafio no Brasil, para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para essa imensa população de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (Ramos, 2003).

Perante este panorama, justifica-se a reflexão sobre a humanização na atenção à saúde, considerando a valorização dos diferentes sujeitos implicados neste processo. Também se torna necessário repensar as políticas e práticas de assistência ao idoso para que o cuidado dessa crescente fatia da população seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um cuidado diferenciado, razão do objetivo do presente trabalho.

A humanização na atenção à saúde

Antes de qualquer coisa, é importante salientar a distinção entre o “modelo de cuidar” e o “modelo assistencial”, pois são termos essenciais para o pleno entendimento e maior compreensão da temática “humanização”. O “modelo de cuidar” é uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática do atendimento é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência. É baseada em crenças, valores e significados no processo de viver dos envolvidos no seu cotidiano (Teixeira e Nitschke, 2008).

Já o “modelo assistencial é uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico, para atender aos interesses dos grupos sociais. É uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde (Lucena e col., 2006).

Está em evidência um novo modelo assistencial das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde. Em virtude disso, muito se tem discutido a respeito da humanização na assistência à saúde, provavelmente devido à sua fundamental relevância, uma vez que é baseada em princípios como a equidade, integralidade da assistência, dentre outros, resgatando assim, a valorização da dignidade do usuário e também do trabalhador.

Deste modo, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial possa ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de “oferta organizada” de serviços (Puccini e Cecílio, 2004).

Deslandes (2004) analisa brilhantemente o discurso do Ministério da Saúde sobre a humanização da assistência e acredita que apesar da

polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto-intitulam como “humanizadoras”, esse projeto/processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Pode significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas práticas cuidadoras.

Destaca ainda, dois pontos dessa proposta que acredita merecer ainda maior reflexão. O primeiro diz respeito à concepção da suposta díade “tecnologia e fator humano”. Superar tal leitura é etapa rumo à construção de um olhar ampliado sobre a produção do cuidado em saúde, incluindo as tecnologias leves no arsenal dos saberes e competências de saúde. O segundo concerne à questão da mudança cultural e os meios sugeridos para tal, especialmente a proposta de maior capacidade comunicativa como fundante de uma assistência humanizada. Tais idéias serão inócuas se não forem valorizadas as expressões das expectativas e demandas dos próprios usuários-pacientes, reconhecendo sua autonomia e legitimidade simbólicas, cujas manifestações, a princípio, não são delegáveis a tradutores-intérpretes (Deslandes, 2004).

Refletir acerca do cuidado na perspectiva da tecnologia leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. Somando-se a isso, as inovações tecnológicas também favorecem o aprimoramento da assistência em saúde, tornando-a mais eficiente, eficaz e convergente aos requerimentos do paciente (Rocha e col, 2008).

Assim, o cuidado e a tecnologia possuem aproximações que fazem com que o atendimento, resultante de um trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem estar e contribua com uma vida saudável (Rocha e col, 2008).

Segundo Oliveira e col (2006), humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de

diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Entretanto, o problema em muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja por falta de capacitação ou materiais tornando-se o atendimento desumanizante pela má qualidade, resultando num atendimento de baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também podem induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.

É o que se vê na maioria das Unidades de Saúde, onde os espaços físicos são improvisados, inadequados e em péssimo estado de conservação, afetando negativamente a recepção dos usuários, interferindo na qualidade dos atendimentos, e muitas vezes, impedindo ou impossibilitando, a privacidade dos procedimentos. Além disso, a ausência de um ambiente adequado, falta de recursos humanos e deficiência na qualidade e quantidade de materiais desmotivam o profissional para uma mudança de atuação (Simões e col, 2007).

O profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário, entretanto, deve-se pensar na produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse ofício que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes (Hennington, 2008).

O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes. Some-se ainda as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente (Hennington, 2008).

No ambiente hospitalar, a humanização ainda mantém-se enfatizada na figura pessoa-cliente, evidenciando a pouca atenção ao cuidado e à humanização do sujeito-trabalhador. A temática em questão é bastante abordada na literatura, porém, na realidade prática, como envolve mudança de comportamento somente poderá se efetivar mediante a internalização da proposta de humanização pelos sujeitos-trabalhadores das instituições de saúde (Amestoy e col, 2006).

Porém, não se justifica que os profissionais inseridos na assistência, qualquer que seja o seu lócus de atuação, deixem de insistir na construção de novos espaços e novos modelos fundados no diálogo, os quais possam reverter a soberania da técnica, em detrimento da intersubjetividade (Carvalho e col, 2008).

Já o cuidado prestado nas unidades de terapia intensiva (UTI), de certa forma, é paradoxal. Em algumas situações, é preciso provocar dor, para que se possa recuperar e manter a vida; em outras situações, não se pode falar, apenas cuidar. O cuidado, num caso desses, parece não implicar uma relação de troca, devido à imobilidade ou falta de diálogo e interação com o outro. Sendo assim, é possível pensar que exista, por parte dos profissionais de saúde dessas unidades, uma robotização/mecanização das ações e práticas de cuidado (Souza, 2000).

Isso motivou o estudo de Pinho e Santos (2008), cujo objetivo era desvelar contradições no cuidado humanizado do enfermeiro na UTI, onde, através de uma pesquisa dialética com enfermeiros, pacientes e familiares da UTI de um Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina, verificaram que o cuidado humanizado está inserido em uma complexa teia, em que o saber cuidar tem dado vazão ao estreitamento dos vínculos interpessoais para minimizar as condições de sofrimento físico/mental, ao mesmo tempo em que o fazer cuidar os distancia, por meio das estratégias implementadas pelos enfermeiros dentro de uma lógica de produção de saúde parcelar e rotinizada na UTI.

Sob a ótica do Programa de Saúde da Família (PSF) é imprescindível que os profissionais a serem contratados se comprometam com a noção de humanização, como um pré-requisito fundamental que os instrumentalize

para olhar e observar as necessidades do território sob sua responsabilidade e sobretudo para perceber onde estão as vulnerabilidades reais e potenciais que podem levar as pessoas ao sofrimento, seja ele de qualquer natureza (Chaves e Martines, 2003).

Neste programa, o agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional fundamental na equipe, por conhecer mais profundamente as características da comunidade, estabelecendo um vínculo entre a equipe de saúde da família (ESF)/Unidade de Saúde e as famílias. Desta forma, boa parte da responsabilidade relativa à humanização no PSF está entregue nas mãos desse profissional, que não tem formação prévia na área da saúde, necessitando de uma criteriosa e fundamentada capacitação.

Por outro lado, no caso da atenção domiciliária, esta é percebida como sendo uma estratégia que possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre trabalhadores e usuários. Além disso, se as ações desenvolvidas são voltadas para a satisfação das necessidades dos usuários, carregam consigo um significado de humanização da assistência, visto que não é um trabalho desenvolvido de forma descolada da realidade e sim estruturado para ser desenvolvido de acordo com a potencial clientela dos serviços de saúde (Kerber e col, 2008).

Por se entender que o processo de relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários possa assegurar o desenvolvimento de um trabalho humanizado, é que Kerber e col (2008) analisaram o sentido do vínculo entre trabalhadores e usuários de um serviço de atenção domiciliária voltado para uma clientela idosa, assim como o nível de satisfação dos usuários em relação à assistência às suas necessidades. Os autores concluíram que a relação estabelecida e a contextualização do cuidado, proporcionam um vínculo real fazendo com que se sintam valorizados e amparados nas suas necessidades. Além disso, na concepção dos usuários, as facilidades proporcionadas pela existência de um serviço de atenção domiciliária direcionada aos idosos, estão diretamente relacionadas à garantia de solução para seus problemas de saúde e à segurança propiciada a eles pelos trabalhadores. As pessoas sentem-se seguras e confortáveis com a atenção recebida.

Devido à importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, deve ser avaliada esta resposta e se necessário, implementadas ações de investimento em termos de números suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como a realização de atividades educativas que permitam o desenvolvimento das competências para o cuidado (Beck e col, 2007).

Para Martins e col (2007), além da saúde, a questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política que amenize a cruel realidade daqueles que conseguem viver idades avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se possibilitar as condições adequadas para vivê-la com dignidade.

Políticas e programas de atenção à saúde do idoso

A presença de comorbidade nos idosos é muito comum. Proporcionalmente, o idoso tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, ocasionando aumento nos gastos em saúde. O custo com o idoso tende a ser maior do que para os indivíduos em outras faixas etárias, pois o predomínio de doenças crônicas e suas complicações implicam em utilização freqüente dos serviços de saúde por este segmento da população (Amaral e col, 2004).

Em atenção às necessidades de saúde dos idosos, que requerem um cuidado específico, implementou-se, no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 1994).

Tendo em vista os custos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade do tratamento, a exigência de acompanhamento médico-hospitalar e a necessidade de cuidados por médio e longo prazo, despontam também a crescente e importante necessidade dos serviços de saúde adaptarem-se para atender esta demanda, tanto em nível primário, secundário e/ou terciário. Perante o aspecto multidimensional do

envelhecimento, se os problemas de saúde do idoso não forem abordados adequadamente poderão provocar um impacto negativo para o Sistema de Saúde, considerando as demandas epidemiológicas decorrentes (Martins e col, 2008).

Caberá aos gestores do SUS, prover os meios e atuar de forma que o propósito da PNSI seja alcançado. Para isso é necessária a ação e cooperação entre as esferas de governo e entre os diversos setores sociais e de saúde que atendem os idosos, de forma articulada e em conformidade às suas atribuições comuns e específicas (Brasil, 1999).

Considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na PNSI, em 12 de abril de 2002, o Ministério da Saúde, criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e determinou às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção de providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão estas redes (Miyata e col, 2005).

O Hospital Geral é o integrante do Sistema Único de Saúde que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, o atendimento geral a pacientes idosos. Já o perfil de um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deve ter requisitos técnicos mínimos que envolvam instalações físicas, bem como recursos humanos e tecnológicos integralmente ajustados com um sortimento de serviços desde a atenção básica até a especializada para a saúde da população de idosos (Brasil, 2002).

Recentemente, através da portaria 2528/GM, a PNSI (Brasil, 2006b) foi atualizada, devido à necessidade do setor saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS (Brasil, 2006a),

reafirmando a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento ora caracterizado por doenças e/ou condições crônicas não-transmissíveis, porém passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas.

Dentre tais desafios, ressalta-se a urgência de se estruturar uma equipe multidisciplinar qualificada com amplo conhecimento geriátrico e gerontológico, na busca da melhoria da qualidade de vida dos idosos. Dentro deste pensamento, a universidade pode realizar papel de agente transformador da qualidade da saúde de idosos, por meio da colaboração na formação dessa equipe (Saliba e col, 2007).

Muito se ouve falar em multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, no entanto, se buscarmos uma compreensão mais aprofundada deste novo discurso perceber-se-á que a idéia mais discutida e praticada, em geral, é a multidisciplinaridade.

Segundo Tavares e col (2005), multidisciplinaridade consiste na agregação de duas ou mais áreas do conhecimento para examinar um mesmo tema sob pontos de vista distintos, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. Funciona com a justaposição de disciplinas de um único nível, sem cooperação sistemática entre os diversos campos (Tavares e col, 2005).

Já a Interdisciplinaridade ocorre quando campos marcadamente diferentes, trocam interações reais, devido a uma certa reciprocidade no intercâmbio, o que acaba produzindo um enriquecimento mútuo. Por exemplo: uma abordagem sobre saúde da população pode envolver Medicina, Nutrição, Odontologia e Enfermagem, pelo menos (Bonilha, 2009).

No caso da transdisciplinaridade, não só há interações e enriquecimento entre as disciplinas técnico-científicas, e sim uma abrangência total, ou seja, qualquer área pode participar, em princípio, na empreitada, ultrapassando aquelas disciplinas técnicas e científicas, envolvendo também arte, filosofia, ética e espiritualidade. Ou seja, a transdisciplinaridade se processa através do sistema total. (Bonilha, 2009)

A diferença interessante em relação a esse paradigma científico, é que o conhecimento assim produzido também pode integrar conhecimento

gerado a partir da prática vivenciada pelas populações ou por usuários de serviços, superando a clivagem senso comum × ciência, típica da modernidade. Trata-se de um modelo ou paradigma muito recente, mas que está atuante e em ascensão no campo da Saúde Coletiva, considerado a situação explosiva atual de saúde das populações e os vários temas da atualidade, como exemplo o envelhecimento populacional. (Luz, 2009).

No documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399/GM, que contempla o Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. O Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação para minimizar a heterogeneidade da população idosa (Brasil, 2006b).

Cabe destacar, que a organização da rede do SUS, seja para definir e/ou readequar planos, programas, projetos e atividades do setor saúde é fundamental para que as diretrizes essenciais dessa Política sejam cumpridas, constituindo-se como meta final, a adequada e digna atenção à saúde para os idosos, especialmente para aqueles que, por uma série de razões, sofreram um processo de envelhecimento marcado por doenças e/ou outras gravidades que limitam o bem-estar de suas vidas.

Segundo Marziale (2003), urge a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces, visto que, com o crescimento da população idosa ocorreram mudanças relacionadas à desigualdade socioeconômica, ocasionando problemas que necessitam solução imediata para garantir ao idoso a oportunidade de preservar sua saúde física e emocional, em condições de autonomia e dignidade.

Procurando atender estas necessidades e direcionar as ações visando garantir às pessoas com 60 anos ou mais a proteção à vida e à saúde, em 1º de outubro de 2003, o Senado Federal sancionou a redação final do Estatuto do Idoso (EI), garantindo-lhes direitos fundamentais, entre eles os relacionados à Saúde, tais como: atendimento integral pelo SUS; atendimento geriátrico em ambulatórios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; direito de opção pelo tipo de tratamento; direito a acompanhante; proibição de discriminação em plano de saúde; treinamento dos profissionais de saúde, dos cuidadores familiares e dos grupos de auto-ajuda (Brasil, 2003).

Além de contemplar as leis já existentes, o Estatuto do Idoso organizou-as por tópicos, sobre cada um dos direitos e especificou as punições para os infratores, tornando-se prática sua compreensão e aplicação. Além disso, comparando as leis relativas ao idoso com o Estatuto do Idoso, constata-se uma ampliação dos direitos, uma vez que no Código Nacional de Direitos dos Usuários das Ações e dos Serviços de Saúde, o idoso está protegido como usuário comum, e no Estatuto do Idoso ele é considerado prioridade (Martins e Massarollo, 2008).

Ao pesquisar a legislação federal brasileira, atualmente em vigor, acerca dos direitos dos idosos relacionados à saúde, Moimaz e col (2009) constataram que o Estatuto do Idoso é a lei que reúne maior variabilidade de situações asseguradas, representando assim um documento de positivação de direitos constitucionais que visa assegurar inserção social, participação ativa e qualidade de vida na velhice.

Com o objetivo de avaliar o conhecimento de uma equipe multiprofissional sobre o Estatuto do Idoso, Martins e Massarollo (2008), entrevistaram 35 profissionais de um Hospital Geriátrico de São Paulo. Observaram várias mudanças na equipe, na assistência, nas instituições e nas atitudes dos próprios idosos e suas famílias. As que mais chamam atenção é o aumento da humanização e do respeito na assistência ao idoso, e a maior participação deste no processo de tomada de decisões sobre o seu tratamento, conferindo-lhes maior autonomia.

Para ocorrer a humanização na assistência ao idoso é necessário

atendimento com prioridade, em sua totalidade e individualidade, além de terem sua autonomia respeitada e sua independência mantida. O EI garante a prioridade no atendimento ao idoso, outorgando-lhe o direito de receber atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população. Também ressalta que o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (Brasil, 2003).

Política Nacional de Humanização e sua inserção na atenção à saúde do idoso

Acredita-se, que através de uma assistência humanizada e personalizada por parte dos profissionais de saúde garante-se o equilíbrio físico e emocional do paciente idoso. Em virtude disso, e considerando a “humanização da assistência”, o Ministério da Saúde criou no final da década de 90 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Seu objetivo é valorizar a formação educacional dos profissionais de saúde a fim de possibilitar a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana, consoante à compreensão de que a qualidade em saúde deve ser composta de competência técnica e de interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais, que resultam em progressivo afastamento dos profissionais de saúde dos usuários, diminuindo o vínculo nas relações, tornando-as mais distantes, impessoais e despersonalizadas (Brasil, 2001) (Fortes, 2004).

Assim, a humanização tornou-se uma preocupação dos profissionais de saúde e usuários, principalmente em relação aos idosos, devido às condições especiais que esses pacientes apresentam.

Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou a expansão da humanização além do ambiente hospitalar com a instituição da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), cujo objetivo principal é efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde nas práticas de atenção e de gestão, tornando-as mais humanizadas e comprometidas com a

defesa da vida, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva (Brasil, 2004).

Esta estratégia enfoca práticas humanizadoras para otimizar os serviços e avaliar o acesso dos usuários, e em como reduzir filas e tempo de espera, e valorizar um atendimento acolhedor e resolutivo com responsabilidade e vínculo, garantindo, assim, os direitos dos usuários.

É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas constituintes da Política Nacional de Humanização. E é no sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que a PNH, como política pública, deve-se colocar como objeto de avaliação (Santos-Filho, 2007).

Traverso-Yépez e Moraes (2004) analisaram os usuários de saúde do serviço público de Natal em relação aos seus direitos e ao tipo de atendimento recebido. Observaram, nos diferentes depoimentos, que o usuário espera que o profissional da saúde gere uma situação de acolhimento que alivie ou amenize o sofrimento, que possa responder resolutivamente ao seu problema de saúde, e que proporcione uma melhora na qualidade do atendimento recebido, baseando-se na escuta, diálogo, atenção e respeito. Ressaltaram também a necessidade da melhoria dos aspectos materiais, estruturais e organizacionais.

Ramos e col (2008) observaram as expectativas de idosos em relação à consulta de enfermagem de um serviço de atenção ao idoso localizado em Recife, através de entrevistas aos idosos antes e após a consulta. Verificou-se a necessidade de um atendimento de qualidade por meio do qual ele fosse valorizado na sua individualidade através da humanização e que resolvesse seus problemas de saúde, não importando a formação acadêmica do prestador de serviço. E após a consulta, os idosos se mostraram satisfeitos, alegando os seguintes motivos: humanização do atendimento, acolhimento, avaliação integral, orientações pertinentes, entre outras intervenções realizadas.

Em relação à Odontologia, admitindo-se que hoje, o perfil do cirurgião-dentista deve estar voltado para uma prática humanista, com compromisso ético e social, Almeida e col, (2004), identificaram no aluno de

Odontologia a sua percepção sobre a velhice e as causas que o levaram a participar de um programa de atenção voltada ao idoso, onde os resultados relativos aos pensamentos e sentimentos dos estudantes no primeiro contato com os idosos foram sintetizados em palavras-chaves, como abandono, solidão, tristeza, compaixão, medo, companhia, vida, carência, solidariedade. A maioria dos entrevistados revelou que a velhice está relacionada ao desgaste biológico do corpo e à ação do tempo. Essas considerações fundamentam-se num campo de valores e de representações culturais, que exalta a estática do corpo, que levaram à inclusão ou exclusão da velhice. Os autores concluíram com o estudo que a participação desses alunos no programa é fundamental para a construção de um novo paradigma da prática Odontológica.

Segundo Troncoso e Suazo (2007) existe uma influência dos sistemas institucionais sobre o cuidado humanizado das enfermeiras, visto que, estão impregnados pelo modelo biomédico, que conduz a uma sobrecarga de trabalho acompanhada pela perda de autonomia profissional.

No entanto, realizando uma análise crítica desta influência, Ramos e col (2008) verificaram que os pacientes se sentiram valorizados e importantes durante a consulta de enfermagem, apesar de alguns desconhecerem sua especificidade e estarem no local de atendimento de consulta médica. É de suma importância, então, que as enfermeiras outorguem cuidados centralizados nos usuários e que os cuidados humanizados se integrem na prática, para melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Ao entrevistar idosos, questionando-os de como gostariam de ser cuidados durante a hospitalização, Martins e col (2008) observaram que a maioria referiu que no ato de cuidar sempre estivesse presente a afetividade, amizade, amor, dedicação e respeito. Em relação à hospitalização atual, todos foram unânimes ao avaliar esta como excelente. Afirmaram que todos os profissionais da equipe de saúde da unidade de internação do estudo proporcionaram um atendimento com empatia, diálogo, acolhimento, esclarecimento de dúvidas e criação de vínculos. No entanto, foi citada pelos idosos a importância de mudança na área física, referindo-se ao fato de não

terem local para realizarem o banho de sol, em virtude de banheiros pequenos, ausência de corrimão, não possuir estrutura para o acompanhante repousar ou mesmo fazer sua higiene. Outro aspecto negativo referente à hospitalização referido por todos os idosos foi a espera prolongada para realizar a cirurgia cardíaca.

Apesar dos aspectos positivos apresentados pelos usuários, ainda há muito que se fazer para que todas essas transformações se tornem realidade. Aliás, espera-se que em todos os estabelecimentos de atendimento à saúde, especialmente os específicos para o idoso, sem exceção, haja um cuidado humanizado, ético e individualizado, o que nem sempre tem sido observado. Para isso, é imprescindível o total envolvimento da equipe de saúde, assim como um pleno engajamento dos gestores e usuários num processo contínuo de avaliação.

3.4 Considerações Finais

Apesar da intensa preocupação com o bem-estar da população idosa, evidenciada pelo leque de políticas, estatutos e programas que asseguram os direitos nos mais diversos aspectos que atingem as necessidades dessa crescente população, especialmente na área da saúde, englobando tanto o lado físico como o emocional, existem inúmeros obstáculos impedindo que essas políticas possam, de fato, ser concretizadas, o que também impede o cumprimento da equidade, integralidade e universalidade, diretrizes norteadoras do SUS.

É preciso insistir na cobrança por parte dos gestores do SUS em providenciar os meios e os fins para que os idosos possam desfrutar dos seus direitos, tão bem colocados nos estatutos, políticas e programas dedicados a essa clientela. A capacitação profissional e o investimento nas estruturas físicas dos locais de atendimento, necessários à atenção ao idoso devem contribuir para um viver mais saudável a esses indivíduos, sendo, também nossa responsabilidade, através da reivindicação do direito a um atendimento humano.

3.5 Referências

ALMEIDA, M.E.L., SALIBA, S.A.S.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A. Um olhar sobre o idoso: estamos preparados? *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 45, n. 1, p. 64-68, jul., 2004.

AMARAL, A.C.S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes hospitalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1617-1626, nov./dez. 2004.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 4, p.444-449, out./dez. 2006.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, jul./set. 2007.

BONILHA, J.A. Novo paradigma: Transdisciplinaridade. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos909/novoparadigmatransdisciplinaridade/novo-paradigma-transdisciplinaridade2.shtml> Acesso em: 11 nov. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10.741.htm> Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS, 2004 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PACTO_DAD.pdf Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002, Gabinete do Ministro da Saúde. Dispõe sobre as Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2002; Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf Acesso em 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, Gabinete do Ministro da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html> Acesso em: 20 jan. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> Acesso em: 20 jan. 2009.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, maio/jun. 2003.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, J.C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p.700-706, ago. 2008.

CHAVES, E.C.; MARTINES, W.R.V. Humanização no Programa de Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2, p.274-279, abr./jun. 2003.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p.30-35, set./dez. 2004.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun. 1999.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p.555-561, jun. 2008.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, abr./jun. 2008.

LUCENA, A.F. et al. Construção do conhecimento do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p.292-298, jun. 2006.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p.304-311, abr./jun. 2009.

MARTINS, J.J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerodontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007.

MARTINS, J.J. et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v.37, n. 1, p.30-37, jan./mar. 2008.

MARTINS, M.S.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p.26-33, mar. 2008.

MARZIALE, M.H.P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.701-706, nov./dez. 2003.

MIYATA, D.F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. *Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar*, Umuarama,

v. 9, n. 2, p.135-140, maio 2005.

MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A. O idoso no Brasil – aspectos legislativos de relevância para profissionais de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 10, n. 2, p. 61-69, jun. 2009.

MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N. A.; SANTOS, C. L.V. Análise do comportamento de um grupo de terceira idade portador de prótese total, antes e após programa de saúde bucal. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, Lins, v. 16, n.1, p.35-40, 2004.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p.277-284, mar./abr. 2006.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.967-974, out./dez. 2006.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p.66-72, mar. 2008.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.793-798, jun. 2003.

RAMOS, J.B. et al. Expectativas de idosos em relação à consulta de

enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Pernambuco, v. 2, n. 1, p. 61-68, 2008.

ROCHA, P.K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

SALIBA, N.A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.21, p.39-50, jan./abr. 2007.

SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.999-1010, jul./ago. 2007.

SIMÕES, A.L.A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.439-444, jul./set. 2007.

SOUZA, L.N.A. A interface da comunicação entre enfermagem e as (os) clientes em uma unidade de terapia intensiva. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

TAVARES, C.M.A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.213-221, abr./jun. 2005.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.183-191, jan./mar. 2008.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.80-88, jan./fev. 2004.

TRONCOSO, M.P.; SUAZO, S.V. Cuidado humanizado: un desafio para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p.499-503, out./dez. 2007.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.2463-2466, out. 2007.

4 Capítulo 2

*A percepção de um grupo de idosos
em relação à humanização na
atenção básica de saúde²*

²Artigo submetido à revista BMC Health Services Research (ANEXO D).

4.1 *Resumo*

Introdução: Com o aumento significativo da população idosa, surgiu um novo contingente de pessoas que irão necessitar de assistência, que deve ocorrer de forma humanizada, garantindo assim, o equilíbrio físico e emocional do idoso. E a principal porta de entrada para o sistema de saúde no Brasil são as unidades de atenção básica à saúde. Uma forma de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde é através da responsividade, conceito introduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no campo da avaliação em saúde, para se referir aos elementos não-diretamente ligados ao estado de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a percepção do idoso quanto à qualidade do cuidado humanizado na atenção básica de saúde do município de Araçatuba, Brasil. **Métodos:** No período de janeiro e fevereiro de 2009 foram entrevistadas 360 pessoas com 60 anos ou mais, que freqüentam as unidades de atenção básica do município de Araçatuba, utilizando um instrumento desenvolvido pela OMS e os resultados foram estatisticamente analisados através do software Epi Info 6.04. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi 75,1 anos, sendo a hipertensão o principal motivo para os idosos procurarem atendimento. *Dignidade* e *Comunicação* foram considerados mais importantes pela maioria. Contudo, o aspecto *Comunicação* atingiu as porcentagens mais baixas em termos de desempenho. Apenas *Dignidade* e *Confidencialidade* tiveram pontuação elevada tanto em importância quanto no desempenho. *Pronta Atenção* foi o terceiro aspecto classificado como mais importante, e teve desempenho similar à importância em apenas um quesito. *Escolha dos profissionais* e a *Qualidade das comodidades básicas* apresentaram piores avaliações na perspectiva dos idosos, comparadas à importância dada a esses aspectos, o mesmo observado no aspecto *Autonomia*. **Conclusões:** A grande valorização e o baixo desempenho nos aspectos *Autonomia*, *Escolha dos profissionais* e *Comodidades básicas* sugere mudanças nos serviços prestados nas unidades de atenção básica. Dessa forma, a percepção do

idoso quanto ao cuidado humanizado, através da responsividade, apresentou-se positiva, podendo contribuir para o aprimoramento da atenção básica de saúde. No entanto, o total envolvimento da equipe de saúde, dos gestores e usuários num processo contínuo de avaliação se torna indispensável.

Palavras-chave: Humanização da assistência, Serviços de Saúde, Políticas públicas, Assistência a idosos.

4.2 Abstract

Introduction: To ensure the physical and emotional equilibrium of the elderly, assistance to this population must occur in a humanized way. The main way of starting receiving treatment in Brazil is through the Health Centers. A way of measuring the quality and the humanization of health assistance is through the responsiveness, a concept introduced by World Health Organization (WHO) in the field of health evaluation, in order to refer to the elements not directly linked to the health status. The aim of this study was to analyze the perception of the elderly on the quality of humanized care in the health basic assistance in the city of Araçatuba, Brazil. **Methods:** During January and February of 2009, 360 patients aged 60 years or more who attended the Health Centers at Araçatuba city were interviewed, being used an instrument developed by WHO and the results were statistically analyzed through the software Epi Info 6.04. **Results:** The mean age of patients was 75.1, being hypertension the main reason why elderly looked for assistance. *Dignity* and *Communication* were considered the most important factors for the majority of patients. However, the aspect *Communication* got the lowest percentage in terms of performance. Only *Dignity* and *Confidentiality* had high scores on importance as much as on performance. *Prompt attention* was the third aspect classified as most important, and got a performance similar to importance only in one item. The *Choice of providers* and the *Quality of basic amenities* were the aspects that presented the worst evaluations through the elderly perspective, compared to the importance given to these aspects, the same observed with the *Autonomy* aspect. **Conclusion:** The great appreciation and low performance with the *Autonomy*, the *Choice of providers* and *Basic amenities* aspects suggest that changes on the services offered by the Health Centers are need. Therefore, the elderly perception about the humanized care, through responsiveness, was positive, and can contribute to the improvement of health basic assistance. However, it is indispensable the

total involvement of health staff, including managers and users, in an incessant process of evaluation.

Key words: Humanization of assistance, Health Services, Public policies, Old age assistance

4.3 *Introdução*

Com o aumento significativo da população idosa, devido ao rápido e sustentado declínio da fecundidade e mortalidade, surgiu um novo contingente de pessoas que irão necessitar de assistência. Proporcionalmente, o idoso tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, necessitando de constante acompanhamento médico e de outros procedimentos assistenciais.

No entanto, ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado. Esses profissionais têm um importante papel com o idoso, pois, acredita-se que, através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, garantindo o seu equilíbrio físico e emocional [1].

Entretanto, o problema em muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja por falta de capacitação ou materiais tornando-se o atendimento desumanizante pela má qualidade, e conseqüentemente com baixa resolubilidade [2].

É o que se vê em muitas das Unidades Básicas de Saúde - UBSs, onde os espaços físicos são improvisados e inadequados, afetando negativamente a recepção dos usuários, interferindo na qualidade dos atendimentos, e muitas vezes, impedindo ou impossibilitando, a privacidade dos procedimentos. Além disso, a ausência de um ambiente adequado, falta de recursos humanos e deficiência na qualidade e quantidade de materiais desmotivam o profissional para uma mudança de atuação [3].

Avaliar e monitorar o desempenho desses serviços é hoje uma importante necessidade para as proposições que buscam aprimorar a qualidade da atenção à saúde.

E para isso, é imprescindível a incorporação do usuário na avaliação dos serviços de saúde, não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada

à maior adequação no uso do serviço [4].

Segundo Donabedian [5], a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode dar-se sempre em duas dimensões: desempenho técnico, ou seja, aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos; e relacionamento com o paciente.

A satisfação do paciente, o objetivo mais importante nos estudos de avaliação de qualidade, tem sido incluída, geralmente, na avaliação de resultados. No entanto, as pesquisas de satisfação têm sido alvo de numerosas críticas, dentre elas o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigência individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente como idade, gênero, classe social e estado psicológico [6].

Assim, a busca de maior objetividade foi uma das razões para o desenvolvimento do conceito de responsividade, introduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no campo da avaliação em saúde, para se referir aos elementos não-diretamente ligados ao estado de saúde. “Seu fundamento está no pressuposto de que, além de promover e manter a saúde dos indivíduos, o sistema de saúde deve tratá-los com dignidade, facilitar sua participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde, incentivar a comunicação clara entre profissional de saúde e usuário e garantir a confidencialidade do histórico médico [7]”. É, portanto, uma forma de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a percepção do idoso quanto à humanização na atenção básica de saúde do município de Araçatuba, interior de São Paulo, Brasil, realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir de percepções e experiências de idosos que freqüentam essas instituições públicas de saúde.

4.4 Metodologia

É um estudo transversal descritivo realizado nas 11 UBSs do município de Araçatuba, interior de São Paulo, Brasil, durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2009.

Foram incluídos no estudo pacientes idosos com idade acima de 60 anos, que não apresentasse comprometimento mental que o impedisse de entender as questões e respondê-las; autorizasse por escrito a entrevista e a divulgação dos dados posteriormente; fosse morador da cidade e freqüentasse alguma UBS do município e não apresentasse perda considerável de audição que interferisse no diálogo com o entrevistador.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário adaptado de um instrumento de medida de responsividade no sistema de saúde, desenvolvido pela OMS denominado *Multi-Country Survey Study* (MCSS) [8]. Este instrumento foi avaliado quanto a sua viabilidade, confiabilidade e validade das questões de responsividade em 41 países, onde foi concluído que as questões deste instrumento são compreendidas e devidamente relatadas entre diversas populações [9].

O questionário mede a responsividade para a atenção hospitalar e ambulatorial, em oito aspectos [10] como pode ser visto na Tabela 1.

No entanto, o acesso ao apoio social só é avaliado no atendimento hospitalar, portanto este estudo avalia apenas sete aspectos propostos pela OMS [11-13].

Após tradução e adaptação do questionário ele foi então submetido a um estudo-piloto aplicado em um grupo de pacientes idosos para analisar a aceitação da pesquisa, observar se existia ou não dificuldade de compreensão de alguma ou algumas questões do formulário, e na seqüência foram realizadas as devidas correções.

Baseado na relevância das questões para os serviços de saúde no Brasil e nos resultados do estudo-piloto, o questionário incluía 30 perguntas sobre os diversos aspectos do atendimento ambulatorial, como acesso,

acolhimento, privacidade, confidencialidade, autonomia, ambiente físico das unidades, relação médico-paciente, qualidade de atendimento global e geral do tratamento, bem como cuidados relacionados às operações e procedimentos. Quatro questões adicionais diziam respeito às informações sócio-econômicas do paciente. (ANEXO E)

Tabela 1: Aspectos definidos pelo conceito de responsividade da OMS. [10]

Aspecto	Questões envolvidas
Dignidade	Tratamento com respeito e privacidade, sem discriminação ou violência;
Autonomia	Participação na tomada de decisões;
Confidencialidade	Confidencialidade das informações pessoais;
Comunicação	Escuta; tempo suficiente para questionamento;, explicações claras;
Pronta Atenção	Obtenção de atendimento quando necessário; tempo de espera razoável;
Apoio Social	No hospital: visitas, comidas especiais, práticas religiosas;
Qualidade das comodidades básicas	Limpeza, espaço, ventilação;
Escolha	Escolha do profissional.

O questionário foi aplicado por um único entrevistador, após a obtenção do consentimento livre e esclarecido de todos os indivíduos.

A autorização da Secretaria de Saúde e Higiene Pública do município e a aprovação da administração da unidade foram obtidas previamente ao início da pesquisa, além da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - São Paulo, sob processo nº 2008-00974, obedecendo as normas éticas da Resolução 196/96 promulgada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasil [14].

Todos os dados foram inseridos e analisados em um software estatístico Epi Info 2000, versão 6.04 para calcular a distribuição das

freqüências e porcentagens. Estas foram, em seguida, subjetivamente comparadas aos resultados de pesquisas de outros países, especialmente aqueles que utilizaram o mesmo questionário.

De acordo com a abordagem da OMS no MCSS, os resultados da responsividade foram dicotomizados em boa responsividade (respostas “ótima” e “boa”) e responsividade ruim (respostas “moderada”, “ruim” e “péssima”) [15].

4.5 Resultados

Estudo populacional

Para estimar o tamanho da amostra de idosos foram utilizados dados atuais da Secretaria de Saúde e Higiene Pública de Araçatuba, que indicaram um total de 5.337 idosos atendidos em todas as UBSs do município num período de dois meses.

A amostra foi constituída de 360 pacientes idosos, que foi proporcional por conglomerados. A idade média dos pacientes foi 75,1 anos; 38,1% eram do sexo masculino e 61,9% do sexo feminino (Tabela 2); 60,6% tinham freqüentado o ensino fundamental, 8,3% o ensino médio, 1,4% uma universidade, enquanto 29,7% não tinham nenhum certificado escolar.

Tabela 2: Distribuição da amostra, por gênero e idade. Araçatuba-SP, 2009.

Idade	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60-70	156	69.9	7	56.2	233	64.7
71-80	59	26.5	41	29.9	100	27.8
> 80	8	3.6	19	13.9	27	7.5
Total	223	61.9	137	38.1	360	100

Quanto à renda mensal, 62,2% viviam com menos de 1 salário-mínimo, 22,2% com 1 a 2 salários, 7,5% 2 a 3 salários, 5,8% 3 a 4 salários e apenas 2,2% recebiam mais de 4 salários mensais, o que evidencia que a maior parte da população idosa que freqüenta as UBS públicas do município pertence às camadas sociais menos favorecidas.

Estado de saúde

O que mais motivou os idosos a procurarem atendimento na UBS foi a hipertensão (52%), seguida por diabetes (21.4%) e outros (32%), que

incluem exames gerais e específicos, como *check-ups*, exame de sangue, de próstata, ginecológico preventivo, etc, doenças cardiovasculares, vacinas e desordens do aparelho respiratório.

Avaliação dos aspectos de responsividade

Pronta atenção

Entre os pacientes entrevistados, 93,3% sempre foram atendidos nas UBSs quando necessitaram de cuidados de saúde e buscaram atendimento. Segundo os pacientes que nem sempre conseguiram atendimento (6.7%), o principal motivo pelo qual isso aconteceu foi porque tinha muita gente na frente e não deu tempo de atender alguns pacientes (54.2%).

A satisfação quanto ao tempo de espera antes do atendimento foi considerada muito boa pela maioria (62%). No entanto, uma notável parte (137 pacientes – 38%) considerou o tempo de espera muito prolongado.

Dignidade

A maioria dos idosos entrevistados (97.2%) foram acolhidos e tratados com respeito pelos profissionais de saúde das UBS, no entanto, 2 pacientes idosos (0.6%) afirmaram já terem sido vítimas de discriminação por parte desses profissionais. Aprofundando-se nesse aspecto, ao perguntar ao idoso se já sofreu algum tipo de violência, crueldade ou opressão por parte dos profissionais de saúde da UBS, todos negaram.

Todos os pacientes que realizaram exames e/ou tratamentos tiveram sua privacidade respeitada (98,3%). O restante dos pacientes (1.7%) não fizeram exames nem tratamentos, somente a primeira consulta, portanto essa questão não se aplica a esses pacientes.

Comunicação

Quando questionados se os profissionais utilizaram uma linguagem fácil de compreender, explicando com clareza as informações sobre sua saúde, tanto da condição atual quanto dos procedimentos que deveriam ser realizados, 89.4% dos entrevistados afirmaram ter recebido esse tipo de informação.

Porém, a maioria (67.6%) não obteve informações sobre outros tipos de tratamentos ou exames que poderiam ser realizados.

Quanto à oportunidade dada aos pacientes para fazer perguntas sobre o seu problema ou para esclarecer dúvidas sobre o tratamento a ser realizado, a maioria afirmou que teve tempo suficiente para esses esclarecimentos (79.2%).

Autonomia

Em relação à liberdade para tomar decisões sobre a saúde ou tratamento, 54.4% tiveram essa liberdade, porém, não muito distante, 45.6% dos entrevistados disseram que são os profissionais que decidem o que será feito, sem liberdade alguma para o paciente dar sua opinião e escolher suas preferências.

Escolha dos profissionais

A maioria dos idosos entrevistados (61.7%) teve liberdade de escolher o profissional de saúde ou de escolher uma segunda opinião, se assim desejassem. Diferente dos 138 idosos (38.3%) que negaram ter essa liberdade, e que são atendidos por “quem” estiver disponível na UBS, sem nenhuma chance de escolha.

Confidencialidade

Quando questionados se suas informações pessoais foram mantidas em sigilo pelos profissionais de saúde, a maioria (90%) dos entrevistados acredita que sim. Apenas 9.7% ficaram na dúvida e afirmaram não saber se os profissionais guardam segredo ou não, e somente 1 paciente (0.3%) afirmou que suas informações pessoais não foram mantidas em segredo pelos profissionais da UBS que frequenta.

Comodidades Básicas

O ambiente físico das UBSs, quanto à limpeza, acomodações, espaço suficiente, ventilação, etc, foi classificado pela maioria dos idosos entrevistados como ótimo ou bom (64%). Entretanto, uma boa parte dos

entrevistados (n=130 – 36%) classificou o ambiente físico da UBS que frequenta como moderado, ruim ou péssimo.

Importância dos aspectos de responsividade em relação ao desempenho

O aspecto *Pronta atenção* foi considerado muito importante por 98.1% dos entrevistados. Quanto ao desempenho, 93.3% dos idosos sempre foram atendidos quando necessitaram de cuidados. No entanto, apenas 62% dos idosos atribuíram boa satisfação quanto ao tempo de espera. (Figura 1)

Figura 1. Comparação entre a importância e o desempenho do aspecto *Pronta atenção*. Araçatuba-SP, 2009.

Dignidade foi considerado muito importante no atendimento básico de saúde por 99.7% dos entrevistados. Quanto ao desempenho, 97.2% foram acolhidos e tratados com respeito e 98% tiveram sua privacidade respeitada durante os exames e tratamentos. (Figura2)

Figura 2. Comparação entre a importância e o desempenho do aspecto *Dignidade*. Araçatuba-SP, 2009.

O aspecto *Comunicação* na atenção básica de saúde foi considerado muito importante por 99.4% dos idosos, sendo 89.4% os entrevistados que tiveram explicações claras por parte do profissional, 79.2% tiveram tempo suficiente para fazer perguntas, e apenas 32.4% tiveram informações sobre outros tipos de tratamento. (Figura 3)

Figura 3. Comparação entre a importância e o desempenho do aspecto Comunicação. Araçatuba-SP, 2009.

Autonomia, Escolha dos profissionais e Qualidade das comodidades básicas apresentaram piores avaliações na perspectiva dos idosos quando comparados sua importância e desempenho. Já o aspecto *Confidencialidade* apresentou valores elevados tanto em importância quanto no desempenho, como pode ser visto na figura 4.

Figura 4. Comparação entre a importância e o desempenho dos aspectos Autonomia, Escolha dos profissionais, Qualidade das comodidades básicas e Confidencialidade. Araçatuba-SP, 2009.

Em relação à satisfação geral do atendimento, apesar de algumas reclamações e críticas, a maioria dos idosos (76%) classificou esta como boa ou muito boa.

Quanto aos cuidados relacionados às operações e procedimentos, 96.7% dos idosos acreditam que os profissionais de saúde tiveram habilidade suficiente para tratá-los; 85.8% afirmaram ter recebido os medicamentos adequados ao seu tratamento e 66.4% consideraram adequados os equipamentos utilizados pelos profissionais para o seu diagnóstico e/ou tratamento.

Sobre a duração da consulta, 72% dos idosos entrevistados classificaram-na como ótima ou boa.

4.6 *Discussão*

O objetivo central deste estudo vai além da análise da percepção do idoso quanto aos cuidados humanizados em saúde. Ele traz consigo o retrato das condições da principal porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no Brasil, pois as unidades de atenção básica à saúde respondem atualmente por um grande número de consultas médicas além de outros procedimentos. A esse papel assistencial, articulam-se ainda demandas sanitárias, como a vigilância e controle de doenças, bem como riscos de adoecimento, além da educação em saúde. Constituem, portanto, uma forma tecnologicamente específica de atenção que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas [16].

Vê-se aí a grande importância dessas instituições na assistência em saúde, principalmente em se tratando de pessoas que já trazem uma bagagem extensa de enfermidades, em sua maioria crônicas, que sofrem com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, que vivem angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, e que sofrem, ainda, todo tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde [17].

É importante salientar a escassez de trabalhos que avaliam a satisfação do usuário, ou que medem a responsividade no sistema de saúde, especificamente realizados com idosos. A maioria não limita o grupo populacional que vai avaliar, uma motivação a mais para realizar esse estudo, exclusivamente com pacientes idosos.

Apesar de não atingir a perfeição no atendimento, esses resultados mostraram, de forma geral, uma boa responsividade na atenção básica de saúde.

No entanto, percebe-se que o usuário do sistema público têm um certo receio de falar mal do atendimento, pois tem medo de “perder a vaga”. Somado a isso, observa-se também um conformismo visto através da

aceitação implícita da baixa qualidade do serviço público por estar dirigido à população carente, decorrendo daí a “explicação”, a “justificativa” para o descaso verificado pela qualidade do mesmo. Percebe-se assim a “naturalização” de tal situação pelos próprios usuários, que terminam por reconhecer o serviço recebido como um favor ou doação e não como um direito [18].

Porém, por mais que a maioria dos idosos tenha sido bem atendida, em todos os aspectos de responsividade descritos, é inadmissível que uma outra parte, por menor que seja, não tenha recebido um atendimento digno, humano, respeitoso, em que seja prezado um bom relacionamento entre profissional e paciente, num ambiente com condições básicas de limpeza, acomodações, ventilação, etc. Tudo isso é simplesmente o mínimo que todo paciente deve receber, principalmente quando se trata de idosos, uma população que cresce a cada dia e que, muitas vezes depende de outras pessoas para sobreviver.

Assim, o aspecto *Pronta atenção*, avaliado como muito importante pelos entrevistados, apesar de a maioria (223 idosos) ter sido atendida sempre que necessitou de cuidados de saúde, uma considerável parte (137 pacientes) demonstrou uma grande insatisfação com o tempo de espera antes de serem atendidos, fato observado por vários outros autores [19-28].

Quanto à *Dignidade*, a maioria dos entrevistados foram acolhidos e tratados com respeito (97.2%) sendo que nenhum deles sofreu nenhum tipo de violência, crueldade e opressão por parte dos profissionais, nem tiveram sua privacidade desrespeitada durante os exames e/ou tratamentos, o que corrobora os resultados de vários trabalhos encontrados na literatura [18, 25, 29-31].

No entanto, o que preocupa é essa parcela, minúscula, mas existente, de idosos que se sentiram desrespeitados, discriminados, tratados desumanamente.

Um aspecto muito valorizado pelos idosos, e que diz respeito à relação entre médico e paciente é a *Comunicação*. Observou-se um bom desempenho quanto à oportunidade dada aos pacientes para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e receber explicações pelos profissionais, de

forma clara e fácil linguagem. Isto também foi observado por outros autores [19, 31-32], porém, poucos idosos foram informados sobre outros tipos de tratamentos ou exames que poderiam ser realizados.

Imam et al.[23], ao analisar a satisfação, opiniões e experiências de pacientes admitidos em um hospital do Paquistão, observou que 20% destes não encontraram ninguém na equipe para conversar sobre suas preocupações e receios, e até um terço dos pacientes afirmaram que não lhe foram fornecidas explicações claras sobre o procedimento que fariam.

Também Gomes et al.[20], ao avaliar a humanização hospitalar por usuários do sistema público de saúde no Brasil verificaram que a comunicação era deficiente, já que o paciente não era tratado pelo nome, nem olhado com interesse, e a linguagem utilizada era incompreensível pela maioria.

Neste estudo verificou-se que grande parte dos idosos está satisfeita quanto ao aspecto *Comunicação*, porém os entrevistados que afirmaram estarem insatisfeitos, fizeram graves críticas à forma como foram tratados pelos profissionais de saúde. Vários exclamaram exaltados que o profissional nem olhava para suas faces, pois antes de se sentarem na cadeira, o médico já fazia a prescrição medicamentosa e já chamava o próximo, sem ter explicado nada, nem mostrado interesse algum pelo que o paciente estava sentindo.

Em relação à *Autonomia*, observou-se que pouco mais da metade dos idosos entrevistados afirmaram que tiveram liberdade para tomar decisões sobre sua saúde ou tratamento. Os idosos que não tiveram essa autonomia relataram que “quem manda é o médico” e que se não “obedecessem à sua ordem” poderiam até perder a vaga.

Observa-se aí a passividade dos idosos devido ao medo de não serem atendidos. Gomes et al.[20], constataram os mesmos fatos: uma verdadeira despersonalização e imposição de normas, com desrespeito à autonomia e à decisão do paciente.

Em consonância com Bramesfeld et al. [29], a *Escolha dos profissionais* e a *Qualidade das comodidades básicas* foram os aspectos que apresentaram piores avaliações na perspectiva dos idosos, comparadas à

importância dada aos mesmos. Notou-se uma grande divergência entre a valoração que os idosos atribuem a esses aspectos em relação ao que receberam nas UBS. Em Taiwan, esses aspectos foram considerados essenciais, na avaliação de Hsu e colaboradores [30].

Apenas *Dignidade* e *Confidencialidade* foram bem avaliadas tanto em importância quanto no desempenho, também em conformidade com os resultados encontrados por Bramesfeld et al.[29].

Concordando com Traverso-Yépez e Moraes, existiu a necessidade da inclusão de uma categoria que fosse denominada “positiva com ressalva” para representar todos aqueles depoimentos que, mesmo apontando algum tipo de deficiência, ao serem questionados quanto à satisfação do atendimento global, a maioria considerou este como “bom ou muito bom”, resultados semelhantes a inúmeros outros estudos [33-37]. Explica-se essa “contradição” subjacente ao discurso de uma parcela significativa dos usuários como expressão da complexidade presente na vida cotidiana do serviço de saúde.

Os resultados do presente trabalho demonstram a pertinência em se realizar novos estudos, avaliando a responsividade em outros municípios ou estados, avaliando não somente a atenção básica, mas também a hospitalar, utilizando a mesma metodologia empregada no presente estudo.

4.7 Conclusão

A percepção do idoso quanto ao cuidado humanizado, através da responsividade, apresentou-se positiva, podendo contribuir para o aprimoramento da atenção básica de saúde, em especial ao paciente idoso. A grande valorização e o baixo desempenho nos aspectos *Autonomia*, *Escolha dos profissionais* e *Comodidades básicas* sugere mudanças nos serviços prestados nas UBSs. Para isso, o total envolvimento da equipe de saúde, assim como um pleno engajamento dos gestores e usuários num processo contínuo de avaliação se torna indispensável.

4.8 Referências

1. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE: **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** *Cad Saúde Pública* 1999, **15**:345-353.
2. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS: **A humanização na assistência à saúde.** *Rev Lat Am Enfermagem* 2006, **14**:277-284.
3. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR: **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária.** *Texto Contexto Enferm* 2007, **16**:439-444.
4. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes M: **A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos.** Brasília: PNEPG - CNPq; 2001.
5. Donabedian A: **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.** México: La Prensa Mexicana; 1984.
6. Sitzia J, Wood N: **Patient satisfaction: a review of issues and concepts.** *Soc Sci Med* 1997, **45**:1829-1843.
7. Silva A: **A framework for measuring responsiveness.** Geneva: World Health Organization; 2000.
8. Silva A, Valentine N: **Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries.** Geneva: World Health Organization; 2000.
9. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJ: **Measuring quality of health**

care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness.

Qual Life Res 2007, **16**:1107-1125.

10. Valentine N, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB: **Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization.** In *Health System Performance, Debates, Methods and Empiricism* Edited by CJL M and DB E. Geneva, World Health Organization; 2003:574-596.

11. Valentine NB, Silva A, Murray CJL: **Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results.** Geneva: World Health Organization; 2000.

12. World Health Organization: **The health systems analytical guidelines for surveys in the multi country survey study.** Geneva: World Health Organization; 2005.

13. Üstun TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Celik C, Sadana R, Valentine N, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Cao Y, Jun XW, Özaltin E, Mathers C, Murray CJL: **WHO Multi-country survey study on Health and Responsiveness 2000-2001.** Geneva: World Health Organization; 2001.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União (Brasília), 10 out. 1996.

15. World Health Organization: **MCSS data analyst's report.** [internet]. 2006. [<http://www.who.int/responsiveness/en/>]

16. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB : **Saúde do adulto: programas e ações em unidades básicas.** São Paulo: Hucitec, 1996.
17. Parahyba MI, Simões CCS: **A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil.** *Ciênc Saúde Coletiva* 2006, **11**:967-974.
18. Traverso-Yépez M, Morais NA: **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento.** *Cad Saúde Pública* 2004, **20**:80-88.
19. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE: **A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde.** *Sci Med* 2005, **15**:227-234.
20. Gomes AMA, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF: **Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores.** *Rev Esc Enferm USP* 2008, **42**:635-642.
21. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL: **Health care user's satisfaction in Brazil, 2003.** *Cad Saúde Pública* 2005, 21 (Suppl 1):S109-S118.
22. Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, van der Eijk I, Boerma WG: **What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views.** *BMC Health Serv Res* 2005, **5**:16.
23. Imam SZ, Syed KS, Ali SA, Ali SU, Fatima K, Gill M, Hassan MO, Hashmi SH, Siddiqi MT, Khan HM, Jameel OF: **Patient's satisfaction and opinions of their experiences during admission in a tertiary care hospital in Pakistan - a cross sectional study.** *BMC Health Serv Res* 2007, **7**:161.

24. Jovell A, Blendon RJ, Navarro MD, Fleischfresser C, Benson JM, Desroches CM, Weldon KJ: **Public trust in the Spanish health-care system.** *Health Expect* 2007, **10**:350-357.
25. Lemme AC, Noronha G, Resende JB: **A satisfação do usuário em hospital universitário.** *Rev Saúde Pública* 1991, **25**:41-46.
26. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R: **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários.** *Acta Paul Enferm* 2007, **20**:12-17.
27. Oliveira DF, Arieta CE, Temporini ER, Kara-José N: **Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital.** *Arq Bras Oftalmol* 2006, **69**:731-736.
28. Tanaka OU, 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**:60-68.
29. Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S: **How does mental health care perform in respect to service user's expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept.** *BMC Health Serv Res* 2007, **7**:99.
30. Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC: **The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective.** *BMC Public Health* 2006, **6**:72.
31. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA: **Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários.** *Rev Baiana Saúde Pública* 2007, **31**:256-266.
32. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WGW, Van der

Eijk I: **Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of a achievement in 12 European countries.** *Bull World Health Organ* 2004, **82**:106-114.

33. Bailey V: **Satisfaction levels with a community night nursing service.** *Nurs Stand* 2007, **22**:35-42.

34. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomet C, Seibel CE, Lahude FM, Magalhães GA, Barreto L, Lira RCA: **Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil.** *Rev Saúde Pública* 1994, **28**:131-136.

35. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Chlabicz S: **The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland.** *Int J Qual Health Care* 2008, **20**:277-283.

36. Mira JJ, Tomás O, Virtudes-Pérez M, Nebot C, Rodriguez-Marín J: **Predictors of patient satisfaction in surgery.** *Surgery* 2009, **145**:536-541.

37. Prato R, Martinelli D, Fusco A, Panebianco A, Lopalco PL, Germinario CA, Quarto M: **The perception of healthcare quality of elderly in the city of Bari, South Italy.** *BMC Health Serv Res* 2007, **7**:174.

**ANEXO A – Parecer de aprovação do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
UNESP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP–

OF. 113/2008
CEP
ACBD/rapv

Araçatuba, 19 de agosto de 2008.

Referência Processo FOA 2008-00974

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto **"PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO À HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE –UBSs DE ARAÇATUBA-SP–"** expede o seguinte parecer:

APROVADO:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução **CNS 215**, *deverá ser enviado o relatório parcial em 14/08/2009 e o relatório final em 14/08/2010.*

Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilmo. Senhor
Dr. RENATO MOREIRA ARCIERI
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.

15/10/2008

Dr. Renato Moreira Arcieri

**ANEXO B – Artigo enviado à Revista
BMC Health Services Research**

The perception of the elderly on the quality of humanized care in the health basic assistance: a cross-sectional study

Thaís JV Lima^{1*§}, Renato M Arcieri^{1*}, Cléa AS Garbin^{1*}, Suzely AS Moimaz^{1*}

¹Departamento de Odontologia Infantil e Social, Unesp – São Paulo State University.

Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva. José Bonifácio, 1193. 16015-050. Araçatuba, Brazil.

* These authors contributed equally to this work.

§Corresponding author

Email addresses:

TJVL: thaisodonto@yahoo.com.br

RMA: rarcieri@foa.unesp.br

CASG: cgarbin@foa.unesp.br

SASM: sasaliba@foa.unesp.br

Introduction

To ensure the physical and emotional equilibrium of the elderly, assistance to this population must occur in a humanized way. The main way of starting receiving treatment in Brazil is through the Health Centers. A way of measuring the quality and the humanization of health assistance is through the *responsiveness*, a concept introduced by WHO in the field of health evaluation, in order to refer to the elements not directly linked to the health status. The aim of this study was to analyze the perception of the elderly on the quality of humanized care in the health basic assistance in the city of Araçatuba, Brazil.

Methods

During January and February of 2009, 360 patients aged 60 years or more who attended the Health Centers at Araçatuba city were interviewed, being used an instrument developed by WHO and the results were statistically analyzed through the software Epi Info 6.04.

Results

The mean age of patients was 75.1, being hypertension the main reason why elderly looked for assistance. *Dignity* and *communication* were considered the most important factors for the majority of patients. However, the domain *communication* got the lowest percentage in terms of performance. Only *dignity* and *confidentiality* had high scores on importance as much as on performance. *Prompt attention* was the third domain classified as most important, and got a performance similar to importance only in one item. *The choice of providers* and the *quality of basic amenities* were the domains that presented the worst evaluations through the elderly perspective, compared to the importance given to these aspects, the same observed with the *autonomy* domain.

Conclusion

The great appreciation and low performance with the *autonomy, the choice of providers* and *basic amenities* domains suggest that changes on the services offered by the Health Centers are need. Therefore, the elderly perception about the humanized care, through responsiveness, was positive, and can contribute to the improvement of health basic assistance. However, it is indispensable the total involvement of health staff, including managers and users, in an incessant process of evaluation.

Background

With the significant increase of the elderly population, due to the fast and sustained decline of fecundity and mortality, a new contingent of people will need health care. In the same proportion, the elderly tends to present diseases episodes more frequently, generally chronic, which require a constant medical and health monitoring.

However, for the elderly attendance, the health staff must be aware of a series of physical, psychological and social alterations that usually occur with these patients, and that justify a differentiated care. These professionals play an important role on the elderly care, because it is believed that, through an empathic relationship, it will be observed a humanized assistance and a commitment with the personalized care, guarantying the physical and emotional equilibrium of aged patients [1].

Nonetheless, the problem in many places is just the lack of technical conditions, through the absence of training and lack of materials, which make the attendance dehumanizing because of its poor quality, and consequently with low solvability [2].

This situation is observed in the majority of Health Centers (HC), where the physical spaces are improvised, inadequate and in disrepair, affecting negatively the reception of users, interfering or making impossible the privacy of procedures. Besides this, the absence of an

adequate environment, lack of human resources and deficiency of quality and quantity of materials discourage the professional from changing his action [3].

Evaluating and monitoring the performance of these services is nowadays an important necessity for the proposals that look for the quality of health attention.

And for that it is essential the incorporation of users on the health services evaluation process, not only for constituting a sensitive indicator of service quality, but also for being potentially related to the better adequacy on service use [4].

According to Donabedian [5], the evaluation of quality of health care is carried out in two dimensions: *technical performance*, e.g. the application of knowledge and medical technology, maximizing the benefits and reducing the risks; and *patient relationship*.

The patient's satisfaction – the most important aim in the studies of quality evaluation – has been generally included in the evaluation of results. However, the satisfaction surveys have been the target of numerous criticisms, including the subjective aspect of “satisfaction” category, which has several determinants such as the degree of expectative and individual requirements in relation to the attendance and patient's personal characteristics like age, gender, social class and psychological status [6].

Consequently, the search for a higher objectivity was one of the reasons for the development of the *responsiveness* concept, introduced by World Health Organization (WHO) in the field of health evaluation, in order to refer to the elements not directly linked to the health status. It is based on the assumption that, besides promoting and maintaining the subjects' health, the health system must treat them with dignity, favor their participation on decisions about health procedures, stimulate the clear communication between health professional and user and ensure the confidentiality of medical history [7]. It is, thereafter, a way of measuring the quality and humanization of health assistance.

The aim of present study was to analyze the perception of the elderly on the quality of humanized care in the health basic assistance in the city of Araçatuba, São Paulo State, Brazil, conducted at the Health Centers (HC), through the perceptions and experiences of the elderly who attended these public health institutions.

Methods

This cross-sectional study was conducted at the 11 HCs of Araçatuba, São Paulo State, Brazil, during January and February of 2009.

It was included in the study elderly patients aged 60 years or more who did not present mental commitment that wouldn't allow them to understand the questions and to answer them. Patients had to give a signed permission for participation in the interview and for later disclosure of the data, had to be a resident of the city and to attend some municipal HC and not to present loss of hearing that would compromise the dialogue between them and the interviewer.

It was used as instrument of data collection an adapted questionnaire from a measuring instrument of *responsiveness* in the health system, developed by WHO and named *Multi-Country Survey Study* (MCSS) [8]. This instrument was evaluated in relation to its viability, reliability and validity of responsiveness questions in 41 countries, where it was concluded that the questions of this instrument are comprehensible and properly reported among different populations [9].

The questionnaire measures *responsiveness* for inpatient and outpatient care in eight domains [10] (as it can be seen on Table 1). Although access to *social support* is only assessed in inpatient care, and therefore our study analyze seven domains proposed by WHO [11-13].

After translation and adaptation, the questionnaire was submitted to a pilot study

carried out with a group of aged patients in order to analyze the acceptance of our research, to observe if there was any comprehension difficulty of some questions of the form, and in the sequence it was carried out the necessary corrections.

Based on the relevance of questions for the health services in Brazil and on the results of pilot study, the questionnaire included 30 questions about several aspects of ambulatory assistance, such as access, user embracement, privacy, confidentiality, autonomy, physical environment, professional-patient relationship, quality of global and general treatment care, as well as the attendance related to surgery and procedures. Four additional items questioned about patient's socioeconomic condition.

The questionnaire was applied by a calibrated interviewer, after verbal consent be obtained from all subjects. In order to maintain total confidentiality the patients' names was not recorded in the questionnaires.

The authorization from the city's Public Health Agency and the approval of HC management were obtained previously to the beginning of the research, in addition to the approval from the Research Ethics Committee of Araçatuba School of Dentistry (Process number: 2008-00974), following the directions of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) [14].

All data were typed and analyzed in the statistical software Epi Info 2000, version 6.04, calculated the frequency and percentage distribution. The findings were compared to the results from other countries, especially those that used the same questionnaire.

In accordance with WHO's approach in the MCSS, *responsiveness* outcomes were dichotomised into *good responsiveness* (combining responses *very good* and *good*) and *poor responsiveness* (combining responses *moderate*, *poor* and *very poor*) [15].

Results

Study population

In order to estimate the patients sample size it was used the present data of local Public Health Agency, which indicated a total of 5,491 elderly assisted at all HCs of the city in a period of two months.

The sample was constituted of 360 aged patients. The mean age of patients was 75.1 (median = 74 years; mode=60; SD = ± 9.73 ; range: 53.9-93.1); 38.1% were male and 61.9% female (Table 2); 60.6% had attended primary school, 8.3% middle school and 1.4% a university, while 29.7% didn't have a scholar certification.

About the income, 62.2% used to live with less than 1 minimum-wage (minimum-wage at the time of study conclusion corresponded to US\$228.00), 22.2% with 1 to 2 minimum-wages, 7.5% with 2 to 3 minimum-wages, 5.8% with 3 to 4 minimum-wages and only 2.2% had received more than 4 monthly minimum-wages, which demonstrated that the majority of population who attended the public HCs of this city belonged to the less favorable social class.

State of health

The main reason why elderly looked for treatment at the HC was the hypertension (52%, 95% CI: 46.9-57.5), followed by diabetes (21.4%, 95% CI: 17.3-26.1), and others (32%, 95% CI: 27.2-37.1), which included general and specific exams, such as check-ups, blood exam, prostate exam, gynecologic exam, heart disease, vaccine and respiratory complications.

Health care evaluation

Prompt attention

Among the respondents, 93.3% (95% CI: 90.1-95.6) have been always treated at the HCs when they needed health care and looked for assistance. According to the patients that have not always received health care (6.7%, 95% CI: 4.4-9.9), the main reason why this happened was the amount of patients needing care and the lack of available time to assist all of them (54.2%, 95% CI: 32.8-74.4).

The degree of satisfaction related to the waiting time before attendance was considered very good by the majority of patients (62%, 95% CI: 52.6-72.2). However, a group of patients (137 individuals – 38%, 95% CI: 28.7-49.6) considered it very long.

Dignity

The major part of the interviewed elderly (97.2%, 95% CI: 94.8-98.6) was embraced and treated with respect by the health professionals of HCs; on the other hand, two aged patients (0.6%, 95% CI: 0.1-2.2) reported they were victims of discrimination by these professionals. When asked if they have suffered some kind of violence, cruelty or oppression by the same professionals, all of them denied it.

All patients who took a medical examination and/or a treatment had their privacy respected (98.3%, 95% CI: 96.2-99.3). The remaining patients (1.7%, 95% CI: 0.7-3.8) did not take medical exams neither treatment, only the first visit to the doctor, and therefore this question was not applied to these patients.

Communication

When questioned if professionals used an easy and comprehensive speech, explaining with clarity the information about their health, in relation to their health condition and the procedures that should be conducted, 89.4% (95% CI: 85.8-92.4) of respondents affirmed they received this kind of information.

Nevertheless, more than half (67.6%, 95% CI: 62.5-72.4) didn't receive information about alternative treatments or exams that could be conducted.

In relation to the opportunity given to patients to perform questions about their problems or to answer their questions about the treatment to be conducted, the majority affirmed they had sufficient time for these explanations (79.2%, 95% CI: 74.6-83.2).

Autonomy

Fifty-four percent of patients (54.4%, 95% CI: 49.1-59.7) cited they felt free to decide about their health or treatment; but, on the other hand, 45.6% (95% CI: 40.3-50.9) of elderly affirmed that the professionals were the ones responsible for the final decision about what would have been done, without freedom to patients to give their opinion and choose their options.

Choice of providers

The majority of respondents (61.7%, 95% CI: 56.4-66.7) had the freedom to choose their health provider or to choose a second opinion, if they wished. A different situation was observed with 138 patients (38.3%, 95% CI: 33.3-43.6), who denied they were free to decide, and reported they had been assisted by "anybody" who were available at the HC, without option choice.

Confidentiality

When questioned if their personal information was kept in secrecy by health professionals, the majority of respondents (90%, 95% CI: 86.4-92.9) believed it did. Only 9.7% (95% CI: 7.0-13.4) were in doubt and reported they didn't know if professionals kept

secret or not, and just one patient (0.3%, 95% CI: 0.0-1.8) affirmed his personal information was not kept in secrecy by HC professionals.

Basic Amenities

The HC physical environment, according to the cleaning, the available space, ventilation, etc, was classified by the majority of interviewed elderly as very good or good (64%, 95% CI: 56.1-72.5). However, some respondents (n=130 – 36%, 95% CI: 27.6-47.2) classified the HC physical environment as moderate, poor or very poor.

Importance of domains and performance

The domain *prompt attention* was considered very important by 98.1% of respondents. About its performance, 93.3% of patients have always been assisted when they needed care. However, only 62% of the sample assigned good satisfaction about the waiting time (Figure 1).

Dignity was considered very important on the health basic assistance by 99.7% of respondents. About its performance, 97.2% were embraced and treated with respect and 98% had their privacy respected during examinations and treatments (Figure 2).

The domain *communication* on the health basic assistance was considered very important by 99.4% of elderly, being 89.4% the respondents who received clear explanations from health professionals, 79% had sufficient time to make questions and only 32% received information about alternative treatments (Figure 3).

Autonomy, choice of providers and quality of basic amenities were the domains that presented the worst evaluations through the patients' perspectives, when compared to their importance and performance. Conversely the domain *confidentiality* presented high values of importance as much as of performance, as it can be seen in Figure 4.

In relation to the general satisfaction about the attendance, despite some complaints and criticisms, the majority of patients (76%, 95% CI: 66.4-86.3) classified it as good or very good.

About the care related to surgeries and procedures, 96.7% of respondents (95% CI: 94.1-98.2) believed that the health providers had enough ability to treat them; 85.8% (95% CI: 81.8-89.3) affirmed they received appropriate medication to their treatment and 66.4% (95% CI: 61.3-71.3) considered adequate the equipments used by providers for diagnosis and/or treatment.

In relation to duration of visits to the doctor, 72% of elderly (95% CI: 62.7-81.8) classified it as very good or good.

Discussion

The central aim of our study is beyond the analysis of elderly perception of humanized health care. It paints the conditions of the main entrance to the public health system in Brazil, since the Health Centers correspond to a high number of medical appointments and other procedures.

Summing to this assistant role, other sanitary demands are articulated, such as health surveillance and disease control, as well as risks of illness, besides the health education. The HC therefore constitute a technologically specific way of care that involves the synthesis of knowledge and complex integration of individual and collective, curative and preventive, assistant and educative actions [16].

Here we see the great importance of these institutions on the health assistance, especially when dealing with people that already have an extensive history of diseases, mostly chronic, who suffer from the lack of health care and leisure activities, with the abandonment

in hospitals or nursing homes, who have been distressed with the depreciation of their retirement allowance, and also have suffered all sorts of obstacles to provide some assistance through health plans [17].

It is important to highlight the scarcity of studies assessing the health user's satisfaction, or measuring the *responsiveness* on the health system, specifically carried out with aged patients. The majority of them does not limit the population group which will be evaluated. This has motivated us even more to conduct this research exclusively with elderly patients.

Although the evaluated services did not achieve excellence on the area of attendance, our findings showed, in general, a good *responsiveness* on primary health care.

However, it can be noticed that the user of the public health system is usually afraid of criticizing the assistance, for fear of losing his opportunity to be treated. In addition, it is also observed a conformism through the implicit acceptance of the low quality of public services that is offered to the poor population, and this is the justification for the negligence verified by the quality of service. A "naturalization" of this situation is perceived by the user, who recognized the service as a favor or a donation and not as a right [18].

Nonetheless, although the majority of aged patients have been well assisted, in all domains of the described *responsiveness*, it is unacceptable that a group, even small, has not received decent, humanizing and respectful assistance, being respected the good relationship between provider and patient, in an environment with basic conditions of cleaning, amenities, ventilation, etc. These conditions are simply the minimum that every patient should receive, especially when it refers to the elderly, a population growing every day and that often depends on other people to survive.

The domain *prompt attention* was rated as very important by respondents; although the majority (223 patients) has been assisted every time they needed health care, a

considerable number (137 patients) reported a strong dissatisfaction about the waiting time before attendance, a fact that was demonstrated by several other authors [19-28].

In relation to the dignity, the majority of our respondents was embraced and treated with respect (97.2%) and none of them suffered any kind of violence, cruelty and oppression by health professionals, neither they had their privacy disrespected during examinations and/or treatments, which confirms the results of many studies in the literature [18, 25, 29-31].

However, what concerns us is that portion, tiny, but existing of elderly patients who felt disrespected, discriminated, inhumanely treated.

A very valued aspect by the elderly, and that concerns the relationship between physician and patient is the *communication*. In our study we observed a good performance on the opportunity offered to patients to ask questions, to clarify some doubts and to receive explanations by providers, in a clear and easy speech. This was also observed by other authors [19, 31-32], however few aged patients were informed about other types of treatments or exams that could be conducted.

Imam et al. [23] analyzed the satisfaction, opinions and experiences of patients assisted in a hospital on Pakistan and noted that 20% of these patients found nobody among the staff to share their concerns and fears, and even a third of patients reported that they didn't receive clear explanations about the procedure they would be submitted to.

Also, Gomes et al. [20], during the evaluation of the hospital humanization by users of the public health system in Brazil, verified that the communication was poor, since the patients were not treated by their names, nor attended with interest, and the language was incomprehensible by the majority of them.

In our study we verified that many aged patients were satisfied with the "communication" aspect; however the respondents who affirmed they were not satisfied with it made serious criticisms of the way they were treated by health providers. Many patients

emphasized that the professional was unable to look at their faces, because before they sit in the chair, the physician had already prepared their medication prescription and had already called the next patient, with no explanation nor interest on patients' claims.

In relation to the autonomy, we noticed that more than half of elderly reported they were free to make decisions about their own health or treatment. Patients who did not have this autonomy affirmed that "the one who order is the doctor" and that if "they did not follow his rules", they could loss the opportunity to be treated.

It can be observed, through this finding, the passivity of the aged patients due to the fear of not being treated. Gomes et al. [20] verified the same facts: a lack of personalization and imposition of guidelines, with disrespect for the patient's autonomy and decision.

In accordance with Bramesfeld et al. [29], the *choice of providers* and *quality of basic amenities* were the domains that had the worst ratings through patients' perspective compared to the importance given to these aspects. It can be noticed a large discrepancy between the value that the elderly attached to these domains and what they received in the HCs. In Taiwan, these domains were considered essential on the evaluation of Hsu and colleagues [30].

Only *dignity* and *confidentiality* were well evaluated both in importance and performance, also in accordance with the results reported by Bramesfeld et al. [29].

We agree with Traverso-Yepetz and Morais who discuss that there was a need to include a category, which was named "positive with exception", to represent all those statements that, even pointing out some kind of deficiency, when questioned about the satisfaction of global care, the majority considered it as "good or very good", findings similar to several studies [33-37]. This "contradiction", subjacent to the discourse of a significant

portion of users, can be explained as an expression of the complexity present in the daily life of health services.

Conclusions

The perception of the elderly on the quality of humanized care, through *responsiveness*, was positive, contributing to the improvement of health basic assistance, especially to the aged patient. The great valorization and the low performance on *autonomy*, *choice of providers* and *basic amenities* domains suggests changes on the services offered at the health centers. It is indispensable the total involvement of health staff, as well as full engagement of managers and users in a continuum process of evaluation.

Competing interests

'The author(s) declare that they have no competing interests'.

Authors' contributions

TJVL and RMA conceived the study, participated in its design, performed analysis and interpretation of data and drafted the manuscript. CASG contributed to analysis and interpretation of data. CASG contributed to conception of the study. SASM conceived the study and contributed to interpretation of data. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This research was supported by CAPES Foundation (Brazilian Federal Agency for Support and Evaluation of Graduate Education). The authors thank the institutions that contributed to study conduction and also to the elderly patients that took part in the interviews; we thank the

municipal manager and coordinators of municipal basic assistance for the support during field work.

References

1. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE: **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** *Cad Saúde Pública* 1999, **15**: 345-353.
2. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS: **A humanização na assistência à saúde.** *Rev Lat Am Enfermagem* 2006, **14**: 277-284.
3. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR: **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária.** *Texto Contexto Enferm* 2007, **16**: 439-444.
4. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes M: **A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos.** Brasília: *PNEPG - CNPq*; 2001.
5. Donabedian A: **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.** México: La Prensa Mexicana; 1984.
6. Sitzia J, Wood N: **Patient satisfaction: a review of issues and concepts.** *Soc Sci Med* 1997, **45**:1829-1843.
7. Silva A: **A framework for measuring responsiveness.** Geneva: World Health Organization; 2000.
8. Silva A, Valentine N: **Measuring Responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries.** Geneva: World Health Organization; 2000.
9. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJ : **Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness.** *Qual Life Res* 2007, **16**: 1107-1125.

10. Valentine N, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB: **Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization**. In Health System Performance, Debates, Methods and Empiricism Edited by: CJL M and DB E. Geneva, World Health Organization; 2003.
11. Valentine NB, Silva A, Murray CJL: **Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results**. Geneva: World Health Organization; 2000.
12. World Health Organization: **The health systems analytical guidelines for surveys in the multi country survey study**. Geneva: World Health Organization; 2005.
13. Üstun TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Celik C, Sadana R, Valentine N, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Cao Y, Jun XW, Özaltin E, Mathers C, Murray CJL: **WHO Multi-country survey study on Health and Responsiveness 2000-2001**. Geneva: World Health Organization; 2001.
14. **The World Medical Association : World medical Association Declaration of Helsinki : Ethical principles of medical research involving human subjects** [<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>]
15. World Health Organization: **MCSS data analyst's report**. [internet]. 2006. [<http://www.who.int/responsiveness/en/>]
16. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB : **Saúde do adulto: programas e ações em unidades básicas**. São Paulo: Hucitec, 1996.
17. Parahyba MI, Simões CCS: **A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil**. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006, **11**: 967-974.
18. Traverso-Yépez M, Morais NA: **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento**. *Cad Saúde Pública* 2004, **20**: 80-88.

19. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore S: **A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde.** *Sci Med* 2005, **15**: 227-234.
20. Gomes AMA, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF: **Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores.** *Rev Esc Enferm USP* 2008, **42**: 635-642.
21. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL: **Health care user's satisfaction in Brazil, 2003.** *Cad Saúde Pública* 2005, **21** (Suppl 1): 109-118.
22. Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, van der Eijk I, Boerma WG: **What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views.** *BMC Health Serv Res* 2005, **5**: 16.
23. Imam SZ, Syed KS, Ali SA, Ali SU, Fatima K, Gill M, Hassan MO, Hashmi SH, Siddiqi MT, Khan HM, Jameel OF: **Patient's satisfaction and opinions of their experiences during admission in a tertiary care hospital in Pakistan - a cross sectional study.** *BMC Health Serv Res* 2007, **7**:161.
24. Jovell A, Blendon RJ, Navarro MD, Fleischfresser C, Benson JM, Desroches CM, Weldon KJ: **Public trust in the Spanish health-care system.** *Health Expect* 2007, **10**: 350-357.
25. Lemme AC, Noronha G, Resende JB: **A satisfação do usuário em hospital universitário.** *Rev Saúde Pública* 1991, **25**: 41-46.
26. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R: **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão de usuários.** *Acta Paul Enferm* 2007, **20**: 12-17.
27. Oliveira DF, Arieta CE, Temporini ER, Kara-José N: **Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital.** *Arq Bras Oftalmol* 2006, **69**: 731-736.
28. Tanaka OU, 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**: 60-68.
29. Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S: **How does mental health care perform in respect to service user's expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept.** *BMC Health Serv Res* 2007, **7**: 99.
30. Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC: **The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective.** *BMC Public Health* 2006, **6**:72.
31. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA: **Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários.** *Rev Baiana Saúde Pública* 2007, **31**: 256-266.
32. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WGW, Van der Eijk I: **Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of a achievement in 12 European countries.** *Bull World Health Organ* 2004, **82**: 106-114.
33. Bailey V: **Satisfaction levels with a community night nursing service.** *Nurs Stand* 2007, **22**: 35-42.
34. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomet C, Seibel CE, Lahude FM, Magalhães GA, Barreto L, Lira RCA: **Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil.** *Rev Saúde Pública* 1994, **28**: 131-136.
35. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Chlabicz S: **The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland.** *Int J Qual Health Care* 2008, **20**: 277-283.
36. Mira JJ, Tomás O, Virtudes-Pérez M, Nebot C, Rodriguez-Marín J: **Predictors of**

patient satisfaction in surgery. *Surgery* 2009, **145**: 536-541.

37. Prato R, Martinelli D, Fusco A, Panebianco A, Lopalco PL, Germinario CA, Quarto

M: The perception of healthcare quality of elderly in the city of Bari, South Italy.

BMC Health Serv Res 2007, **7**:174.

Tables

Table 1: Domains as defined in the WHO Responsiveness concept [10]

Domain	Question handles
Dignity	Being treated with respect
Autonomy	Involvement in decision making
Confidentiality	Confidentiality of personal information
Communication	Listening, enough time for questions, clear explanations
Prompt attention	Reasonable waiting time
Social support	On the hospital: visits, special foods, religious practice
Quality of basic amenities	Cleanliness, space, air
Choice	Seeing a service provider you are happy with

Table 2: Sample distribution, by gender and age

Age	Female		Male		Total	
	N	%	N	%	N	%
60-70	156	69.9	77	56.2	233	64.7
71-80	59	26.5	41	29.9	100	27.8
> 80	8	3.6	19	13.9	27	7.5
Total	223	61.9	137	38.1	360	100

Figures

Figure 1 – Comparison between the importance and performance of *prompt attention* domain.

Figure 2 - Comparison between the importance and performance of *dignity* domain.

Figure 3 - Comparison between the importance and performance of *communication* domain.

Figure 4 - Comparison between the importance and performance of *autonomy, choice of providers, quality of basic amenities* and *confidentiality* domain.

ANEXO C – Normas para publicação – Revista Saúde e Sociedade

ESCOPO E POLÍTICA

Política editorial: Veicular produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de idéias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

Áreas de interesse: Desde sua criação, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos: Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) artigos de atualização de literatura;
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) comunicações de estudos, pesquisas ou experiências práticas em andamento, assim como resultados preliminares;

- g) cartas à redação com comentários sobre idéias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;
- h) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área;
- i) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse; e
- j) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados ad-hoc, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

1. Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

2. Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal,

correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “e col”.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor.

**ANEXO D – Normas para publicação –
Revista BMC Health Services Research**

Preparing main manuscript text

Manuscripts for Research articles submitted to BMC Health Services Research should be divided into the following sections:

- Title page
- Abstract
- Background
- Methods
- Results
- Discussion
- Conclusions
- List of abbreviations used (if any)
- Competing interests
- Authors' contributions
- Authors' information (if any)
- Acknowledgements
- References
- Figure legends (if any)
- Tables and captions (if any)
- Description of additional data files (if any)

Title page

This should list the title of the article. The title should include the study design, for example:

A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial

X is a risk factor for Y: a case control study

The full names, institutional addresses, and e-mail addresses for all authors must be included on the title page. The corresponding author should also be indicated.

Abstract

The abstract of the manuscript should not exceed 350 words and must be structured into separate sections: **Background**, the context and purpose of the study; **Methods**, how the study was performed and statistical tests used;

Results, the main findings; **Conclusions**, brief summary and potential implications. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract; **Trial registration**, if your research article reports the results of a controlled health care intervention, please list your trial registry, along with the unique identifying number, e.g. Trial registration: Current Controlled Trials ISRCTN73824458. Please note that there should be no space between the letters and numbers of your trial registration number.

Background

The background section should be written from the standpoint of researchers without specialist knowledge in that area and must clearly state - and, if helpful, illustrate - the background to the research and its aims. Reports of clinical research should, where appropriate, include a summary of a search of the literature to indicate why this study was necessary and what it aimed to contribute to the field. The section should end with a very brief statement of what is being reported in the article.

Methods

This should include the design of the study, the setting, the type of participants or materials involved, a clear description of all interventions and comparisons, and the type of analysis used, including a power calculation if appropriate.

Results and Discussion

The Results and Discussion may be combined into a single section or presented separately. Results of statistical analysis should include, where appropriate, relative and absolute risks or risk reductions, and confidence intervals. The results and discussion sections may also be broken into subsections with short, informative headings.

Conclusions

This should state clearly the main conclusions of the research and give a

clear explanation of their importance and relevance. Summary illustrations may be included.

List of abbreviations

If abbreviations are used in the text, either they should be defined in the text where first used, or a list of abbreviations can be provided, which should precede the competing interests and authors' contributions.

Competing interests

Authors are required to complete a declaration of competing interests. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles. Where an author gives no competing interests, the listing will read 'The author(s) declare that they have no competing interests'.

Authors' contributions

In order to give appropriate credit to each author of a paper, the individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section.

An "author" is generally considered to be someone who has made substantive intellectual contributions to a published study. To qualify as an author one should 1) have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) have been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; and 3) have given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group, alone, does not justify authorship.

We suggest the following kind of format (please use initials to refer to each author's contribution): AB carried out the molecular genetic studies, participated in the sequence alignment and drafted the manuscript. JY carried out the immunoassays. MT participated in the sequence alignment. ES participated in the design of the study and performed the statistical

analysis. FG conceived of the study, and participated in its design and coordination and helped to draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support.

Authors' information

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the study by making substantial contributions to conception, design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data, or who was involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content, but who does not meet the criteria for authorship. Please also include their source(s) of funding. Please also acknowledge anyone who contributed materials essential for the study.

The role of a medical writer must be included in the acknowledgements section, including their source(s) of funding.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements.

Please list the source(s) of funding for the study, for each author, and for the manuscript preparation in the acknowledgements section. Authors must describe the role of the funding body, if any, in study design; in the

collection, analysis, and interpretation of data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication.

References

All references must be numbered consecutively, in square brackets, in the order in which they are cited in the text, followed by any in tables or legends. Reference citations should not appear in titles or headings. Each reference must have an individual reference number. Please avoid excessive referencing. If automatic numbering systems are used, the reference numbers must be finalized and the bibliography must be fully formatted before submission.

Only articles and abstracts that have been published or are in press, or are available through public e-print/preprint servers, may be cited; unpublished abstracts, unpublished data and personal communications should not be included in the reference list, but may be included in the text. Notes/footnotes are not allowed. Obtaining permission to quote personal communications and unpublished data from the cited author(s) is the responsibility of the author. Journal abbreviations follow Index Medicus/MEDLINE. Citations in the reference list should contain all named authors, regardless of how many there are.

Examples of the BMC Health Services Research reference style are shown below. Please take care to follow the reference style precisely; references not in the correct style may be retyped, necessitating tedious proofreading.

Article within a journal

Koonin EV, Altschul SF, Bork P: BRCA1 protein products: functional motifs. *Nat Genet* 1996, 13:266-267.

Article within a journal supplement

Orengo CA, Bray JE, Hubbard T, LoConte L, Sillitoe I: Analysis and assessment of ab initio three-dimensional prediction, secondary structure, and contacts prediction. *Proteins* 1999, 43(Suppl 3):149-170.

In press article

Kharitonov SA, Barnes PJ: Clinical aspects of exhaled nitric oxide. Eur Respir J, in press.

Published abstract

Zvaifler NJ, Burger JA, Marinova-Mutafchieva L, Taylor P, Maini RN: Mesenchymal cells, stromal derived factor-1 and rheumatoid arthritis [abstract]. Arthritis Rheum 1999, 42:s250.

Article within conference proceedings

Jones X: Zeolites and synthetic mechanisms. In Proceedings of the First National Conference on Porous Sieves: 27-30 June 1996; Baltimore. Edited by Smith Y. Stoneham: Butterworth-Heinemann; 1996:16-27.

Book chapter, or article within a book

Schnepf E: From prey via endosymbiont to plastids: comparative studies in dinoflagellates. In Origins of Plastids. Volume 2. 2nd edition. Edited by Lewin RA. New York: Chapman and Hall; 1993:53-76.

Whole issue of journal

Ponder B, Johnston S, Chodosh L (Eds): Innovative oncology. In Breast Cancer Res 1998, 10:1-72.

Whole conference proceedings

Smith Y (Ed): Proceedings of the First National Conference on Porous Sieves: 27-30 June 1996; Baltimore. Stoneham: Butterworth-Heinemann; 1996.

Complete book

Margulis L: Origin of Eukaryotic Cells. New Haven: Yale University Press; 1970.

Monograph or book in a series

Hunninghake GW, Gadek JE: The alveolar macrophage. In Cultured Human Cells and Tissues. Edited by Harris TJR. New York: Academic Press; 1995:54-56. [Stoner G (Series Editor): Methods and Perspectives in Cell Biology, vol 1.]

Book with institutional author

Advisory Committee on Genetic Modification: Annual Report. London; 1999.

PhD thesis

Kohavi R: Wrappers for performance enhancement and oblivious decision graphs. PhD thesis. Stanford University, Computer Science Department; 1995.

Link / URL

The Mouse Tumor Biology Database

[<http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>]

Microsoft Word template

Although we can accept manuscripts prepared as Microsoft Word, RTF or PDF files, we have designed a Microsoft Word template that can be used to generate a standard style and format for your article. It can be used if you have not yet started to write your paper, or if it is already written and needs to be put into BMC Health Services Research style.

Download the template (Mac and Windows compatible Word 1998/2000) from our site, and save it to your hard drive. Double click the template to open it.

Preparing illustrations and figures

Figures should be provided as separate files. Each figure should comprise only a single file. There is no charge for the use of color.

Please read our figure preparation guidelines for detailed instructions on maximising the quality of your figures,

Formats

The following file formats can be accepted:

- EPS (preferred format for diagrams)
- PDF (also especially suitable for diagrams)
- PNG (preferred format for photos or images)
- Microsoft Word (figures must be a single page)
- PowerPoint (figures must be a single page)
- TIFF
- JPEG
- BMP
- CDX (ChemDraw)
- TGF (ISIS/Draw)

Figure legends

The legends should be included in the main manuscript text file immediately following the references, rather than being a part of the figure file. For each figure, the following information should be provided: Figure number (in sequence, using Arabic numerals - i.e. Figure 1, 2, 3 etc); short title of figure (maximum 15 words); detailed legend, up to 300 words.

Preparing tables

Each table should be numbered in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, 2, 3 etc.). Tables should also have a title that summarizes the whole table, maximum 15 words. Detailed legends may then follow, but should be concise.

Smaller tables considered to be integral to the manuscript can be pasted into the end of the document text file, in portrait format (note that tables on a landscape page must be reformatted onto a portrait page or submitted as additional files). These will be typeset and displayed in the final published form of the article. Such tables should be formatted using the 'Table object' in a word processing program to ensure that columns of data are kept aligned when the file is sent electronically for review; this will not always be the case if columns are generated by simply using tabs to separate text.

Commas should not be used to indicate numerical values. Color and shading should not be used.

Larger datasets can be uploaded separately as additional files. Additional files will not be displayed in the final, published form of the article, but a link will be provided to the files as supplied by the author.

Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls) or comma separated values (.csv). As with all files, please use the standard file extensions.

Style and language

General

Currently, BMC Health Services Research can only accept manuscripts written in English. Spelling should be US English or British English, but not a mixture.

Gene names should be in italic, but protein products should be in plain type.

There is no explicit limit on the length of articles submitted, but authors are encouraged to be concise. There is no restriction on the number of figures, tables or additional files that can be included with each article online. Figures and tables should be sequentially referenced. Authors should include all relevant supporting data with each article.

BMC Health Services Research will not edit submitted manuscripts for style or language; reviewers may advise rejection of a manuscript if it is compromised by grammatical errors. Authors are advised to write clearly and simply, and to have their article checked by colleagues before submission. In-house copyediting will be minimal. Non-native speakers of English may choose to make use of a copyediting service.

Abbreviations

Abbreviations should be used as sparingly as possible. They can be defined when first used or a list of abbreviations can be provided preceding the acknowledgements and references.

Typography

- Please use double line spacing.
- Type the text unjustified, without hyphenating words at line breaks.
- Use hard returns only to end headings and paragraphs, not to rearrange lines.
- Capitalize only the first word, and proper nouns, in the title.
- All pages should be numbered.
- Use the BMC Health Services Research reference format.
- Footnotes to text should not be used.
- Greek and other special characters may be included. If you are unable to reproduce a particular special character, please type out the name of the symbol in full.

ANEXO E – Instrumento utilizado para coleta de dados

**QUESTIONÁRIO ADAPTADO DO INSTRUMENTO DE RESPONSABILIDADE
DA OMS (Multi Country Survey Study - MCSS)**

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

1. Idade_____anos
2. Gênero: () feminino () masculino
3. Nível de escolaridade: () Nenhum () Fundamental () Médio () Superior
4. Renda Mensal (em salários mínimos):
() até 1 salário () de 1 a 2 () 2 a 3 () 3 a 4 () mais de 4 salários
UBS que frequenta.....

EXPERIÊNCIA**Atenção no atendimento**

1. Quando foi a última vez que o senhor(a) procurou atendimento na UBS?
Há_____meses
2. Por qual razão o(a) senhor(a) procurou os serviços de saúde?
() Febre alta, diarreia severa, ou tosse () Diabetes
() Lesões corporais () Imunização (vacina)
() Hipertensão () Problemas de visão
() Problemas dentários () Artrite
() Asma () Doença cardíaca
() Outros_____
3. Quando o(a) senhor(a) necessitou de cuidados de saúde, o(a) senhor(a) sempre foi atendido?
() sim () não
4. Quando o senhor não foi atendido, qual foi o motivo?
a) tinha muita gente na sua frente e não deu tempo de atender o(a) senhor(a);
b) foi negado atendimento ao seu problema;

- c) o(a) senhor(a) resolveu ir embora porque tinha muita gente na frente;
- d) o(a) senhor(a) resolveu ir embora porque viu algo que não gostou;
- e) Outros _____

5. Qual o seu grau de satisfação quanto ao tempo de espera antes do atendimento?

- ☐ ótimo ☐ bom ☐ moderado ☐ ruim ☐ péssimo

6. O(a) senhor(a) teve sua privacidade respeitada durante os exames e tratamentos?

- ☐ sim ☐ não ☐ não se aplica (não foi examinado/tratado)

7. Os profissionais de saúde explicaram com clareza as informações sobre sua saúde?

- ☐ sim ☐ não

8. O(a) senhor(a) teve tempo suficiente para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento?

- ☐ sim ☐ não

9. O(a) senhor(a) teve informações sobre outros tipos de tratamentos ou exames?

- ☐ sim ☐ não

10. O(a) senhor(a) teve liberdade para tomar decisões sobre a sua saúde ou tratamento?

- ☐ sim ☐ não

11. O(a) senhor(a) teve liberdade de escolher o seu profissional de saúde?

- ☐ sim ☐ não

HUMANIZAÇÃO

12. O(a) senhor(a) foi acolhido(a) e tratado(a) com respeito?

() sim () não

13. O senhor(a) já foi vítima de alguma discriminação por parte dos profissionais de saúde desta UBS?

() sim () não

14. Em caso afirmativo, qual a razão?

a) por ser mulher;

b) por ser homem;

c) pela idade;

d) pela cor;

e) tipo de doença;

g) outras

razões:.....

.....

15. O(a) senhor(a) já sofreu algum tipo de violência, crueldade ou opressão por parte dos profissionais de saúde?

()sim ()não

Em caso afirmativo, que tipo?_____

16. Suas informações pessoais foram mantidas em segredo pelos profissionais de saúde?

() sim () não () não sei dizer

Infra-Estrutura

17. Como o(a) senhor(a) classificaria o espaço nas salas de espera e de exame?

() ótimo () bom () moderado () ruim () péssimo

PERCEPÇÃO**Atenção no atendimento**

18. Como o(a) senhor(a) classificaria o atendimento na UBS que frequenta?

☐ ótimo ☐ bom ☐ moderado ☐ ruim ☐ péssimo

19. Que importância o(a) senhor(a) dá para explicações oferecidas com clareza pelo profissional de saúde sobre o seu tratamento?

☐ muita importância ☐ pouca importância ☐ nenhuma importância

20. Que importância o(a) senhor(a) dá para a facilidade de acesso aos serviços de saúde?

☐ muito importante ☐ pouco importante ☐ sem importância

21. Que importância o(a) senhor(a) dá à liberdade de discutir outras opções de tratamento?

☐ muita importância ☐ pouca importância ☐ nenhuma importância

22. O(a) senhor(a) acha importante que os profissionais de saúde dêem oportunidade para fazer perguntas, para esclarecer todas as suas dúvidas?

☐ sim ☐ não

23. Qual a importância para o(a) senhor(a) de poder escolher o seu profissional de saúde ou poder consultar uma segunda opinião se desejar?

☐ muito importante ☐ pouco importante ☐ sem importância

24. Na sua opinião, os profissionais de saúde desta UBS tiveram habilidade suficiente para tratar do(a) senhor(a)?

☐ sim ☐ não

25. Na sua opinião, os profissionais de saúde forneceram os medicamentos adequados para o seu tratamento?

☐ sim ☐ não ☐ não se aplica

26. Como o(a) senhor(a) classificaria a duração da consulta pelos profissionais de saúde da UBS que o(a) senhor(a) frequenta?

() ótimo () bom () moderado () ruim () péssimo

Humanização

27. Que importância o(a) senhor(a) atribui ao "tratamento respeitoso" pelos profissionais de saúde?

() importante () pouco importante () sem importância

28. Qual a importância das suas informações pessoais serem mantidas em segredo pelos profissionais de saúde?

() importante () pouco importante () sem importância

Infra-estrutura

29. Que importância o(a) senhor(a) dá em ter espaço suficiente, acomodações, ventilação, banheiros limpos, etc?

() muita importância () pouca importância () nenhuma importância

30. Na sua opinião, os profissionais de saúde utilizaram equipamentos adequados para o seu tratamento?

() sim () não () não se aplica