

# A Satisfação de Idosos Quanto à Estratégia Saúde da Família, a Partir da Atenção em Saúde Bucal

## Satisfaction Levels of the Elderly in Relation to Family Health Strategy, Through an Analysis of Oral Health Care

NEWILLAMES GONÇALVES NERY<sup>1</sup>  
VÂNIA CRISTINA MARCELO<sup>2</sup>  
MARIA APARECIDA ALVES DANTAS<sup>1</sup>

### RESUMO

O processo de envelhecimento populacional brasileiro é acelerado. Percebe-se na população idosa uma maior utilização dos serviços de saúde e grande carência de atenção odontológica. A Estratégia Saúde da Família (ESF) - reorganizadora do Sistema Único de Saúde (SUS) - afirma a atenção integral à saúde, centrada na família, priorizando, entre outros, os idosos. Apresenta-se uma pesquisa, realizada em um município de aproximadamente 1.200.000 habitantes, que em 2004, iniciou a inclusão da odontologia na ESF, buscando ampliar o acesso às ações de saúde bucal. *Objetivo:* Conhecer a satisfação de idosos quanto à ESF, a partir da análise da atenção em saúde bucal. *Material e Métodos:* A metodologia foi qualitativa, utilizando grupos focais. *Resultados:* Foi percebida uma satisfação variável, sendo positiva com relação a experiências passadas – destacando relacionamento profissional-usuário e qualidade das ações clínicas e extra-clínicas – e negativa quanto a problemas rotineiros inerentes ao acesso, atenção ao idoso e sua família, resolutividade e questões organizacionais. *Conclusão:* A ESF precisa melhorar a atenção aos idosos nos aspectos relativos ao acesso, longitudinalidade e continuidade, ou seja, aspectos gerenciais e de gestão. Os profissionais foram avaliados positivamente pelos idosos no que se refere a relacionamento interpessoal e ações clínicas e promocionais.

### DESCRIPTORIOS

Saúde do Idoso. Satisfação do Paciente. Saúde Bucal. Serviços de Saúde. Saúde da Família.

### SUMMARY

The ageing process of the Brazilian population has accelerated. It has been seen that the elderly are making greater use of the health services but paying far less attention to dental care. The Family Health Strategy (ESF) – reorganizer of the Unified Health System (SUS) – points out that the total health care must be centered on the family, giving priority to the elderly, among others. This research was carried out in a city of 1,200,000 inhabitants, which in 2004, started the inclusion of dentistry in ESF in an effort to provide broader access to oral health care. *Objective:* to know the elderly satisfaction about the ESF through an analysis of oral health attention. *Material and method:* qualitative, using focal groups. *Results:* it could be noticed a varying satisfaction which was positive regarding past experiences – highlighting the professional-patient relationship and the quality of clinical and out-patient care – and negative in relation to the routine problems of access, care of the elderly and their families, problem solving and organizational issues. *Conclusion:* ESF must improve the attention regarding management aspects of access, long and short term follow up. The team was positively evaluated by the elders regarding personal relationship, clinical and health promotion actions.

### DESCRIPTORS

Elderly Health. Patient Satisfaction. Oral Health. Health Services. Family Health.

1 Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva - Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Goiás

2 Doutora em Saúde Pública - Fac. de Saúde Pública – USP

O envelhecimento humano tem despertado a atenção de estudiosos que buscam conhecer os múltiplos determinantes das atuais condições de vida dos idosos, para planejar ações que lhes garantam qualidade de vida. Há várias formas de se entender este processo, percebendo-se alterações na aparência física, maior vulnerabilidade a doenças e limitações funcionais, interferindo no cumprimento de tarefas habituais (PASCHOAL, 1996).

Não há consenso quanto à idade em que se inicia. A Associação Internacional de Gerontologia considera a partir dos 65 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina, nos países desenvolvidos, a mesma idade, e nos países em desenvolvimento a partir dos 60 anos. No Brasil, a Política Nacional do Idoso considera idosa, a pessoa maior de 60 anos - tendência seguida neste estudo (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003).

O crescimento desta parcela da população é um fenômeno mundial, sendo acelerado no Brasil, exigindo providências específicas nas políticas públicas de assistência ao idoso. O aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade, assim como alterações nutricionais promoveram a chamada transição epidemiológica: o eixo de morbimortalidade desloca-se de doenças infecciosas para crônico-degenerativas, interferindo na qualidade de vida, resultando em aumento do uso dos serviços de saúde pelos idosos, (CHAIMOWICZ, 2003).

Os levantamentos epidemiológicos brasileiros de saúde bucal e diversos estudos a respeito constatam que o número de dentes perdidos, cariados e restaurados, expresso pelo índice epidemiológico CPO-D, aumenta com a idade sendo o edentulismo, geralmente, aceito como natural na velhice (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

Apesar da grande necessidade, a utilização de serviços odontológicos pelos idosos, no Brasil, é baixa, devido a várias barreiras de acesso, incluindo aspectos subjetivos, culturais, históricos, sócio-econômicos e organizacionais (MATOS, GIATTI, LIMA-COSTA, 2006; MOREIRA *et al.*, 2005).

Diversos instrumentos jurídicos e governamentais foram instituídos para garantir-lhes seus direitos, incluindo o acesso integral à saúde (BRASIL, (1994); BRASIL, (1999); BRASIL, (2004a); BRASIL, (2006). Na prática, porém, este direito está longe de ser totalmente concretizado, talvez pela desvalorização do idoso como ser humano (PELLEGRINE, JUNQUEIRA, 1996).

Em 1994 foi instituído no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente incorporado como

Estratégia Saúde da Família (ESF), propondo a reorganização da atenção básica dentro da compreensão integral do processo saúde-doença, atuando na dimensão individual, familiar e coletiva, com uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos, assumindo os compromissos do SUS. Busca reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais que acompanham um número definido de famílias, em áreas geográficas delimitadas. Pretende a assistência integral e contínua, em cada fase do ciclo de vida, considerando o contexto familiar e social, devendo estar atenta ao envelhecimento populacional (BRASIL, 2004b).

Para ampliar o acesso às ações odontológicas, equipes de saúde bucal foram inseridas na ESF. Dentre suas atribuições, constam o estímulo e a execução de medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas, ações básicas de vigilância epidemiológica, sensibilização das famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde e realização de visitas domiciliares. Prevê-se, ainda, atenção diferenciada ao idoso, constituindo-se grupo vulnerável, marcado pelo histórico de exclusão (BRASIL, 2004c; COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

Atualmente, a saúde bucal na ESF mostra uma expansão considerável, tendo passado de 2.248 equipes em 2001, para 17.818 em março de 2009. Em Goiânia encontra-se em processo de implantação. Ao final de 2008 contava com apenas 38 equipes de saúde bucal para 114 equipes de saúde da família, tendo iniciado esta inclusão em 2004. No município existem 05 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004b).

Pesquisadores têm se dedicado à avaliação da qualidade dos serviços de saúde e ressaltam a percepção e satisfação dos usuários como importantes itens a serem analisados, através de várias metodologias (STARFIELD, 2004; TRAD *et al.*, 2002; ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). Alguns estudos avaliam a satisfação do usuário considerando aspectos do atendimento: acesso, espera, cordialidade no atendimento, atenção às queixas, confiança no profissional, satisfação com o agendamento, avaliação geral e sugestões para melhorias (KLOETZEL, 1998). Outros destacam quesitos que podem ser importantes, como a realização de expectativas, a percepção da experiência, a comparação social (equidade), a percepção a respeito do desempenho, a intenção de visitar ou evitar o serviço, entre outros (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006).

Apresentam-se neste artigo resultados parciais de uma pesquisa que teve como objetivo conhecer a

satisfação quanto à Estratégia de Saúde da Família, a partir da análise da atenção em saúde bucal.

## MATERIAL E MÉTODOS

A abordagem foi qualitativa, investigando aspectos subjetivos - experiências, percepções, atitudes, valores, motivações e sentimentos onde a fala individual apresenta grande representatividade sobre o coletivo (MINAYO, 1992).

Organizou-se, para a coleta de dados, realizada entre junho e agosto de 2007, dois grupos focais captando-se relevâncias e valores com relação a conhecimentos, experiências, anseios, expectativas e percepções, obtidos com a intercomunicação dos assuntos. Selecionou-se 8 usuários da ESF com idade superior a 60 anos, independentes, sem comprometimento cognitivo, com possibilidade e vontade de participar do grupo. Residentes na área há pelo menos 02 anos, eram participantes regulares das atividades do grupo de idosos vinculado à Equipe ou tinham relato de atendimento recebido pela Equipe de Saúde Bucal.

Os aspectos éticos foram respeitados, aplicando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (COEP/ UFG): Protocolo n°. 32/2007.

## RESULTADOS

Os resultados, sintetizados no Quadro 1, revelaram satisfação total em alguns aspectos, destacando-se experiências passadas, relação interpessoal equipe-

usuário, qualidade do atendimento clínico, acessibilidade e atividades extra-clínicas em grupo realizadas pela equipe de saúde.

A satisfação mostrou-se parcial e variável quanto a questões como flexibilidade da agenda, clareza de informações prestadas, integralidade, resolatividade, e atenção à família e ao idoso, especificamente.

Os idosos demonstraram-se insatisfeitos quanto a acesso aos serviços, tempo de espera para serem atendidos, primeiro contato junto à recepção, continuidade e longitudinalidade, prejudicadas pela falta de profissionais e dificuldades no pronto-atendimento nas situações de urgência. Também não estão satisfeitos quanto a aspectos estruturais importantes como a regularidade da manutenção de equipamentos e fornecimento de insumos essenciais para o atendimento clínico.

## DISCUSSÃO

Quando interpelados sobre o aspecto da satisfação, os idosos revelam sentimentos positivos relacionados ao gostar, estar grato, sentir falta de algum profissional ausente, ao ter sido bem atendido:

**e5** “-Eu por exemplo, eu gostei! Aqui não tem nem o que falar! O tanto que eu gostei!”.

**e8** “-Agradeço muito ela! ...”.

**e6** “-Nós sentimos a falta dela.”.

Há um sentimento de “gostar” ligado ao aspecto temporal, como se tivesse havido uma maior satisfação no passado, relacionando-a a experiências não rotineiras:

**e5** “-Ah. Eu gostei. No início eu gostei”.

**e1** “-Ah, ele (o marido)!? Aqui foi só este dia. Foi bem atendido!”.

**Quadro 1** – Categorias relativas à satisfação dos idosos com a Estratégia Saúde da Família, Goiânia, 2007.

### • Satisfação total

Experiências passadas Relação interpessoal equipe-usuário (afetividade) Atenção / Compromisso Qualidade do atendimento clínico Acessibilidade (local de atendimento) Atividades extra-clínicas em grupo (variedade, envolvimento, interação, recursos educativo, etc.)

### • Satisfação parcial

Flexibilidade da agenda Clareza das informações Integralidade / Resolutividade Atenção familiar Atenção ao idoso

### • Insatisfação

Acesso (número reduzido de vagas, longo tempo de espera) Primeiro contato (recepção na unidade de saúde) Continuidade / longitudinalidade Pronto-atendimento (urgências) Estrutura / Regularidade (equipamentos e insumos)

Justificam a satisfação pelo tratamento interpessoal recebido:

**e4** “-Gosto! ... trata a gente bem!”.

A relação interpessoal equipe-usuário, traduzida pelo envolvimento nas atividades, pelo bom atendimento e relacionamento, é citada como positiva e desejável:

**e1** “-... A Dra. C. (dentista) que tava aí era muito boa. Muito delicada também. Ela vinha nas reuniões”.

**e6** “-Quero dar os parabéns para a Dra. C. (dentista) porque ainda tem os bons. Não só com... mas todos nós idoso. Tem carinho com os idosos. ... Ela é maravilhosa. Merece, merece que a gente abrace ela”.

**e1** “-Principalmente aquela enfermeira. Ela é muito legal. Anima, né! Pra mim todos são legais”.

A capacidade de ouvir do profissional de saúde, assim como as informações prestadas e o compromisso profissional são motivo de satisfação:

**e5** “-Ela dá muita atenção pra gente”.

**e4** “-Trataram bem!... eles me falaram. Eu já tava sabendo que não ia resolver tudo”.

**e1** “-Mas ela (a dentista) não esqueceu. Quando foi começar ela mandou avisar. “Nóis” veio e foi tudo bacana, né!”.

Deve-se considerar, contudo, possíveis vieses nestes resultados. Em estudos sobre satisfação de usuários, os idosos podem apresentar maior carisma devido às suas menores expectativas (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006).

Fica evidente que, para os idosos, o relacionamento interpessoal é um fator relevante. A satisfação com o atendimento ao público pela recepção do serviço, porém, é variável, havendo elogios e críticas:

**e5** “-Elas respeitavam a gente, né!”.

**e1** “-Como é que a pessoa fala uma coisa dessa com idoso. ...Eu num gostei não!”.

A qualidade técnica dos serviços prestados no âmbito clínico não é contestada, havendo consenso das opiniões:

**e1** “-Foi muito bom. Tava com aqueles tártaro garrado. Foi um tratamento muito fino”.

**e6** “-Já fui muito bem atendida. Quero deixar bem claro isso aí!”.

**e1** “-Pra mim foi! Ajudou, foi um sucesso! (empolgação). Foi dois dia só, mas foi de boa qualidade”.

A acessibilidade é, também, importante. Traduz-se no acesso geográfico, referente à distância, transporte e tempo exigido para se chegar ao serviço, bem como o acesso sócio-organizacional, incluindo características do serviço e recursos que facilitam ou dificultam como o horário e a forma de marcação de consultas (TAKEDA, 2004). O local de atendimento mais próximo da residência é um fator que satisfaz os usuários:

**e8** “-Ah eu também, esse negócio de tratar aqui. É igual ela ‘tá’ falando mesmo. Tem hora que é bom, é mais fácil pra gente”.

Um maior sentimento de contentamento é percebido nas ações extra-clínicas em grupos. Constituem-se alternativas para que as pessoas retomem papéis sociais e ocupem seu tempo livre com atividades físicas, lazer, culturais ou de cuidado corporais e mentais. Reforçam ainda o relacionamento interpessoal e social, sendo uma estratégia de facilitação do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, auxiliando na adesão ao tratamento e nas medidas preventivas (GARCIA et al., 2006).

Sobre estas atividades – reuniões, passeios, eventos, brincadeiras, entre outras -, os depoimentos se referem positivamente, demonstrando opiniões, bem como as revelando como formas de lazer, entretenimento, socialização, solidariedade, assistência e informação:

**e5** “-Eu gostei. Enquanto isso eu saio de casa. Mexer com panela todo dia e noite: Eu, heim!”.

**e6** “-E principalmente naquelas que tem amigo... secreto! Nossa, mas como eu amo amigo secreto! (empolgada). Eu gosto demais! Você tá ali, compartilhando, né, aquelas brincadeiras! Ai, mas é bom! (sorrindo). Esse ano parece que não teve! (triste)”.

Os relatos são ricos em detalhes, demonstrando a importância destas atividades para o idoso:

**e6** “-Ah, sim! Foi muito bom! Esses dois passeio ficou assim na história! Muito bom”.

**e6** “-... eles podia continuar esses passeio, pra nós, é bom demais, a agente lá, reunido, conversando, trocando idéia, oh, Senhor! É assim uma terapia!... a gente sai, descansa a cabeça, descontrai, né! É tão bom. Sair da casa da gente! Parece que amanhece, assim, com a cabeça tão descontraída!”.

**e5** “-A reunião era bom demais. Palestra. Alongamento. Tinha um radinho aí que fazia um forrozinho!”.

Promover a saúde do idoso significa considerar variáveis – físicas, psicológicas, sociais e culturais – que influenciam na saúde e qualidade de vida, numa atuação interdisciplinar e multidimensional, envolvendo distintos campos do saber (ANDERSON *et al.*, 1998).

O envolvimento e interação da equipe, e a variedade de recursos educativos usados nestas atividades são ressaltados pelos participantes:

**e5** “-É enfermeira, é médico, entrava tudo no samba. O Dr. não falta. É bom. Reunião é bom. Não é ruim não”.

**e6** “-É ... eu, eu ... assim ... quando eu vim na Dra. C. (dentista), ela explicava muito bem sobre o higiene bucal! Ela usava os “slides”, usava cartaz pra poder explicar, né. ... É muito bem falada, as palestra dela”.

A flexibilidade da equipe com relação à organização da agenda também foi um fator gerador de satisfação, ainda que parcial, em situações de impossibilidade de atendimento.

**e1** “-Tá bom... mas achei bom por que, comparação: se num der pra gente vir pode remarcar pra outro dia, né. Achei bom isso aí!”.

As falas revelam a existência de questões negativas, percebidas através da utilização de metáforas interessantes:

**e6** “-Tem as suas vantagens e as suas desvantagens. Lado bom e lado ruim. Claro que nem tudo é mel”.

**e6** “-Então quer dizer que não tá lá um mar de rosas!”.

O acesso é, geralmente, ressaltado nas falas, pelo aspecto da falta ou dificuldade:

**e3** “-Eu vim aqui, duas vezes. Só que a demora é demais”.

Observam-se, porém, sentimentos de satisfação parcial ou insatisfação, revelados nas falas com relação à qualidade das informações prestadas ou ausência destas, no primeiro contato ou pré-atendimento ao usuário, com desrespeito ao idoso:

**e8** “-... Eu pedi informação, não passaram. Num teve nada”.

**e1** “-Agora outro dia eu perguntei a menina como estava funcionando, se o dentista tava atendendo ela veio com grosseria. Eu não gostei! Mas deve ser novata!”.

**e6** “-Olha, quando eu vim, assim pra saber informação. ... Eles não informa pra gente. Não informa!”.

No que diz respeito à integralidade das ações, o assunto somente é abordado no aspecto da referência dos serviços, ora havendo relatos de atendimento satisfatório, ora sendo mencionadas dificuldades da atenção em outros níveis de complexidade:

**e8** “-E eu foi tudo pelo SUS. Foi uma benção!”.

**e1** “-Não foi possível, por que eu queria que ela colocasse um dente que eu quebrei. Mas não teve jeito”.

Na questão da resolutividade, os depoimentos também divergem quanto a necessidades satisfeitas no âmbito do serviço:

**e1** “-Não, aqui não tinha não! O problema dele não tinha recurso aqui”.

**e5** “-Tive aqui, resolveu tudo, eles tirou chapa dos dentes que precisava arrancar. Uma parte foi aqui, eu fiz o tratamento... E a outra terminei lá (centro de especialidades). Tirou chapa tirou tudo!”.

Os idosos participantes da pesquisa demonstram como característica importante, a preocupação com o bem-estar de seus familiares, revelando a atenção voltada à família como necessária para se obter qualidade:

**e6** “-Eu, assim, pela minha filha, sim! Tá doido!? Rumou os dentes dela tudo”.

**e8** “-E ela mesmo me atendeu e atendeu meus netim.”

**e8** “-Igual ... aconteceu com meu neto! Não tem jeito de atender. Não atendeu. Dor de dente! ... À noite!”.

Quanto à qualidade do atendimento ao idoso observa-se variabilidade nas percepções: alguns são mais conformados e satisfeitos com o atendimento, outros são mais exigentes, revelando capacidade de argumentação e questionamento.

**e6** “-Eu acho que é diferente! É só pros idosos, né! Precisou um idoso, vocês já tratam de olhar, né, com carinho, e ver o quê que aquele idoso tá precisando!”.

**e6** “-Mas num é bem isso, não! Vai ali naquela farmácia, pra vocês ver! A gente quase apanha quando a gente vai questionar lá pra eles. Se a gente for lá, quantas e quantas vêiz;... eu reclamei, foi muitas vêiz, que a gente chega aí... fica em pé toda vida. Se a gente for querer pra atravessar na frente, eles diz: ‘Não! É que a lei num chegou aqui! Num tem nada disso aqui, não! Hora que a lei chegar nós obedece’”.

A fala deixa claro que apesar da existência de leis que priorizam o atendimento ao idoso, estas não são cumpridas por negligência ou desconhecimento, revelando, ainda, certa condição de desprezo das pessoas com relação ao idoso (BRASIL, (1994); BRASIL, (1999); BRASIL, (2004a); BRASIL, (2006).

**e6** “-Num sei se eles pensa que eles é mais do que todo mundo. Que a gente velho é qualquer coisa, que pode ser tratado...”.

A análise dos resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, realizada no Brasil em 2003, revelam a relação existente entre a discriminação (por sexo, idade, pobreza, classe social, raça ou tipo de doença) e a condição de usuário exclusivo do SUS, gerando um menor grau de satisfação dos usuários com o atendimento recebido (GOUVEIA et al., 2003).

O acesso aos serviços de saúde deve ser garantido à população em condições de igualdade, não importando gênero, situação econômica, social, cultural ou religiosa, podendo haver uma “discriminação positiva” em casos especiais, com prioridade aos mais necessitados (PUSTAI, 2004).

**e6** “-Mas ficou ruim meu dente. E qual que foi a causa: falta de atendimento!”.

O tempo de espera para o atendimento é apontado como um fator negativo no aspecto da satisfação com os serviços:

**e3** “-Então a gente às vezes vem tratar aqui... mas pelo tempo de espera faz é adoecer mais”.

Obtendo-se aceitabilidade dos serviços pela população, espera-se uma maior utilização. Serviços resolutivos são aceitos pelo usuário, transmitindo maior confiança, permitindo progressiva legitimidade social, contribuindo para sua sustentabilidade, ao favorecer mudanças efetivas na qualidade de vida da comunidade. As dificuldades em relação ao acesso ao serviço podem refletir uma menor frequência de uso dos serviços odontológicos, mesmo num quadro de muitas necessidades (SECLLEN-PALACIN, 2004; MATOS, GIATTI, LIMA-COSTA, 2004). Esta realidade é percebida:

**e7** “-Até o movimento de gente diminuiu!”.

**e6** “-Não! Piorou demais!”.

O aspecto da falta de continuidade e longitudinalidade no serviço, pela ausência de profissionais, é um fator de insatisfação geral na população pesquisada:

**e1** “-Eu queria que ela continuasse aqui (a dentista), mas...”.

**e5** “-Agora infelizmente até a C. (ACS) saiu do nosso setor. A agente de saúde saiu! E nunca apareceu nenhuma mais! (triste).”

As dificuldades em se obter o pronto-atendimento nas urgências são causas de descontentamento, segundo os participantes, tornando-se fatores de insatisfação:

**e6** “-Por que, até uma extração de dente, você vem no CAIS, eles diz: Ah, não, num tem vaga não! Foi só duas vaga, hoje! Só duas vaga! Já acabou! Já esgotou!”.

São barreiras de acesso aos serviços odontológicos a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados à população idosa brasileira. Apesar dos avanços do SUS e da implantação da ESF, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal parece ser uma realidade distante (MOREIRA et al., 2005).

Problemas com as instalações físicas das unidades, assim como equipamentos e regularidade no fornecimento de insumos são relatados como dificultadores na agilidade e rapidez no acesso:

**e1** “-Eu fui sorteada, mas não chamou por causa da reforma... Aquela reforma que teve né! Aí demorou, num foi!?”.

**e6** “-Aí amanhã cê vem, chega aí eles fala assim: Ah, não, a cadeira... não tem material. Estragou não tem jeito, não tem. Quer dizer. Então é assim, né... “.

Os serviços devem ser organizados conforme as necessidades populacionais, devendo ser projetados para garantir número de profissionais e unidades suficientes em cada nível (STARFIELD, 2004). Através de suas afirmações, os idosos enfatizam a impossibilidade de atendimento odontológico adequado diante dos problemas estruturais existentes:

**e6** “-Se vocês não tem o conteúdo nas mãos pra fazer, não vão agir, num é?! Cêis vão falar pra nós assim: Olha, infelizmente, ... nós num temo o recurso pra fazer, rancar um dente da senhora, por que falta ‘anestesia’, a cadeira tá quebrada, né. Já foi duas coisa, aqui... Até água, doutô, eu já vi faltá no consultório dentário. ... eu tô te falando. Por que eu já vi!”.

As discussões revelam ao final, um descontentamento importante com o panorama geral da atenção prestada no âmbito da ESF, onde os fatores estruturais,

organizacionais e de gestão precisam se adequar às necessidades da população, tornando-se resolutivos e consonantes com os princípios do SUS:

**e6** “-É igual eu falei pra você: é um atendimento de má qualidade! Não é por culpa de vocês. Mas é pelo Governo, pela moda que tá sendo atendido. Isso aí tá estampado, gente! Todo mundo, mesmo quem num tratou, mesmo quem nunca foi ao consultório, mas tá vendo a realidade nos canal de televisão. Num tá vendo a realidade a saúde que tá aí. É uma coisa que não foge à regra. Não foge mesmo”.

Na realidade pesquisada, presencia-se este descontentamento com experiências do dia-a-dia, confundindo-se com relatos da mídia, demonstrando revolta e indignação:

**e6** “-... a saúde tá um descauso,... esses dias eu ví na televisão. Eu num ouvi falar, não! Eu ví com os próprios olhos, falando de um menino que precisava de obturar um dente, por que precisava de colocar um..., precisava de reajustar o aparelho que tava na boca. Conclusão: nem uma daquelas cadeira estava funcionando! Tava tudo estragada. ... num sei como que foi na filmagem que eles foi mostrar aquilo, né, então é assim, igual a agente tá colocando, aí, né, muita coisa precisa melhorar”.

## CONCLUSÕES

Conclui-se que os idosos do grupo pesquisado possuem uma satisfação variável sobre a referida estratégia, dependendo dos aspectos analisados. Destacam-se como aspectos satisfatórios as experiências passadas relativas ao relacionamento interpessoal profissional-usuário, à qualidade do atendimento clínico, bem como à variedade de ações extra-clínicas em grupos comunitários, percebendo um maior envolvimento multiprofissional com a comunidade.

Sentimentos desagradáveis revelam o caráter de insatisfação dos idosos quanto ao acesso, longitudinalidade e continuidade da atenção e, conseqüentemente, a resolutividade. Quanto às dificuldades existentes no acesso à atenção odontológica surgiram: marcação de consultas, disponibilidade de vagas, tempo de espera, barreiras no atendimento às emergências, entre outros. Os participantes da pesquisa demonstraram, ainda, sua insatisfação quanto a questões relativas à estrutura, organização e coordenação dos serviços, assim como a fatores estruturais importantes que inviabilizam a regularidade no atendimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tem se percebido no contexto da implantação da ESF, assim como no processo de inclusão das equipes de saúde bucal, uma dificuldade em se manter os preceitos constitucionais do direito à saúde, provocando um sentimento geral de insegurança entre os usuários quanto ao SUS. Os problemas estruturais e organizacionais interferem em todo o processo de implementação da ESF, percebendo-se um usuário que desconhece a proposta da estratégia, por falta de concretização desta. O serviço demonstra dificuldades na regulação e ordenamento da oferta, inviabilizando o acesso e a melhor utilização dos serviços.

Quanto ao usuário idoso, é importante que se respeite e considere suas características, problemas, necessidades, anseios e sentimentos. Sua satisfação é um importante marcador de qualidade do serviço. É preciso ampliar o acesso desta população à atenção em saúde, indo além da assistência curativa, assimilando-se a integralidade nas práticas sanitárias.

A realização de pesquisas qualitativas que avaliem a satisfação do usuário abrangendo um maior número de equipes, certamente, enriquecerá o processo avaliativo.

## REFERÊNCIAS

1. ANDERSON MIP, ASSIS M de, PACHECO LC, SILVA EA da, MENEZES IS, DUARTE T. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Rev Textos Envelhecimento* 1998; 1(1).
2. BASTOS JR de M, PERES SH de CS, RAMIRES I. Educação para a saúde. In: PEREIRA C. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. p. 117-39.
3. BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Política Nacional do Idoso: Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Presidência da República; 1994.
4. BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Política de Saúde do Idoso: Portaria nº. 1.395. Brasília: Presidência da República; 1999.
5. BRASIL. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto do Idoso: Lei nº10. 741/2003. Brasília: Presidência da República; 2004a.
6. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.
8. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.
9. CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997, 31(2): 184-200.
10. COSTA JFR, CHAGAS L de D, SILVESTRE RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 11. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
11. ESPERIDIÃO MA, TRAD LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública* 2006, 22(6): 1267-76.
12. GARCIA MAA, YAGI GH, SOUZA CAIO S de, ODONI AP de C, FRIGÉRIO RM, MERLIN SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2006, 14(2): 175-82.
13. GOUVEIA GC, SOUZA WV de, LUNACF, SOUZA-JÚNIOR PRB de, SZWARCOWALD CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005, 21(1).
14. KLOETZEL K, BERTONIAM, IRAZOQUI MC, CAMPOS VPG, SANTOS RN dos. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública* 1998, 14(3): 263-8.
15. MATOS DL, GIATTI L, LIMA-COSTA MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2004, 20(5): 1290-7.
16. MINAYO MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.
17. MOREIRA R da S, NICO LS, TOMITANE, RUIZ T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005, 21(6): 1665-75.
18. PASCHOAL SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO M. *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu; 1996. p. 26-43.
19. PELLEGRINE VMC, JUNQUEIRA V. Trajetórias das políticas de saúde. A saúde coletiva e o atendimento ao idoso. In: PAPALÉO NETTO M. *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu; 1996. p. 373-82.
20. PUSTAI OJ. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN BB, SCHIMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, PEREIRA AH, MACHADO ARL, VAZ AJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2004. p. 69-75.
21. SECLEN-PALACIN JA. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: FERNANDES AS; SECLEN-PALACIN JA. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Série Técnica. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. p. 15-29.
22. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª. Edição. (Tradução: Fidelity Translations.) Brasília, UNESCO Brasil: Ministério da Saúde, 2004.
23. TAKEDA S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN BB, SCHIMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, PEREIRA AH, MACHADO ARL, VAZ AJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2004. p. 76-87.
24. TRAD LAB, BASTOS AC de S, SANTANA E DE M, NUNES MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev C S Col* 2002, 7(3): 581-9.

## CORRESPONDÊNCIA

Newillames Gonçalves Nery  
 Rua Santarém, Qd. 235 Lt. 08, Ed. Valência, apt. 701, Pq. Amazônia,  
 74.835-170 Goiânia – Goiás – Brasil

E-mail  
 shidimat@pop.com.br