

Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013

Perception of the Brazilian population on medical health care. Brazil, 2013

Célia Landman Szwarcwald¹
Giseli Nogueira Damacena¹
Paulo Roberto Borges de Souza Júnior¹
Wanessa da Silva Almeida¹
Deborah Carvalho Malta²

Abstract *The objective was to analyze the perception of the Brazilian population on the medical health care, using data from the National Health Survey, 2013. Among those who have consulted with doctor in the 12 months prior to the survey, we analyzed 12 aspects related to health services and medical consultation, according to type of care (public/ private). By multivariate logistic regression, factors associated with dissatisfaction with the care received were investigated. For the dimensionality reduction of the assessed aspects, we used principal component analysis. The survey revealed that 74.2% of the adult Brazilian population consulted a doctor. Among the differences by type of care, stood out the way of getting an appointment, the type of doctor, the waiting time for service, and the reason for consultation. Median scores were concentrated in 80 (good), except for the waiting time between SUS users. Proportions of very good evaluation were, however, higher among users of the private sector. Despite the positive evaluation in both sectors, public and private, the configuration of the Federative Units in the plane formed by the two principal component axes followed a pattern of striking regional differences.*

Key words *Medical health care, Use of health services, Patient satisfaction, Public sector, Private sector*

Resumo *O objetivo foi analisar a percepção dos usuários sobre a consulta médica, utilizando as informações da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Entre os que se consultaram com médico nos últimos 12 meses, foram analisados 12 aspectos relacionados aos serviços de saúde e à consulta médica, segundo o local de atendimento (público/ privado). Por meio de regressão logística multivariada, foram estabelecidos os fatores associados à insatisfação com o atendimento recebido. Para a redução de dimensionalidade dos aspectos avaliados, utilizou-se análise de componentes principais. A PNS revelou que 74,2% se consultou com médico. Entre as diferenças por local de atendimento, destacaram-se a forma de obtenção da consulta, o tipo de médico, o tempo de espera, e o motivo da consulta. Os escores medianos se concentraram em 80 (bom), com exceção do tempo de espera entre os usuários do SUS. Proporções de avaliação muito boa foram, porém, maiores entre os usuários do setor privado. O atendimento por médicos generalistas foi significativamente associado à insatisfação. Apesar da avaliação positiva em ambos os setores, público e privado, a configuração das Unidades da Federação no plano formado pelos dois eixos principais seguiu um padrão de marcantes desigualdades regionais.*

Palavras-chave *Assistência médica, Uso de serviços de saúde, Satisfação do paciente, Setor público, Setor privado*

¹ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365/Biblioteca/225, Manguinhos. 21040-360 Rio de Janeiro RJ Brasil. celia.szwarcwald@icict.fiocruz.br

² Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

Introdução

Nos últimos 30 anos, o Brasil passou por várias mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico e acesso à infraestrutura urbana. Além da melhora das condições socioeconômicas, em termos de assistência à saúde, o país evoluiu de um sistema múltiplo para um unificado, com profundas modificações nas políticas de saúde¹. Durante esses anos, um conjunto de programas foi formulado pelo Ministério da Saúde (MS) com foco na expansão da cobertura da atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família².

Atualmente, a organização do sistema nacional de saúde é fundamentada em dispor do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por prover assistência gratuita e universal a qualquer brasileiro que necessite, coexistindo com a saúde suplementar, definida por todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. A grande maioria da população brasileira depende do sistema público, sobretudo os residentes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste³. Em muitas áreas do Brasil, as unidades básicas de saúde são os únicos serviços a prover assistência às comunidades locais de baixo nível socioeconômico⁴.

A grande expansão do acesso aos serviços em saúde trouxe, por sua vez, a necessidade de avaliação da atenção prestada à população usuária. O provimento de assistência de saúde com qualidade passou a ser o foco da segunda fase de transformações da assistência em saúde na sociedade brasileira⁵. A partir do desenvolvimento de infraestrutura, qualificar o que ocorre na estrutura construída tornou-se fundamental^{6,7}.

No âmbito do Ministério da Saúde, o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS enfatiza, particularmente, duas dimensões estratégicas: a qualidade e o acesso. Além de se propor a avaliar o acesso a diferentes níveis de atenção, visa subsidiar os gestores dos três níveis municipal, estadual e federal a imprimirem mais qualidade à assistência prestada⁸.

A avaliação do desempenho do sistema de saúde tem sido considerada como um dos pilares para subsidiar estratégias de melhoras na qualidade de assistência prestada, principalmente no que se refere às relações entre o provedor de assistência e a comunidade usuária⁹. Além da expansão do acesso, a perspectiva da satisfação do usuário com os serviços prestados se coloca, assim, como uma dimensão adicional na avaliação do desempenho do sistema de saúde, e tem ganhado

importância crescente para subsidiar as políticas públicas¹⁰.

Pesquisas direcionadas à avaliação do desempenho de saúde sob a perspectiva da população usuária têm tido importância crescente, principalmente nos países desenvolvidos¹¹. A percepção do usuário tem sido cada vez mais valorizada, constituindo etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantir a qualidade da atenção à saúde e subsidiar decisões que atendam às necessidades da população¹².

No Brasil, estudos em âmbito nacional de base populacional que avaliam a satisfação dos usuários em relação à qualidade do cuidado ofertado ainda são escassos¹³. No ano de 2003, foi realizada, no Brasil, a Pesquisa Mundial de Saúde, inquérito proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para suprir informações e obter dados fidedignos para a construção de indicadores de desempenho dos sistemas de saúde¹⁴. Uma das dimensões avaliadas foi a satisfação do usuário com a qualidade do cuidado ofertado, incluindo a facilidade do acesso, o tempo de espera para o atendimento, a avaliação das instalações e dos equipamentos disponíveis, o acolhimento e as habilidades do médico¹⁵.

Reconhecendo a importância em se obter o nível de satisfação dos usuários com a assistência prestada, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no Brasil em 2013, aperfeiçoou o instrumental proposto pela OMS e introduziu um módulo no questionário com perguntas de avaliação da consulta com médico. O presente estudo tem o objetivo de analisar a percepção da população usuária sobre a assistência prestada, utilizando informações coletadas na pesquisa.

Metodologia

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos de 2013 e 2014. O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em junho de 2013.

A amostra da PNS é uma subamostra da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE¹⁶. Foi selecionada por amostragem por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA). No primeiro estágio, em cada estrato, a seleção das UPA foi realizada

por amostragem aleatória simples. No segundo estágio, em cada UPA, foi selecionado, aleatoriamente, um número fixo de domicílios. No terceiro estágio, em cada domicílio, foi selecionado aleatoriamente um morador com 18 anos ou mais.

Ao final do trabalho de campo, foram visitados 81.254 domicílios. Dentre estes, 69.994 estavam ocupados, tendo sido realizadas 64.348 entrevistas domiciliares e 60.202 individuais, com o morador selecionado no domicílio.

No presente estudo, foram analisadas informações do questionário individual. A análise da utilização de consultas médicas nos últimos doze meses anteriores à pesquisa foi baseada na seguinte questão: “Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou um médico?”. Considerando os indivíduos que responderam afirmativamente, foi analisado o local do atendimento: unidade básica de saúde; centro de especialidades, policlínica pública, posto de assistência médica (PAM); unidade pública de pronto atendimento; ambulatório de hospital público; no domicílio com equipe de saúde da família; consultório particular ou de empresa ou sindicato; serviço de pronto atendimento de hospital privado; no domicílio com médico particular; outro. Pesquisou-se, igualmente, se os indivíduos tinham conseguido a consulta médica na primeira vez que procuraram atendimento.

Entre os indivíduos que consultaram médico nos últimos 12 meses em estabelecimentos de saúde, foram analisados: os motivos de procura do médico (doença, acidente ou outro problema de saúde; exame médico periódico; atendimento pré-natal; outro); a forma de obtenção da consulta (foi direto ao serviço sem marcar; agendou previamente; foi encaminhado por profissional de saúde; atendimento de emergência; outro); o tempo de espera; o tempo de consulta; e o tipo de médico (clínico geral/ generalista/médico da família; ginecologista ou médico especialista; outro) segundo o local do atendimento, categorizado em público ou privado.

Para avaliar a assistência prestada do ponto de vista do usuário, foram analisadas as seguintes questões: “De um modo geral, como o(a) Sr(a) avalia o atendimento recebido quanto aos seguintes aspectos?”: disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica; espaço disponível para a consulta médica; tempo gasto com deslocamento; tempo de espera até ser atendido; forma como os atendentes o/a receberam; e limpeza das instalações. Em relação ao médico, foram avaliados os seguintes aspectos: habilidades do médico para tratá-lo(a); respeito

do médico na maneira de atendê-lo(a); clareza nas explicações do médico; disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento; possibilidade de falar em privacidade com o médico; e liberdade em escolher o médico. As respostas variaram de 1 (muito ruim) a 5 (muito bom), que foram transformadas em escores variando de 20 (muito ruim) a 100 (muito bom). Para cada item, foram calculados escores médios e comparados quanto ao local de atendimento (público ou privado).

Para pesquisar as diferenças na avaliação da assistência prestada por Unidade da Federação (UF) e capitais, foi realizada uma análise de componentes principais com todos os itens avaliados. A análise produziu dois eixos principais, o de “Avaliação do serviço de saúde” e o de “Avaliação da assistência prestada pelo médico”. Para visualização da avaliação por UF e capitais, após rotação dos eixos pelo método Varimax, as coordenadas das UF foram dispostas em gráfico.

Para estabelecer os determinantes da percepção ruim da assistência prestada pelo médico segundo o local de atendimento (público ou privado), foram utilizados modelos de regressão logística multivariada considerando as variáveis demográficas sexo e idade, e características da atenção, tais como o tipo de médico, a forma de obtenção da consulta, o motivo da consulta, tempo de consulta, tempo de espera, atendimento na cidade de residência ou não. O desfecho foi estabelecido pelo escore do eixo principal “Avaliação da assistência prestada pelo médico” ser menor ou igual ao quintil inferior.

Resultados

Os resultados da PNS, 2013 mostram que 74,2% dos indivíduos com 18 anos ou mais consultaram médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Entre os que se consultaram com médico, 97,6% conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram. O principal local de atendimento foi consultório particular, representando 36,9% do total e 85,8% dos atendimentos prestados em estabelecimentos privados. Os atendimentos em Unidades Básicas de Saúde constituíram 33,5% do total e 59,6% dos realizados em estabelecimentos públicos de saúde, enquanto os ambulatórios de hospitais públicos representaram, respectivamente, 9,4% e 16,7%. Entre as consultas do SUS, 5,6% foram obtidas no domicílio por médico de equipes de saúde da família (Tabela 1).

Tabela 1. Proporção de indivíduos que usaram médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa segundo o local do atendimento. PNS, 2013.

Local do atendimento	n	%	IC 95%
Público			
Unidade básica de saúde	14.956	59,6	(58,3-60,9)
Centro de especialidades, Policlínica pública, PAM ou CAPS	1.335	5,3	(4,7-6,0)
Unidade de Pronto Atendimento Pública	3.223	12,8	(12,0-13,8)
Ambulatório de Hospital Público	4.188	16,7	(15,8-17,6)
No domicílio, com médico da ESF	1.395	5,6	(5,1-6,1)
Total	25.097	56,2	(55,1-57,3)
Privado			
Consultório Particular ou clínica privada	16.495	85,8	(84,8-86,8)
Emergência de hospital privado	1.084	5,6	(5,0-6,3)
No domicílio, com médico particular	1.639	8,5	(7,7-9,4)
Total	19.218	43,0	(41,9-44,1)
Ignorado se público ou privado	357	0,8	(0,7-0,9)
Total	44.672	100,0	-

Entre os que consultaram médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa e o atendimento não foi no domicílio, 57,4% consultou médico em algum estabelecimento público, e 42,6% em estabelecimento de saúde privado. Os resultados dispostos na Tabela 2 mostram diferenças importantes nas características dos usuários que são encontradas segundo o local de atendimento, se público ou privado. Entre os que tiveram atendimento em estabelecimentos do SUS, quase a metade (47,4%) dos usuários se dirigiu direto ao local, sem marcar consulta, enquanto no setor privado, apenas 17,7% não fez agendamento prévio. Entre os que fizeram agendamento para a consulta médica em estabelecimentos privados, 82,1% o fizeram por telefone e 7,0% por meio de visita à unidade de saúde. Opostamente, para as consultas realizadas no setor público, a proporção de agendamento por telefone foi de 11,7% e a marcação de consulta por meio de visita ao estabelecimento ocorreu em 61,7% dos atendimentos.

Os resultados apresentados na Tabela 2 apontam, ainda, para diferentes distribuições do tempo de espera para a consulta com médico segundo o local do atendimento. Entre os estabelecimentos públicos, o tempo de espera mediano foi de 60 minutos, e mais de um quarto esperou duas horas ou mais para obter o atendimento. Já entre os estabelecimentos de saúde privados, a mediana foi de 30 minutos. Por outro lado, o tempo de consulta foi maior no setor privado que no público: 17,0% e 35,4%, respectivamente, relataram tempo de consulta menor do que 15 minutos.

No que se refere ao motivo de procura, nos atendimentos realizados em estabelecimentos públicos, o principal foi doença, acidente ou outro problema de saúde (53,1%), seguido de realização de exames periódicos (35,7%). No caso de estabelecimentos privados, esta relação se inverte, com percentuais de 37,2 e 49,6%, respectivamente. Em relação ao tipo de médico consultado, o clínico geral/generalista ou médico da família foi o mais frequente entre os atendimentos do SUS (75,6%), enquanto entre os atendimentos do setor privado, o médico especialista ou ginecologista mostrou o maior percentual, de 64,7% (Tabela 2).

Na Tabela 3, estão dispostos indicadores de avaliação dos serviços de saúde e da assistência prestada pelo médico segundo o tipo de estabelecimento (público ou privado). No que se refere aos serviços de saúde, os percentuais de avaliação ruim/muito ruim são, em geral, pequenos, tanto para serviços do SUS como para os privados, com exceção do tempo de espera e do tempo de deslocamento. Para os estabelecimentos públicos, os percentuais de avaliação ruim/muito ruim para o tempo de espera e para o tempo de deslocamento foram, respectivamente, de 28% e 11,6%, e para os privados de 11,9% e 9%.

De forma geral, os escores médios foram maiores para os estabelecimentos privados, resultantes dos grandes percentuais de avaliação muito boa, que ultrapassaram 25% para 4 itens. Já no setor público, o maior percentual de avaliação muito boa correspondeu ao item “aco-

Tabela 2. Distribuição (%) dos indivíduos que tiveram consulta médica fora do domicílio nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa por forma de obtenção da consulta, tempo de espera, tempo de consulta, tipo de médico, cidade de atendimento, segundo o local do atendimento (público ou privado). PNS, 2013.

Variável	Local do atendimento					
	Público			Privado		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Como conseguiu a consulta médica						
Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar	11.232	47,4	(46,0-48,8)	3.106	17,7	(16,7-18,7)
Agendou previamente	10.460	44,1	(42,8-45,5)	13.404	76,3	(75,1-77,4)
Encaminhado por profissional de saúde	1.376	5,8	(5,2-6,5)	766	4,4	(3,8-5,0)
Emergência	541	2,3	(2,0-2,6)	236	1,3	(1,1-1,7)
Outro	93	0,4	(0,3-0,6)	67	0,4	(0,3-0,6)
Tempo de espera (minutos)						
< 30	5.380	22,7	(21,7-23,7)	8.487	48,3	(46,8-49,8)
30-59	6.026	25,4	(24,4-26,5)	4.888	27,8	(26,6-29,0)
60-89	3.823	16,1	(15,3-17,0)	1.908	10,9	(10,1-11,7)
90-119	1.611	6,8	(6,2-7,4)	561	3,2	(2,8-3,7)
120+	6.862	28,9	(27,9-30,1)	1.735	9,9	(9,1-10,7)
Tempo de consulta (minutos)						
< 15	8.388	35,4	(34,2-36,6)	2.980	17,0	(15,9-18,0)
15-29	9.071	38,3	(37,2-39,4)	6.615	37,6	(36,3-39,0)
30-44	4.413	18,6	(17,7-19,5)	5.888	33,5	(32,1-34,9)
45-59	384	1,6	(1,3-2,1)	503	2,9	(2,5-3,3)
60+	1.446	6,1	(5,3-7,0)	1.593	9,1	(8,2-10,1)
Tipo de médico						
Médico da família ou generalista/clínico geral	19.227	76,6	(75,6-77,6)	7.169	37,3	(36,0-38,6)
Ginecologista/Médico especialista	5.346	21,3	(20,4-22,3)	11.577	60,2	(58,9-61,6)
Outro	524	2,1	(1,8-2,4)	473	2,5	(2,1-2,8)
Motivo de procura de médico						
Problema de saúde	12.584	53,1	(51,7-54,4)	6.543	37,2	(35,9-38,6)
Exames periódicos	8.459	35,7	(34,4-37,0)	8.714	49,6	(48,1-51,0)
Pré-natal	532	2,2	(2,0-2,6)	209	1,2	(1,0-1,5)
Outro	2.127	9,0	(8,3-9,8)	2.113	12,0	(11,1-13,0)
Cidade do atendimento						
Residência	21.740	91,7	(91,1-92,3)	14.173	80,6	(79,3-81,9)
Outra cidade	1.962	8,3	(7,7-8,9)	3.406	19,4	(18,1-20,7)

lhimento pelos atendentes”, de 10,4%. Todos os escores medianos se concentraram em 80 (avaliação boa), exceto o escore mediano atribuído ao tempo de espera, de 60, entre usuários dos serviços do SUS (Tabela 3).

Quanto à avaliação da assistência prestada pelo médico, os escores médios foram maiores do que os obtidos para os serviços de saúde, sobretudo entre usuários de estabelecimentos públicos. Os itens “respeito na maneira de atender o paciente” e “habilidades do médico” receberam os melhores escores médios e tiveram os percentuais mais elevados de avaliação muito boa, em ambos os tipos de estabelecimentos. No setor público, o item pior avaliado foi “liberdade de

escolha do médico”, com escore médio de 61,6 e mediano de 60.

A análise de componentes principais resultou em dois eixos, que foram denominados de “Avaliação dos serviços de saúde” e “Avaliação da assistência prestada pelo médico”. As Unidades da Federação (UF), subdivididas em capital e interior (resto da UF), foram dispostas no gráfico formado pelos dois eixos principais, de acordo com os escores médios atribuídos aos 12 itens pelos residentes de cada UF (Figura 1). Para a interpretação do gráfico, numerando os quadrantes no sentido horário, o que representa a melhor avaliação de ambas as dimensões é o primeiro, enquanto o terceiro representa a pior, com ava-

Tabela 3. Indicadores de avaliação dos serviços de saúde e da assistência prestada pelo médico segundo o local do atendimento (público ou privado). PNS, 2013.

Item	Local do atendimento	Distribuição (%)					Escore médio	Escore mediano
		Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom		
Avaliação dos serviços de saúde								
Disponibilidade de equipamentos	Público	2,5	6,9	23,7	59,8	7,1	72,4	80,0
	Privado	0,2	1,1	6,7	65,8	26,3	83,3	80,0
Espaço disponível	Público	1,5	5,0	21,0	65,4	7,0	74,2	80,0
	Privado	0,3	1,3	6,4	66,9	25,1	83,1	80,0
Tempo de deslocamento	Público	2,4	9,2	21,8	60,3	6,3	71,8	80,0
	Privado	1,7	7,3	16,5	59,8	14,8	75,7	80,0
Tempo de espera	Público	9,6	18,4	24,6	42,0	5,4	63,0	60,0
	Privado	3,3	8,6	18,6	54,2	15,2	73,9	80,0
Acolhimento pelos atendentes	Público	2,5	4,9	18,3	63,9	10,4	74,9	80,0
	Privado	0,6	1,6	6,5	64,6	26,7	83,0	80,0
Limpeza das instalações	Público	2,4	4,6	18,8	64,3	9,9	74,9	80,0
	Privado	0,3	0,7	5,1	64,0	29,9	84,5	80,0
Avaliação da assistência prestada pelo médico								
Habilidades do médico	Público	1,2	3,6	15,0	66,7	13,5	77,5	80,0
	Privado	0,4	1,2	5,1	57,7	35,7	85,4	80,0
Respeito na maneira de atender o paciente	Público	1,1	2,4	11,1	67,7	17,6	79,7	80,0
	Privado	0,2	0,8	4,0	55,7	39,3	86,6	80,0
Clareza nas explicações do médico	Público	1,7	4,4	16,2	63,3	14,5	76,9	80,0
	Privado	0,5	1,4	6,6	55,5	36,0	85,0	80,0
Disponibilidade de tempo para perguntas	Público	2,6	7,4	18,3	60,3	11,4	74,1	80,0
	Privado	0,8	2,2	8,2	57,6	31,3	83,3	80,0
Possibilidade de falar em privacidade com o médico	Público	2,0	5,5	15,6	65,8	11,2	75,8	80,0
	Privado	0,4	1,6	5,5	61,0	31,5	84,3	80,0
Liberdade de escolha do médico	Público	9,8	21,5	25,0	38,4	5,3	61,6	60,0
	Privado	1,8	5,5	11,5	53,7	27,5	80,0	80,0

liações negativas das duas dimensões. O segundo quadrante representa uma avaliação positiva dos serviços de saúde e negativa para a assistência prestada pelo médico, e vice-versa para o quarto quadrante.

Na Figura 1, pode-se observar, assim, que as melhores avaliações foram feitas pelos residentes dos estados do Rio Grande do Sul e Minas Gerais, capital e interior, e do Distrito Federal, destacando-se Porto Alegre com a melhor avaliação do Brasil. Outras capitais que aparecem no primeiro quadrante foram Belo Horizonte, Florianópolis, Curitiba, Goiânia e Aracaju. Em contraposição, no terceiro quadrante, estão os estados com avaliações negativas das duas dimensões. É importante observar a concentração dos estados da Região Norte (Rondônia, Acre, Roraima, Amapá), interior do Tocantins, do Pará e do Piauí bem abaixo e à esquerda do ponto de origem, representando o conglomerado com a pior avaliação

nas duas dimensões. Ainda neste quadrante, um pouco acima e à direita, há um conglomerado formado por Amazonas e Maranhão, e pelo interior dos estados do Nordeste (Ceará, Sergipe, Pernambuco, Maranhão, Alagoas e Paraíba), correspondendo à segunda pior avaliação.

No segundo quadrante, estão dispostos os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, próximos ao ponto de origem, bem como o interior de Goiás e Teresina, significando avaliações médias das duas dimensões pouco melhor para os serviços de saúde. Já no quarto quadrante, próximos também ao ponto de origem, estão as capitais Belém, Fortaleza, João Pessoa, Recife, Salvador e o interior de Santa Catarina, significando, igualmente, avaliações médias das duas dimensões, mas pouco melhor para a assistência prestada pelo médico. Ainda no quarto quadrante, se destaca Maceió, com a pior avaliação dos serviços de saúde. Próximos à origem, mas com coordena-

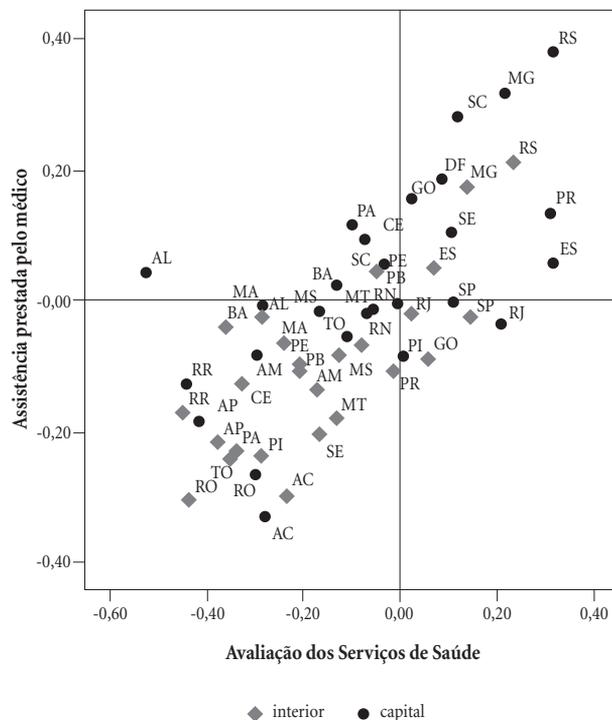


Figura 1. Distribuição das Unidades da Federação segundo capital/interior nos dois eixos principais “Avaliação da assistência prestada pelo médico” e “Avaliação dos serviços de saúde” resultantes da análise de componentes principais. PNS, 2013.

das negativas nos dois eixos, estão Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, a capital Palmas, e o interior dos estados de Paraná, Sergipe, Paraíba e Pernambuco (Figura 1).

Por meio dos resultados do modelo de regressão logística multivariado tendo como desfecho a percepção ruim da assistência prestada pelo médico, percebem-se as características dos usuários que influenciam a insatisfação com o serviço ofertado (Tabela 4). Tanto entre os usuários dos estabelecimentos públicos como dos privados, os mais jovens avaliam pior o atendimento. Após o ajuste pelas demais variáveis do modelo, para ambos os tipos de estabelecimento, houve uma associação direta da percepção ruim do usuário com o tempo de espera, e as seguintes variáveis tiveram efeitos significativos: não conseguiu atendimento pela primeira vez; o médico não era especialista; o atendimento foi realizado na cidade de residência. Entre os atendimentos realizados em estabelecimentos do SUS, o fato de o usuário ter ido direto ao serviço sem agendamento da consulta e as unidades públicas de

pronto atendimento tiveram efeito significativo, refletindo pior percepção do usuário em relação aos demais locais de atendimento.

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram aumento da proporção de indivíduos que consultaram médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, quando comparados aos dados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio, de 2008¹⁷. O aumento na cobertura da utilização de consulta médica é, sem dúvida, uma expressão positiva da expansão do acesso aos serviços de saúde no Brasil, que pode ter grande impacto sobre a saúde da nossa população, seja pela prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, resultando no aumento da sobrevida¹⁸.

Contudo, a interpretação do crescimento na utilização de médico não é imediata, uma vez que ela depende de vários fatores, como a necessida-

Tabela 4. Fatores determinantes da avaliação ruim da assistência prestada pelo médico. PNS, 2013.

Variáveis	Local do atendimento					
	Público			Privado		
	Razão de chances (OR) [*]	Intervalo de confiança (95%)	p-valor	Razão de chances (OR) [*]	Intervalo de confiança (95%)	p-valor
Idade	0,991	(0,987-0,994)	0,000	0,985	(0,982-0,989)	0,000
Sexo						
Masculino	1,082	(0,963-1,215)	0,183	1,048	(0,949-1,158)	0,556
Feminino	1,000	-	-	1,000	-	-
Conseguiu atendimento na primeira vez que procurou						
Sim	0,590	(0,457-0,462)	0,000	0,436	(0,299-0,637)	0,006
Não	1,000	-	-	1,000	-	-
Cidade do atendimento						
Residência	1,281	(1,067-1,539)	0,008	1,355	(1,185-1,550)	0,007
Outra cidade	1,000	-	-	1,000	-	-
Tipo de médico						
Médico da família ou generalista/clínico geral	1,580	(1,392-1,793)	0,000	1,949	(1,755-2,163)	0,000
Ginecologista/Médico especialista	1,000	-	-	1,000	-	-
Motivo de procura						
Doença, acidente, ou outro problema de saúde	1,060	(0,947-1,185)	0,310	1,001	(0,902-1,110)	0,995
Exame periódico ou outro motivo	1,000	-	-	1,000	-	-
Forma de obtenção do atendimento						
Foi direto ao serviço de saúde sem marcar	1,159	(1,021-1,315)	0,022	1,234	(1,089-1,398)	0,061
Outra forma (agendou previamente ou encaminhado)	1,000	-	-	1,000	-	-
Atendimento em Unidade Básica de Saúde						
Sim	0,868	(0,777-0,970)	0,012	-	-	-
Não	1,000	-	-	-	-	-
Atendimento em Consultório Particular/clínica privada						
Sim	-	-	-	0,814	(0,677-0,978)	0,201
Não	-	-	-	1,000	-	-
Tempo de consulta	0,999	(0,998-1,000)	0,046	0,998	(0,997-1,000)	0,425
Tempo de espera	1,002	(1,001-1,002)	0,000	1,002	(1,002-1,003)	0,000

^{*}OR estimada por regressão logística multivariada.

de, as características sociodemográficas, a oferta de serviços, a disponibilidade de médicos, o financiamento da assistência de saúde, e a percepção dos usuários em relação à assistência prestada^{6,19,20}. Estudos em países com distintos modelos de sistemas de saúde mostram que sua utilização pode variar consideravelmente segundo algumas características dos indivíduos e dos sistemas²¹.

Os resultados do presente estudo mostraram uma alta proporção de pessoas atendidas por médico na primeira vez que procuraram (97,6%), sugerindo que as barreiras de acesso não resultam na falta de atendimento, mas interferem na avaliação do usuário sobre a assistência prestada. Entre os atendimentos realizados em estabelecimentos do SUS, o principal motivo de insa-

tisfação foi o tempo de espera. Paradoxalmente, quase a metade dos usuários se dirigiu direto ao local, sem marcar a consulta previamente e, quando houve agendamento prévio, a marcação de consulta foi feita por meio de visita ao estabelecimento em mais de 60% dos atendimentos. O tempo de espera é um elemento crítico do acesso à assistência e é reconhecido como o maior problema na prestação de cuidados de saúde ambulatorial, uma vez que tem impacto na produtividade e na qualidade dos serviços prestados²².

A insatisfação com o tempo de espera para o atendimento ambulatorial com médico tem sido apontada em diversos estudos brasileiros^{13,15}. Além de se sentir desrespeitado por ter que esperar um longo tempo pela consulta médica, o

indivíduo perde um tempo que poderia ser dedicado à realização de outras atividades importantes. Apesar do tempo médio de espera ter encurtado entre os atendimentos do SUS²³, sua redução permanece como uma meta importante para promover uma percepção positiva em relação ao atendimento médico.

Verificou-se, no presente trabalho, que entre os que consultaram médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa e o atendimento não foi no domicílio, cerca de 43% o fez em estabelecimento de saúde privado. Uma vez que a cobertura de plano de saúde privado é menor do que 30%³, esses resultados apontam para um maior uso entre os indivíduos que têm um. As diferenças são atribuídas, particularmente, ao motivo de utilização, com proporções bem maiores de uso para realização de exames periódicos no setor privado. Esses dados corroboram achados anteriores, que mostram que grupos populacionais de menor nível socioeconômico tendem a usar mais os serviços por motivo de doença²⁴. Indicam, por outro lado, a necessidade de informar aos usuários do SUS os benefícios da realização de exames periódicos para a preservação da saúde e detecção precoce dos agravos^{25,26}.

A principal porta de entrada nos serviços de saúde do SUS foi a rede básica, com cerca de 60% dos atendimentos em estabelecimentos públicos realizados nas unidades básicas de saúde, embora, aproximadamente, 17% tenham ocorrido em ambulatórios de hospitais públicos, e 13%, em unidades de pronto atendimento. Se, por um lado, a obtenção de atendimento na primeira procura foi um fator determinante para a satisfação do usuário, por outro, a pior percepção sobre a consulta médica ocorreu entre os usuários das unidades de pronto atendimento, mostrando que a expansão do acesso é relevante para a obtenção da assistência, mas pode não satisfazer o usuário, quando não responde, inteiramente, às suas necessidades²⁷.

Outros fatores associados à insatisfação com a assistência prestada pelo médico, tanto no setor público quanto no privado, foi o tipo de médico. O atendimento por médicos não especialistas foi determinante e estatisticamente significativo de uma avaliação ruim. Já o deslocamento para outra cidade não se mostrou um problema, e foi inversamente relacionado à percepção insatisfatória sobre o atendimento. Esses achados podem ser, provavelmente, explicados pela forma de organização da rede pública de atenção à saúde. Uma vez que os médicos do primeiro atendimento são, usualmente, generalistas, há uma tendên-

cia de encaminhamentos para consultas com especialistas e de maior resolutividade, resultando na melhor avaliação pelo usuário²⁸. Conforme apontado, anteriormente, por outros autores, o usuário tende a avaliar bem o serviço se tiver resolvido o seu problema de saúde ou melhorado²⁹.

No presente estudo, de maneira geral, evidenciou-se uma avaliação positiva em ambos os tipos de estabelecimentos, público ou privado, revelando a capacidade da assistência em responder às demandas dos usuários. Entretanto, desigualdades marcantes foram encontradas por região de residência. A análise de redução de dimensionalidade dos escores atribuídos aos 12 itens de avaliação resultou em dois eixos principais (avaliação dos serviços de saúde e avaliação da assistência prestada pelo médico), com configuração das Unidades da Federação das regiões Sul e Norte em extremos opostos, seguindo um padrão de iniquidades regionais, já amplamente reconhecido^{30,31}.

Na disposição gráfica bidimensional foram observados conglomerados, que correspondem, basicamente, à composição das UF por Grande Região. No quadrante positivo em relação às duas dimensões estão localizados estados da Região Sul, enquanto no oposto, estão as UF da Região Norte. Em situação pouco melhor, mas no mesmo quadrante, encontram-se as UF do Nordeste. As UF das regiões Sudeste e Centro-Oeste ficaram dispostas perto ao ponto de origem do gráfico, com avaliação média sob a perspectiva dos usuários. Exceções ocorreram para Minas Gerais e Distrito Federal, que tiveram avaliações acima da média para as duas dimensões.

Estudos periódicos para a avaliação do desempenho do sistema de saúde têm sido considerados fundamentais, pois permitem verificar se novas ações, estratégias ou intervenções estão alcançando os objetivos previstos e atendendo às reais necessidades da população²³. Entre as limitações deste estudo, está o fato da pesquisa ter sido realizada em 2013, e, portanto, a avaliação da assistência médica não incorporou o Programa Mais Médicos, que prevê investimentos em infraestrutura de estabelecimentos de saúde, e tem a meta de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais, e que terá, provavelmente, impacto nas áreas mais carentes em curto prazo²⁰.

Em suma, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde trouxeram para o plano nacional algumas questões concernentes à assistência médica, como o acesso e a utilização dos serviços, as características dos usuários e a percepção sobre o atendi-

mento recebido. O inquérito proporcionou informações relevantes para o aprimoramento da avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde e permitiu avaliar os fatores relacionados à insatisfação com a assistência prestada, que podem direcionar o planejamento de melhorias nas condições do atendimento ao usuário. Adicionalmente, as acentuadas desigualdades regionais na percepção dos indivíduos sobre a consulta com médico devem subsidiar a reorientação da organização dos serviços no Brasil, voltadas à superação da exclusão social.

Colaboradores

CL Szwarcwald, GN Damacena, PRB Souza Júnior, WS Almeida e DC Malta participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PdeF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(12):2149-2160.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- Mues KE, Resende JC, Santos OC, Perez LG, Ferreira JA, Leon JS. User satisfaction with the Family Health Program in Vespasiano, Minas Gerais, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(6):454-460.
- Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JC, Ferreira JA, Leon JS. Professional and community satisfaction with the Brazilian Family health strategy. *Rev Saude Publica* 2013; 47(2):403-413.
- Brandão AL, Giovanella L, Campos CE. Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
- Santiago RF, Mendes AC, Miranda GM, Duarte PO, Furtado BM, Souza WV. Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2011.
- Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:117.
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Szwarcwald CL, Souza Júnior PR. Health care user satisfaction in Pernambuco State, Brazil, 2005. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1849-1861.
- Kelley E. Health, spending and the effort to improve quality in OECD countries: a review of the data. *J R Soc Promot Health* 2007; 127(2):64-71.
- Birch S, Gafni A. Achievements and challenges of medicare in Canada: Are we there yet? Are we on course? *Int J Health Serv* 2005; 35(3):443-463.
- Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. *Rev bras epidemiol* 2013; 16(1):114-124.
- Szwarcwald CL, Viacava F. World health survey in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl.):4-5.
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PR, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl.):109-118.
- Souza-Junior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(2):207-216.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD). Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3807-3816.
- Pinheiro RJ, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
- Castro MS, Travassos C, Carvalho MS. Impact of health services delivery on hospital admission utilization in Brazil. *Rev Saude Publica* 2005; 39(2):277-284.
- Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med* 2014; 106:204-213.
- Huang Y, Verduzco S. Appointment Template Redesign in a Women's Health Clinic Using Clinical Constraints to Improve Service Quality and Efficiency. *Appl Clin Inform* 2015; 6(2):271-287.
- Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):643-655.
- Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.
- Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, Silva Júnior JB. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4301-4311.
- Buss PM, Carvalho AI. Development of health promotion in Brazil in the last twenty years (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-2875.
- Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(7):1370-1380.
- Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(2):345-351.
- Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6):365-373.
- Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC, the Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; 377(9782):2042-2053.

Artigo apresentado em 24/09/2015

Aprovado em 25/11/2015

Versão final apresentada em 27/11/2015

